



# **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, 2014 р. – 362 с.**

23 випуск збірника наукових праць виходить у вигляді 6 книг. У шостій книзі висвітлені актуальні питання акушерства і гінекології, репродуктивних технологій в лікуванні безпліддя.

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

**Головний редактор:** академік НАМН України, професор **Ю.В. Вороненко**

**Науковий редактор:** д.мед. н., професор **І.С. Зозуля**

**Редакційна колегія:** **М.Л. Анкін** - д.мед.н., проф.; **Біда** - д.мед.н., проф.; **О.І. Білогорцева** - д.мед.н., проф.; **Г.Ф. Білоклицька** - д.мед.н., проф.; **В.О. Бобров** - член.-кор. НАМН України, проф.; **Н.О. Вепотнева** - д.мед.н., проф.; **Н.Г. Гойда** - д.мед.н., проф.; **Ю.І. Головченко** - д.мед.н., проф.; **Р.І. Гош** – к.біол.н., с.наук.с.; **Г.І. Герцен** - д.мед.н., проф.; **В.Г. Гетьман** - д.мед.н., проф.; **Л.Л. Давтян** - д.мед.н., проф.; **О.Я. Дзюблик** - д.мед.н., проф.; **М.М. Долженко** - д.мед.н., проф.; **О.Й. Жарінов** - д.мед.н., проф.; **В.А. Загорій** – д.мед.н., проф.; **Ю.П. Зозуля** - академік НАМН України, проф.; **К.М. Ігрунова** - д.мед.н., проф.; **В.К. Казимирко** - д.мед.н., проф.; **А.А. Калашніков** - д.мед.н., проф.; **В.М. Коваленко** - член.-кор. НАМН України, проф.; **О.Є. Коваленко** - д.мед.н., проф.; **І.П. Козярін** - д.мед.н., проф.; **Р.С. Коритнюк** - д.мед.н., проф.; **Г.П. Козиниць** - д.мед.н., проф.; **Ю.М. Кондратенко** - д.мед.н., проф.; **Б.П. Криштопа** - д.мед.н., проф.; **Г.І. Лисенко** - д.мед.н., проф.; **В.І. Мамчич** - д.мед.н., проф.; **О.В. Павленко** - д.мед.н., проф.; **Є.Г. Педатченко** - член.-кор. НАМН України, проф.; **М.Є. Поліщук** - член.-кор. НАМН України, проф.; **В.А. Попов** - д.мед.н., проф.; **М.Г. Проданчук** - член.-кор. НАМН України, проф.; **М.С. Пономаренко** - д.мед.н., проф.; **С.О. Риков** - д.мед.н., проф.; **А.П. Радзіховський** - д.мед.н., проф.; **М.М. Сергієнко** - член.-кор. НАМН України, проф.; **О.О. Тимофєєв** - 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 №3 від 12.03.14 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, 2014

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ  
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ імені П.Л. ШУПИКА

# ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ СПІВРОБІТНИКІВ НМАПО імені П.Л. Шупика

ВИПУСК 23

КНИГА 6

(Частина 1)

Київ – 2014

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, 2014; 362 p.**

The 23<sup>rd</sup> collected transactions appear in 6 books. The 6<sup>th</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 № 3, 12.03.2014

**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, 2014

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 23*

*BOOK 6*

*(Part 1)*

Kyiv – 2014

---

# ЗМІСТ

## АКУШЕРСТВО

<b>Патологія шийки матки у жінок репродуктивного віку і її вплив на перебіг вагітності</b>	
<i>Ф.Б. Алиева</i> .....	11
<b>Перинатальна патологія у первородящих до 18 років</b>	
<i>М.А. Болотна</i> .....	14
<b>Профілактика затримки розвитку плода і передчасних пологів на фоні інтраамніального інфікування</b>	
<i>В.І. Бойко, О.І. Бутенко</i> .....	17
<b>Роль партнерських пологів у зниженні акушерської і перинатальної патології у жінок з різними формами безпліддя</b>	
<i>С.Ю. Вдовиченко</i> .....	21
<b>Актуальні аспекти стану рубця при повторному кесаревому розтині</b>	
<i>В.І. Гузь</i> .....	26
<b>Особливості стероїдних гормонів в процесі фізіологічних партнерських пологів</b>	
<i>В.І. Бойко, Н.А. Кобилецька</i> .....	32
<b>Особливості клінічної характеристики пацієнток із недоношеною вагітністю і затримкою розвитку плода</b>	
<i>М.А. Коростиль</i> .....	36
<b>Стан фетоплацентарного комплексу у вагітних з HBV-інфекцією</b>	
<i>Н.Я. Курташ, Н.І. Генік</i> .....	41
<b>Вплив екстрагенітальної патології на клінічний перебіг анемії вагітних</b>	
<i>С.М. Сергієнко, О.А. Лезнікова</i> .....	46
<b>Стан кисневого статусу організму вагітних в залежності від регіону проживання</b>	
<i>Т.В. Лещева</i> .....	50
<b>Інформативні маркери розвитку плацентарної дисфункції у вагітних з варикозною хворобою</b>	
<i>Л.В. Манжула</i> .....	55
<b>Вплив допоміжних репродуктивних технологій на акушерські і перинатальні результати розродження</b>	
<i>Д.Н. Масло</i> .....	60
<b>Кесарів розтин як медико-соціальна проблема при партнерських пологах</b>	
<i>І.П. Нецкар</i> .....	64

<b>Особливості темпераменту жінок з передменструальним синдромом</b>	
<i>Л.В. Пахаренко</i> .....	68
<b>Вагітність у жінок старше 40 років як нова медико-соціальна проблема</b>	
<i>Т.В. Лещева, К.Л. Романенко</i> .....	73
<b>Вплив нейроендокринної патології і надлишкової маси тіла на психоемоційний статус вагітних</b>	
<i>С.Г. Русалкіна</i> .....	79
<b>Вплив аномалій розвитку матки на исходы родоразрешения для матери и плода</b>	
<i>А.П. Садовой</i> .....	85
<b>Роль гепатодепресивного синдрому на тлі глистової інвазії в генезі гестаційних ускладнень</b>	
<i>М.І. Соколова</i> .....	88
<b>Роль морфофункціональних порушень міометрія в розвитку дискоординованої пологової діяльності</b>	
<i>С.Я. Ткачик</i> .....	91
<b>Кардіотокографічні та доплерометричні показники матково-плацентарно-плодового кровообігу у обстежених вагітних після ЕКЗ методом ІКСІ</b>	
<i>Л.Є. Туманова, О.О. Молчанова</i> .....	96
<b>Перинатальна патологія при аномальному розположенні плаценти: діагностика, тактика ведення вагітності і родов</b>	
<i>С.А. Курицина</i> .....	104

## ГІНЕКОЛОГІЯ

<b>Сучасні чинники ризику генітального ендометріозу</b>	
<i>Абугали Алаа</i> .....	109
<b>Клінічне використання гормональних релізинг-систем: ускладнення і побічні дії</b>	
<i>Н.В. Адамчук</i> .....	113
<b>Лапароскопический метод лечения женщин с внематочной беременностью и восстановление репродуктивной функции</b>	
<i>С.С. Аникин</i> .....	119
<b>Обтяжений репродуктивний анамнез у жінок, що перенесли різні методи переривання вагітності в І триместрі</b>	
<i>С.М. Бакшеев</i> .....	125

---

<b>Вплив специфічної інфекції на стан мікробіоценозу статевих шляхів у жінок репродуктивного віку</b> <i>Г.А. Барановська</i> .....	130
<b>Зміни біоценозу піхви у багатонароджуючих жінок з порушеннями менструальної функції і запальними захворюваннями статевих органів</b> <i>О.О. Бунятова</i> .....	136
<b>Найближчі і віддалені ускладнення ендоскопічного лікування генітального ендометріозу</b> <i>А.А. Волошин</i> .....	140
<b>Оптимізація діагностики і лікування жінок з різними формами гіперпластичних процесів ендометрія</b> <i>Д.М. Гаврюшов</i> .....	146
<b>Чинники ризику розвитку ендометріозу різної локалізації</b> <i>І.П. Гніп</i> .....	149
<b>Особливості патогенезу лейоміоми матки різної локалізації</b> <i>С.В. Грідчин</i> .....	153
<b>Роль оперативного лікування міоми матки в відновленні репродуктивної функції жінки</b> <i>А.А. Довгань</i> .....	159
<b>Роль сучасних технологій в діагностиці дворогої і сідлоподібної матки</b> <i>А.В. Заболотін</i> .....	164
<b>Возможности использования антигомотоксической терапии для коррекции нарушений менструальной функции у девочек групп высокого риска</b> <i>Т.С. Зорина</i> .....	168
<b>Поєднана патологія матки у жінок репродуктивного віку в аспекті морфологічних досліджень</b> <i>Г.В. Колесник</i> .....	174
<b>Особливості лікування ендоцервікозу в жінок, які не народжували</b> <i>І.М. Купчак, Н.І. Генік</i> .....	182
<b>Консервативная миомэктомия – как метод восстановления нарушенной репродуктивной функции</b> <i>Е.О. Литвак</i> .....	187
<b>Роль тиреоїдної дисфункції в розвитку і клінічному перебігу генітального ендометріозу</b> <i>Б.М. Лисенко</i> .....	192

<b>Вплив стану мікробіоценозу статевих шляхів на вибір методів гормональної корекції</b> <i>Н.П. Михайлів</i> .....	198
<b>Порівняльні аспекти впливу тотальної і субтотальної гістеректомії на стан яєчників у жінок репродуктивного віку</b> <i>О.В. Мотренко</i> .....	203
<b>Особливості клінічних проявів аденоміозу на сучасному етапі</b> <i>П.М. Прудніков</i> .....	208
<b>Особливості цитокінового статусу при запальних процесах репродуктивної системи</b> <i>В.І. Бойко, В.Ю. Радько</i> .....	214
<b>Особливості мікробіоценозу статевих шляхів і кишечника при використанні різних варіантів гормональної контрацепції</b> <i>Т.В. Лещева, Т.Б. Романчук</i> .....	220
<b>Аномалії розвитку матки і перинатальна патологія</b> <i>М.А. Сазонова</i> .....	224
<b>Реабілітація репродуктивної функції у жінок з ендометріозами</b> <i>Ю.В. Страховацька</i> .....	227
<b>Гнойно-воспалительные заболевания придатков матки: бактериологические и микробиологические особенности</b> <i>В.С. Страховецкий</i> .....	231
<b>Профілактика менопаузальних порушень у жінок із доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників</b> <i>Р.Р. Чуприна</i> .....	236
<b>Диференційований підхід до хірургічного лікування міоми матки у поєднанні з генітальним пролапсом</b> <i>В.І. Бойко, В.А. Терехов</i> .....	241
<b>Аномальне розташування плаценти – як чинник ризику плацентарної дисфункції</b> <i>В.І. Бойко, С.О. Ткаченко</i> .....	246
<b>Дискусійні питання різних методів хірургічного лікування поєднаної патології матки</b> <i>В.А. Шамрай</i> .....	252
<b>Шляхи зниження післяопераційної захворюваності у гінекологічних хворих старших вікових груп</b> <i>В.В. Яцентюк</i> .....	258

## РІЗНЕ

Аналіз ефективності застосованих профілактичних заходів під час та після проведеного малоінвазивного втручання  
М.С. Молодиченко .....262

## БЕЗПЛІДДЯ

Тактика проведення допоміжних репродуктивних технологій при поєднаних формах безпліддя з урахуванням імунологічних особливостей  
М.М. Адамов .....266

Роль патології ендометрія в генезі безпліддя у жінок з тиреоїдною дисфункцією  
Д.Ю. Берая .....271

Тактика проведения вспомогательных репродуктивных технологий при мужском факторе бесплодия  
А.С. Дарий .....276

Роль імунологічного моніторингу в оцінці ефективності лікування генітального ендометріозу і безпліддя  
В.І. Бойко, А.В. Єжова .....280

Особливості безпліддя у жінок з доброякісними захворюваннями грудних залоз  
Р.Є. Кубрак .....289

Роль гістоскопії у підвищенні ефективності лікування жіночого безпліддя після невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій  
І.Є. Палига .....293

Вплив надлишкової маси тіла та гіперандрогенії на тактику проведення допоміжних репродуктивних технологій  
В.О. Петропавловська .....298

Вплив допоміжних репродуктивних технологій на стан патологічно змінених грудних залоз  
О.А. Полюлях .....303

Сучасні прогностичні критерії плацентарної дисфункції у жінок після допоміжних репродуктивних технологій  
Я.А. Рубан .....307

Особенности психологического статуса женщин с врожденными аномалиями развития матки и вспомогательными репродуктивными технологиями  
С.В. Шиянова .....312

Матеріали науково-практичного семінару із міжнародною участю «Здоров'я матері, плода та новонародженого в Україні» 20 березня 2014 року, м. Львів .....319

УДК 618.146-02:618.3-036.1-06

## Патология шейки матки у женщин репродуктивного возраста и ее влияние на течение беременности

Ф.Б. Алиева

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что патология шейки матки во время беременности является достаточно важной научной задачей, требующей самостоятельного решения в плане диагностики и лечения. Это позволит улучшить результаты родоразрешения женщин группы высокого риска.

*Ключевые слова:* заболевания шейки матки, беременность.

Несмотря на современные достижения в диагностике и лечении доброкачественных заболеваний шейки матки, патология шейки матки остается важнейшей проблемой в акушерстве и гинекологии. Особенную актуальность представляет проблема заболеваний шейки матки у беременных. Это обусловлено повышением заболеваемости раком шейки матки у женщин репродуктивного возраста, особенно в группе до 29 лет [1, 2].

Высокая частота развития неопластических процессов шейки матки объясняется растущей распространенностью папилломавирусной инфекции (ПВИ), клинической активацией герпетической и цитомегаловирусной инфекции во время беременности [3, 4].

На фоне увеличения числа первородящих в возрасте старше 30–35 лет мысль о том, что лечение доброкачественных заболеваний шейки матки следует проводить женщинам лишь после родов, приводит к тому, что большинство беременных раннего и среднего репродуктивного возраста имеют патологию шейки матки. Однако в настоящее время отсутствует алгоритм их обследования и ведения при наличии патологии шейки матки. В связи с этим, определение особенностей доброкачественных заболеваний шейки матки во время гестации представляет большой научный и практический интерес.

**Цель исследования:** изучение частоты и структуры заболеваний шейки матки во время беременности.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели 100 беременным было проведено скрининговое обследование для определения частоты и структуры заболеваний шейки матки (основная группа).

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

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст пациенток составил  $22,4 \pm 2,1$  года. При анализе анамнестических данных обращали внимание на наличие факторов риска развития заболеваний шейки матки. При этом у пациенток отмечена большая частота ранней (до 16 лет) начала половой жизни (23,0%) и активного курения (40,0%).

Заболевания шейки матки отмечались чаще у повторнородящих женщин (70,0%), анамнез которых был значительно чаще отягощен репродуктивными потерями (29,0%) и искусственными абортами (37,0%).

Известно, что большую роль в развитии заболеваний шейки матки играют урогенитальные инфекции. У пациенток отмечалась высокая частота заболеваний, передающихся половым путем (63,0%) и хронических воспалительных заболеваний половых органов (23,0%).

Кроме того, разные заболевания шейки матки в анамнезе преобладали у обследованных пациенток (66,0%), причем их лечение к наступлению настоящей беременности проводили лишь в 18,0% случаев. Это, безусловно, способствовало высокой частоте (78,0%) заболеваний шейки матки у беременных основной группы, обнаруженных с помощью кольпоскопии. Нормальная кольпоскопическая картина наблюдались лишь в 22,0% случаев. К ним относились оригинальный многослойный плоский эпителий (МПЭ) – 18,0% и эктопия без признаков воспаления – 4,0%.

В структуре заболеваний шейки матки у беременных I группы доминировали эктоцервициты (42,0%), эндоцервициты (30,0%) и кондиломы (28,0%).

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основными факторами риска развития доброкачественных заболеваний шейки матки являются урогенитальные инфекции, раннее начало половой жизни, курение, отсутствие адекватной терапии патологических состояний шейки матки в прегравидарный период.

Кольпоскопическими особенностями доброкачественных заболеваний шейки матки у беременных является: повышенная васкуляризация, неравномерное утолщение эпителия, неспецифичность пробы Шиллера, появление аномальных картин и развитие децидуоза.

Шейка матки при беременности является чрезвычайно важной анатомической и функциональной структурой. Нарушения, которые возникают в шейке матки, могут серьезно влиять на течение беременности.

Было применено комплексное ультразвуковое исследование (УЗИ) для оценки состояния шейки матки в норме и при патологии. С помощью современных возможностей УЗИ было проведено определение объема шейки матки, васкуляризации и объемного кровотока в норме, что позволило прогнозировать течение беременности при анатомических изменениях шейки матки; дифференцировать полиповидные образования канала шейки матки, а также доброкачественные и злокачественные заболевания шейки матки.

Результаты УЗИ показали, что объем шейки матки прогрессивно увеличивается на протяжении всей беременности, составляя в 10–14 нед  $18,9 \pm 1,4$  см<sup>3</sup>, достигая максимальной величины в 25–29 нед ( $26,2 \pm 1,8$  см<sup>3</sup>) и несколько уменьшаясь к родам ( $22,7 \pm 1,2$  см<sup>3</sup>). При этом наблюдается расширение внутреннего зева с 34 до 40 нед почти в 3 раза (с  $0,53$  см<sup>3</sup> до  $1,05$  см<sup>3</sup>).

### ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют, что патология шейки матки во время беременности является достаточно важной научной задачей, требующей самостоятельного решения в плане диагностики и лечения. Это позволит улучшить результаты родоразрешения женщин группы высокого риска.

#### Патологія шийки матки у жінок репродуктивного віку та її вплив на перебіг вагітності Ф.Б. Алієва

Результати проведених досліджень свідчать, що патологія шийки матки під час вагітності є досить важливим науковим завданням, що вимагає самостійного рішення в плані діагностики і лікування. Це дозволить поліпшити результати розродження жінок групи високого ризику.

**Ключові слова:** захворювання шийки матки, вагітність.

#### Pathology of cervix uterus at women of reproductive age and its influence on pregnancy current F.B. Alieva

Results of the spent researches testify, that the pathology of a cervix of a uterus during pregnancy is enough the important scientific problem demanding the independent decision in respect of diagnostics and treatment. It will allow to improve results delivery women of group of high risk.

**Key words:** diseases of cervix of uterus, pregnancy.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бабичева И.А. Клинико-морфологические параллели при лейкоплакии шейки матки // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 4. – С. 47–49.
2. Бычков В.И. Оценка факторов риска развития фоновых и предраковых заболеваний шейки матки // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 5. – С. 53–55.
3. Глебова Н.Н. Патология шейки матки // Здравсохранение Башкортостана. – 2010. – № 1. – С. 86–91.
4. Коханевич Е.В. Кольпоцервикоскопия. – К.: Атлас, 2010. – 56 с.

## Перинатальна патологія у первородящих до 18 років

*М.А. Болотна*

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Результати проведених досліджень свідчать, що вагітність і пологи у первородящих до 18 років представляє серйозну загрозу для організму матері і плода. Тому є необхідним вивчення чинників ризику і перебіг вагітності, пологів, післяпологового періоду, перинатальної патології, а також віддалених наслідків вагітності в юному віці. Для вирішення важливої медико-соціальної проблеми вагітності у юних жінок, потрібна розробка і впровадження комплексу відновного лікування на основі медикаментозної і немедикаментозної терапії.

**Ключові слова:** *первородящі до 18 років, перинатальна патологія.*

Останніми роками у всьому світі намітилася тенденція до збільшення частоти непланованих вагітностей і пологів в юному віці. Щорік в багатьох індустріальних країнах, що розвиваються, від 5% до 10% дівчат стають вагітними, а в деяких регіонах, у тому числі і в Україні, цей показник досягає 20% (дані ВООЗ). В результаті за рік в світі народжують 15 млн дівчат-підлітків, а ще 5 млн вимушено удаватися до переривання вагітності [1–4].

Ризик ранньої вагітності у жінок до 18 років особливо високий перш за все тому, що пов'язаний з можливістю розвитку гестозів, анемії, невиношування вагітності, плацентарної недостатності, внутрішньоутробної затримки розвитку плода, що супроводжуються глибокими функціональними порушеннями з боку організму юної жінки. Юна вагітна часто не використовує пренатальну допомогу, у неї вище ризик летального результату під час вагітності і пологів [1–4]. Слід враховувати також соціальне неблагополуччя молодих матерів, психологічних чинників, що знаходяться під впливом, носять часто стресовий характер. Рання вагітність веде до соціальної ізоляції незаміжніх юних матерів, перериває їх освіту, надалі завдає економічної шкоди суспільству, а неповнолітня мати часто позбавлена економічної і психологічної підтримки, що викликає погіршення її здоров'я як жінки [1–4]. Все це негативно відбивається не лише на здоров'ї майбутньої матері, але і її дитини.

Вивченню різних боків протікання вагітності і пологів в юному віці, як в нашій країні, так і за кордоном, присвячена велика кількість публікацій [1–4]. Разом з цим, одним з найменш вирішених питань даної проблеми є аналіз перебігу вагітності, пологів, частоти перинатальних втрат в юних першовагітних.

**Мета дослідження:** вивчення перинатальної патології у первородящих до 18 років.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети був проведений клінічний аналіз розродження юних первородящих в Сумському обласному центрі перинатології і репродуктології за останніх 5 років (2009–2013 р.).

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Згідно з отриманими результатами, кількість пологів в першовагітних до 18 років за період, що вивчається, склало: 2009 р. – 4,2%; 2010 р. – 3,1%; 2011 р. – 2,5%; 2012 р. – 3,3% і 2013 р. – 2,1%. Не дивлячись на наявну тенденцію до зниження частоти пологів у юних первородящих, ускладнений перебіг вагітності у них зустрічається частіше, ніж в інших вікових групах. Так, ускладнений перебіг вагітності у юних пацієнток мав місце в 64% спостережень (пreekламсія – 52%; анемія вагітних – 31% і загроза переривання вагітності – у 18% пацієнток). У структурі пreekламсії переважали легкі і середньо-важкі форми (73%), а гестаційна анемія частіше зустрічалася II ст. (42%).

Прогностично несприятлива група – юні пацієнтки з обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом (ОАГА), частота ускладнень гестаційного процесу в яких досягла 85% випадків. В 40% вагітних у віковій групі 13–17 років виявлена затримка внутрішньоутробного розвитку плода, високий рівень різної перинатальної патології – 80% (у пацієнток з ОАГА) і 60% (у пацієнток без ОАГА).

Досить цікавим є той факт, що частота кесаревих розтинів у юних первородящих склала за період, що вивчався, 14%, що дещо вище, ніж середньо-статистичні дані. По роках цей показник знаходився в одних і тих же межах. У структурі свідчень до абдомінального розродження переважали клінічно вузький таз (36%); аномалії пологової діяльності (33%) і важкі форми пreekламсії на тлі різних варіантів екстрагенітальної патології (22%). У післяпологовому і післяопераційному періоді було підвищення ризику розвитку порушень контрактильної активності матки (12%) і гнійно-запальних ускладнень (10%).

При оцінюванні перинатальних результатів розродження юних первородящих необхідно відзначити високий рівень середньо-важких форм асфіксії (16%); інтраамніального інфікування (12%); респіраторного дистрес-синдрому (10%) і пологового травматизму (4%). У постнатальному періоді відмічена значна частота постгіпоксичної енцефалопатії (22%) з порушенням постнатальної адаптації. Перинатальні втрати склали 16,0%, що вище за середньо-статистичні дані.

Найменш вивченим питанням даної проблеми є віддалені наслідки розродження пацієнток до 18 років. За наявними даними різні патологічні зміни з боку репродуктивної системи зустрічалися в 20% випадків з переважанням різних порушень менструального циклу (12%) і хронічних запальних процесів геніталій (8%).

### ВИСНОВКИ

Таким чином, все вищевикладене вказує на те, що вагітність і пологи в юних першовагітних до 18 років представляє серйозну загрозу для організму матері і плода. Тому є необхідним вивчення чинників ризику і перебіг вагітності, пологів, післяпологового періоду, перинатальної патології, а також віддалених наслідків



вагітності в юному віці. Для вирішення важливої медико-соціальної проблеми вагітності у юних жінок, потрібна розробка і впровадження комплексу відновного лікування на основі медикаментозної і немедикаментозної терапії.

### Перинатальна патологія у первородящих до 18 лет М.А. Болотна

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что беременность и роды у первородящих до 18 лет представляет серьезную угрозу для организма матери и плода. Поэтому является необходимым изучение факторов риска и течение беременности, родов, послеродового периода, перинатальной патологии, а также отдаленных последствий беременности в юном возрасте. Для решения важной медико-социальной проблемы беременности у юных женщин, требуется разработка и внедрение комплекса восстановительного лечения на основе медикаментозной и немедикаментозной терапии.

**Ключевые слова:** *первородящие до 18 лет, перинатальная патология.*

### Perinatal pathology at first-labour till 18 years M.A. Bolotna

Results of the spent researches testify that pregnancy and childbirth at first-labour till 18 years poses serious threat for an organism of mother and born. Necessary studying of risk factors and a current of pregnancy, sorts, the postnatal period, perinatal pathologies, and also the remote consequences of pregnancy at early age therefore is. For the decision of an important medical-social problem of pregnancy at young women, working out and introduction of a complex of regenerative treatment on the basis of medicamentous and not medicamentous therapy is required.

**Key words:** *first-labour till 18 years, perinatal pathology.*

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Маркин Л.Б., Яковлева Э.Б. Справочник детского гинеколога. – К.: Интермед, 2010. – 246 с.
2. Яковлева Э.Б. Подготовка юных беременных к родам в условиях женской консультации – Педиатрия, акушерство и гинекология. – 2009. – № 4. – С. 44–45.
3. Яковлева Э.Б. Акушерство и гинекология подросткового возраста. – Донецк: Семья и здоровье, 2007. – 381 с.
4. Яковлева Э.Б. Юный возраст матери и состояние здоровья новорожденного ребенка – Педиатрия. – 2010. – № 3. – С. 62–65.

УДК 618.396-084-06:618.33-022.1

## Профілактика затримки розвитку плода і передчасних пологів на фоні інтраамніального інфікування

В.І. Бойко, О.І. Бутенко

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Як показали результати проведених досліджень, розродження жінок з внутрішньо-утробним інфікуванням супроводжується високою частотою передчасних пологів унаслідок значного рівня порушень в системі «мати–плацента–плід», причому поєданого генезу. У зв'язку з недостатньою ефективністю загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів нами запропонована нова методика корекції плацентарної дисфункції і мікробіоценозу статевих шляхів у жінок цієї групи. Отримані клінічні, функціональні, лабораторні, мікробіологічні і вірусологічні результати підтверджують високу ефективність даної методики, що дає нам право рекомендувати її для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** *передчасні пологи, внутрішньоутробне інфікування, профілактика.*

Недоношування вагітності продовжує залишатися одним з основних типів акушерської патології, займаючи значне місце серед причин несприятливих перинатальних результатів [1, 6]. Частота передчасних пологів не має тенденції до зниження і впродовж останніх двох десятиліть стабільно складає 5–25% [3, 4].

Недоношені діти вносять основний «вклад» в показники перинатальної захворюваності і смертності. На їх частку припадає 60–70% ранньої неонатальної смертності і 65–75% – дитячої, а мертвонародження має місце в 8–10 разів частіше в порівнянні з терміновими пологами [2, 5]. Перинатальні втрати серед недоношених новонароджених в 30 разів вище, ніж в доношених, а крім того, серед них наголошується високий рівень захворюваності і інвалідизації з дитинства [6].

Як свідчать дані літератури [1–6] в 20–30% випадків етіологічним чинником передчасних пологів є інфікування матері умовно-патогенними мікроорганізмами, передаваними статевим шляхом. Серед різних видів збудників все велике значення набуває поєднання інфекцій, причому в різних формах і клінічних проявах [1, 3, 6]. Особливо тут поважно виділити розвиток «синдрому інтраамніального інфікування» саме за наявності поєднаних форм інфекції в матері.

Не дивлячись на значне число наукових повідомлень у вітчизняній і зарубіжній літературі з проблеми поєднаних форм інфекції у жінок репродуктивного віку, не можна вважати всі питання повністю вирішеними. На нашу думку, в першу чергу, це стосується недоношування в цій групі хворих, особливо в плані використання ефективних лікувально-профілактичних заходів, що свідчить про актуальність планованої наукової роботи.

**Мета дослідження:** зниження частоти передчасних пологів у жінок з інтраамніальним інфікуванням на основі вивчення особливостей мікробіологічного статусу, системного імунітету і функціонального стану фетоплацентарного комплексу, а також розроблення і впровадження комплексу лікувально-профілактичних заходів.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У відповідності з поставленою метою і завданнями було обстежено 150 пацієнток, серед яких 100 – з внутрішньоутробним інфікуванням, яких було розподілено на наступні групи:

I група – 50 жінок з інтраамніальним інфікуванням, які отримували загальноприйнятні лікувально-профілактичні заходи;

II група – 50 жінок з інтраамніальним інфікуванням, які отримували пропоновану нами методику.

Контрольну групу склали 50 первородящих без акушерської і соматичної патології, розроджених своєчасно через природні пологові шляхи.

Діагноз інтраамніального інфікування встановлювали на підставі загальноприйнятого симптомокомплексу згідно останніх рекомендацій літератури [3, 4] на підставі наступних ознак: клінічні, ехографічні і мікробіологічні. До клінічних відносили наявність загострення хронічних запальних захворювань сечостатевої системи, гіпертермія неясного генезу і ін. До ехографічних – затримка внутрішньоутробного розвитку плода по асиметричному варіанту, мало- і багатоводдя і ін. До мікробіологічних – рецидивування або гострі форми вірусної інфекції (ЦМВ і ВПГ), високий рівень мікробного обсіменіння статевих шляхів тощо.

Загальноприйнятні лікувально-профілактичні заходи включали використання за свідченнями антибактеріальних препаратів; комплекси вітамінів і мікроелементів; засоби, поліпшуючі мікроциркуляцію; імунокоригувальну терапію і за свідченнями противірусну терапію [3].

Відмітними особливостями пропонованої нами методики є вживання при діагностуванні інтраамніального інфікування специфічної противірусної (протекфлазид) і антибактеріальної терапії (вільпрофен); корекція порушень матково-плацентарного кровообігу; нормалізація газообміну в системі «мати-плацента-плід» і поліпшення процесів метаболізму в плаценті; неспецифічна імунокорекція (енгістол, віферон, інтерферон) і нормалізація мікробіоценозу статевих шляхів (тержинан, біфідумбактерин, лактобактерин). Повторний курс використовували під контролем клініко-функціональних і лабораторних методів дослідження.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, функціональні, мікробіологічні, імунологічні, ендокринологічні і статистичні.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що серед основних причин інтраамніального інфікування на предгравідарному етапі необхідно виділити наявність уrogenітальної інфекції (60,0%); хронічні запальні процеси репродуктивної системи (44,0%) і нирок (30,0%), а також репродуктивні втрати інфекційного генезу: невиношування, передчасні і термінові пологи інфікованими плодами (34,0%).

Клінічний перебіг вагітності у жінок з інтраамніальним інфікуванням ускладнюється плацентарною дисфункцією (62,0%); гестаційною анемією (52,0%); загостренням уrogenітальної інфекції (34,0%) і порушеннями мікробіоценозу статевих шляхів (38,0%).

Частота передчасних пологів у жінок з інтраамніальним інфікуванням складає 28,0%, причому в 28–32 тиж недоношеність мала місце в 57,1% спостережень, а в 33–36 тиж – відповідно в 42,9% випадків. Передчасний розрив плодових оболонок відмічено в 71,4% обстежених, а регулярна пологова діяльність, невіддатлива корекції – у 28,6% пацієнток.

Перинатальні результати розродження при інтраамніальному інфікуванні характеризуються високою частотою інтранатальної асфіксії (44,0%); затримкою внутрішньоутробного розвитку плода (60,0%); макроскопічними ознаками внутрішньоутробного інфікування (28,0%) і респіраторного дистрес-синдрому (28,0%). У неонатальному періоді має місце значна частота постгіпоксичної енцефалопатії (28,0%); реалізації інтраамніального інфікування (22,0%); геморагічного синдрому (8,0%) і гіпербілірубінемії (8,0%). Сумарні перинатальні втрати складають серед жінок з високим рівнем внутрішньоутробного інфікування 60,0% (дистрес плода на тлі недоношеності і постнатальний менінгоенцефаліт).

У жінок з інтраамніальним інфікуванням порушення мікробіоценозу статевих шляхів починаються з 18–20 тиж вагітності і характеризуються зниженням кількості лактобацил (76,0%); біфідобактерій (64,0%) і молочнокислих стрептококів (42,0%) при одночасному зростанні штамів стафілокока (44,0% – переважно золотистого) і появи невисокої частоти хламідій (16,0%); кандид (16,0%); ешерихій (14,0%); протей (10,0%); уреоплазм (10,0%) і мікоплазм (8,0%). Крім того, відмічена наявність гострих форм хламідій (6,0%); герпетичної (6,0%) і цитомегаловірусної інфекції (4,0%), а також носійство цих же мікроорганізмів – в кожному десятому спостереженні (10,0%). Ці зміни зберігаються аж до розродження.

Використання пропонованої методики дозволяє знизити частоту фетоплацентарної недостатності (з 62,0% до 30,0%); загострення уrogenітальної інфекції (з 34,0% до 16,0%); порушень мікробіоценозу статевих шляхів (з 38,0% до 14,0%); передчасних пологів (з 28,0% до 12,0%); асфіксії новонароджених (з 34,0% до 16,0%); затримки внутрішньоутробного розвитку плода (з 60,0% до 32,0%); інтраамніального інфікування (з 28,0% до 10,0%) і сумарних перинатальних втрат (з 60,0% до 20,0%).

### ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, розродження жінок з внутрішньоутробним інфікуванням супроводжується високою частотою передчасних пологів унаслідок значного рівня порушень в системі «мати-плацента-плід», причому поєднаного генезу. У зв'язку з недостатньою ефективністю загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів нами запропонована нова методика корекції фетоплацентарної недостатності і мікробіоценозу статевих шляхів у жінок цієї групи. Отримані клінічні, функціональні, лабораторні, мікробіологічні і вірусологічні результати підтверджують високу ефективність даної методики, що дає нам право рекомендувати її для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

**Профилактика задержки развития плода и преждевременных родов на фоне интраамниального инфицирования**  
**V.I. Boyko, O.I. Butenko**

Как показали результаты проведенных исследований, родоразрешение женщин с внутриутробным инфицированием сопровождается высокой частотой преждевременных родов вследствие значительного уровня нарушений в системе «мать–плацента–плод», причем сочетанного генеза. В связи с недостаточной эффективностью общепринятых лечебно-профилактических мероприятий нами предложена новая методика коррекции плацентарной дисфункции и микробиоценоза половых путей у женщины этой группы. Полученные клинические, функциональные, лабораторные, микробиологические и вирусологические результаты подтверждают высокую эффективность данной методики, что дает нам право рекомендовать ее для широкого использования в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** преждевременные роды, внутриутробное инфицирование, профилактика.

**Preventive maintenance of an arrest of development of born and premature birth against intraamniacal infection**  
**V.I. Boyko, O.I. Butenko**

As have shown results of the lead researches, deliveries women with intra-uterine infection it is accompanied by high frequency of premature birth owing to a significant level of infringements in system «mother–placenta–born», and complex genesis. In connection with insufficient efficiency of the standard treatment-and-prophylactic actions we offer a new technique of correction placental to dysfunction and microbiozenosis sexual ways at women of this group. The received clinical, functional, laboratory, microbiological and virologic results confirm high efficiency of the given technique that gives us is right recommend it for wide use in practical public health services.

**Key words:** premature birth, intra-uterine infection, preventive maintenance.

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Вдовиченко Ю.П., Глазков І.С., Кіяшко Г.П. Роль порушень імунної системи у формуванні акушерських та перинатальних ускладнень // Перинатологія та педіатрія. – 2010. – № 3. – С. 14–18.
2. Глазков І.С., Генік Н.І. Взаємозв'язок гуморальної імунної відповіді до бактеріальних агентів з розвитком фетоплацентарної недостатності // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Медицина». – 2011. – Вип. 13. – С. 172–174.
3. Голота В.Я., Бенюк В.О. Перинатальні аспекти недоношування вагітності // Проблеми медицини. – 2009. – № 1–2. – С. 32–35.
4. Парашук Ю.С., Авраменко Н.В. Обстеження вагітних жінок з метою виявлення материнсько-плодової інфекції // Ультразвуковая перинатальная диагностика. – 2010. – № 13. – С. 64–65.
5. Хіменко М.В., Герасимова Т.В. Особливості перинатальної діагностики при високому ризику внутрішньоутробного інфікування плода // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – № 2. – С. 75–77.
6. Шунько Є.Є. TORCH-інфекції – погляд перинатолога / Перинатологічні втрати та TORCH-інфекції: Мат-али наук.-практ. конф. – К., 2010. – С. 34–39.

УДК 618.177:618.3-06:618.33-077]-08-039.71

**Роль партнерських пологів у зниженні акушерської і перинатальної патології у жінок з різними формами безпліддя**

**С.Ю. Вдовиченко**

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

Результати проведених досліджень показали, що запропонований алгоритм лікувально-профілактичних заходів з використанням диференційованого підходу партнерських пологів у жінок з безпліддям різного генезу в анамнезі дозволяє істотно зменшити частоту не лише репродуктивних втрат, але й основних акушерських і перинатальних ускладнень, що є вирішенням важливої проблеми сучасного акушерства.

**Ключові слова:** партнерські пологи, акушерська і перинатальна патологія, різні форми безпліддя.

В умовах сьогодення проблеми материнства і дитинства є першочерговими у вирішенні основних Державних програм, присвячених охороні здоров'я України [1–3]. Останніми роками Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я (ВООЗ) розроблено «Стратегію ризику», направлену на виявлення причин різних ускладнень вагітності і пологів, а також на пошук шляхів підвищення ефективності охорони материнства і дитинства. Особливості перебігу гестаційного процесу і його результатів значною мірою визначається станом материнського організму, який залежить від переліку чинників, серед яких велике значення має стан репродуктивної функції [4–6].

Останнім часом наголошується збільшення частоти пологів жінок, які лікувалися з приводу різних форм безпліддя, що пов'язане з широким впровадженням сучасних діагностичних і лікувально-профілактичних технологій, особливо з використанням допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) [7–9]. В умовах сьогодення немає єдиної думки щодо того, чи є різні причини безпліддя чинником ризику акушерських і перинатальних ускладнень. З одного боку, не стільки наявність безпліддя, скільки несприятливий преморбідний фон несприятливо впливає на перебіг і результат вагітності [10–12]. Проте, на думку більшості авторів, наявність початкового жіночого безпліддя є серйозним чинником ризику, особливо для жінок, які тривалий час лікувалися і вимушені були використовувати ДРТ [10–12].

Причини високого рівня акушерської і перинатальної патології жінок безпліддям різного генезу в умовах сьогодення все ще вивчені недостатньо і трактуються різними дослідниками неоднозначно. Відсутній диференційований підхід до профілактики акушерських і перинатальних ускладнень залежно від причин безпліддя.

Усе наведене вище, на нашу думку, обґрунтовує необхідність подальших робіт в даному напрямку для ефективного вирішення актуальної акушерської проблеми.

**Мета дослідження:** зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень жінок безпліддям різного генезу в анамнезі на підставі вивчення особливостей перебігу вагітності і пологів, функціонального стану фетоплацентарного комплексу, системного імунітету і мікробіоценозу статевих шляхів, а також розроблення і впровадження алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети й завдань нами були обстежені 270 жінок з безпліддям різного генезу в анамнезі, яких було розподілено на:

1 група – 120 жінок з безпліддям різного генезу в анамнезі, які отримували під час даної вагітності загальноприйнятті лікувально-профілактичні заходи;

- підгрупа 1.1 – 30 жінок з безпліддям трубного генезу;
- підгрупа 1.2 – 30 жінок з безпліддям ендокринного генезу;
- підгрупа 1.3 – 30 жінок з безпліддям поєданого генезу, які завагітніли без допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ);
- підгрупа 1.4 – 30 жінок з безпліддям поєданого генезу, які завагітніли за допомогою ДРТ.

2 група – 120 жінок з безпліддям різного генезу в анамнезі, які отримували під час даної вагітності запропоновані лікувально-профілактичні заходи;

- підгрупа 2.1 – 30 жінок з безпліддям трубного генезу;
- підгрупа 2.2 – 30 жінок з безпліддям ендокринного генезу;
- підгрупа 2.3 – 30 жінок з безпліддям поєданого генезу, які завагітніли без ДРТ;
- підгрупа 2.4 – 30 жінок з безпліддям поєданого генезу, які завагітніли за допомогою ДРТ.

Контрольну групу склали 30 жінок, які народили вперше.

**Критерії включення** пацієнок у дослідження:

- безпліддя трубного генезу;
- безпліддя ендокринного генезу;
- безпліддя поєданого генезу (трубний і ендокринний фактори).

**Критерії виключення** пацієнок:

- чоловічий фактор безпліддя;
- безпліддя імунного генезу;
- безпліддя неясного генезу.

Загальноприйнятті лікувально-профілактичні заходи полягали у використанні антибактеріальної та противірусної терапії, метаболічної терапії, корекції мікроциркуляції, комплексів вітамінів і мікроелементів [22].

Відмінними рисами застосування запропонованого нами комплексу лікувально-профілактичних заходів були:

- індивідуальний підбір засобів у залежності від генезу використовуваних методів лікування;
- послідовне використання додаткових препаратів з одночасним застосування лише 1–2 (винятково за потребою 3) з наступних засобів;

- вживання партнерських пологів для зниження частоти ускладнень при розродженні.

Для проведення даних досліджень була розроблена спеціальна карта, до якої вносили всі клінічні, функціональні й лабораторні методи дослідження. Надалі всі отримані результати були оброблені на комп'ютері за допомогою стандартних і спеціально розроблених програм.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що клінічний перебіг вагітності у жінок безпліддям різного генезу в анамнезі характеризується високою частотою невиношування (6,7%); плацентарної дисфункції (43,3%); анемії вагітних (41,7%); прееклампсії (30,0%) і передчасних пологів (6,7%).

Частота гестаційних ускладнень залежить від причин порушення репродуктивної функції, причому найбільш низький рівень зустрічається при трубному чиннику безпліддя, а найвищий – при поєданому генезі: мимовільне переривання вагітності – 23,3%; анемія вагітних – 70,0%; плацентарна дисфункція – 70,0%; пре-еклампсія – 50,0% і передчасні пологи – 6,7%.

При розродженні жінок безпліддям різного генезу в анамнезі має місце висока частота передчасного розриву плодових оболонок (33,3%); аномалій пологової діяльності (30,0%) і дистресу плода (26,7%), що призводить до значного рівня абдомінального розродження (23,3%).

Рівень ускладнень при розродженні жінок безпліддям різного генезу в анамнезі залежить безпосередньо від причин порушень репродуктивної функції з переважанням патологій у пацієнок безпліддям поєданого генезу: передчасний розрив плодових оболонок – 50,0%; аномалії пологової діяльності – 40,0% і дистрес плода – 36,7%, що в сукупності призводить до високої частоти кесаревих розтинів – 86,7%.

Перинатальні результати розродження жінок безпліддям різного генезу в анамнезі характеризуються високою частотою асфіксії середнього (25,0%) і важкого ступеня (25,0%); постгіпоксичної енцефалопатії (12,5%); респіраторного дистрес-синдрому (12,5%); реалізації внутрішньоутробного інфікування (17,1%), а також інтра- (2,1%) і постнатальних втрат (2,1%).

Частота різної перинатальної патології залежить від причин порушень репродуктивної функції у жінок явним переважанням різних ускладнень при поєданому генезі безпліддя: асфіксія середнього (14,2%) і важкого ступеня (14,2%); постгіпоксичної енцефалопатія (28,4%); реалізація внутрішньоутробного інфікування (21,4%); респіраторного дистрес-синдрому (28,4%), а також інтра- (7,1%) і постнатальних втрат (7,1%).

Розвиток плацентарної дисфункції залежить від причин безпліддя у пацієнок:

- при трубному чиннику безпліддя лабораторно-ехографічні і кардіокотографічні ознаки даного ускладнення відсутні;
- при ендокринному безплідді плацентарна недостатність починає розвиватися з 32–36 тиж вагітності і прогресує аж до розродження;
- при поєданому генезі безпліддя перші ознаки плацентарної недостатності з'являються в 28–32 тиж вагітності і перед розродженням в 23,3% випадків вона носить некомпенсований характер.

Висока частота акушерських і перинатальних ускладнень у жінок порушеною репродуктивною функцією обумовлена змінами системного імунітету, цитокинового статусу і мікробіоценозу статевих шляхів, причому ступінь цих порушень залежить від генезу безпліддя, при цьому найбільш висока частота некомпенсованих порушень (20,0%) характерна для пацієток безпліддям поєданого генезу.

Використання пропонованого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів з використанням партнерських пологів дозволяє істотно знизити частоту основних акушерських і перинатальних ускладнень: мимовільного переривання вагітності – у 6,3 разу; передчасних пологів – у 2,7 разу; кесаревих розтинів – у 2,4 разу; плацентарної дисфункції – у 1,3 разу; аномалій пологової діяльності – у 1,4 разу; дистресу плода – у 1,3 разу; частоту асфіксії новонароджених середньому і важкому ступені – у 2,2 разу і сумарних репродуктивних втрат – у 1,6 разу.

### ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, використання запропонованого алгоритму лікувально-профілактичних заходів з використанням диференційованого підходу партнерських пологів у жінок з безпліддям різного генезу в анамнезі дозволяє істотно зменшити частоту не лише репродуктивних втрат, але й основних акушерських і перинатальних ускладнень, що є вирішенням важливої проблеми сучасного акушерства.

#### **Роль партнерських родов в зниженні акушерської і перинатальної патології у жінок з різними формами безпліддя** **С.Ю. Вдовиченко**

Результати проведених досліджень показали, що запропонований алгоритм лікувально-профілактичних заходів у жінок з використанням диференційованого підходу при партнерських родах з безпліддям різного генезу в анамнезі дозволяє істотно знизити частоту репродуктивних втрат, але й основних акушерських і перинатальних ускладнень, що є вирішенням важливої проблеми сучасного акушерства.

**Ключевые слова:** акушерская и перинатальная патология, различные формы бесплодия.

#### **Role of partner delivery in decrease obstetrical and perinatal pathologies at women with various forms of barreness in the anamnesis** **C.J. Vdovichenko**

Results of the spent researches have shown, that use of the offered algorithm of treatment-and-prophylactic actions at women with barreness various genesis in the anamnesis with application differentiated approach and partner delivery allows it is essential to lower not only frequency of reproductive losses, but also the cores obstetrical and perinatal complications that is the decision of the important problem modern obstetrics.

**Key words:** partner delivery, obstetrical and perinatal pathology, various forms of barreness.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Баскаков П.М. Програмоване ведення вагітності та пологів у жінок з неплідністю в анамнезі / П.М. Баскаков, Д.А. Беглице // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2010. – № 2. – С. 87–90.
2. Беглице Д.А. Пути снижения гестационных осложнений у женщин с эндокринным бесплодием в анамнезе / Д.А. Беглице // Актуал. пробл. акушерства і гінекології, клініч. імунології та мед. генетики: Зб. наук. праць. – Київ–Луганськ, 2009. – Вип. 11. – С. 15–20.
3. Бесплодный брак: Руководство для врачей / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: Гэотар-медиа, 2012. – 611 с.
4. Вдовиченко Ю.П. Неплідність у жінок з лейоміомою матки / Ю.П. Вдовиченко, Д.С. Ледін // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – № 6. – С. 89–93.
5. Ведення вагітності у жінок після корекції непліддя / А.В. Бойчук, Н.В. Петренко, В.І. Коптюх [та ін.] // Вісн. наук. досліджень. – 2009. – № 4. – С. 57–58.
6. 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.
7. Генитальный эндометриоз и бесплодие: IVF или хирургия? / Е.В. Коханевич, И.А. Судомо, О.А. Берестовой [и др.] // Вісн. акушерів-гінекологів України. – 2007. – № 2. – С. 24–34.
8. Гойда Н.Г. Стан репродуктивного здоров'я населення України на межі тисячоліть / Н.Г. Гойда // Журн. практ. лікаря. – 2009. – № 5. – С. 2–6.
9. Гуменецкий І.С. Первинна та вторинна неплідність. Клініко-лапароскопічні паралелі / І.С. Гуменецкий // Прак. медицина. – 2012. – № 2. – С. 177–182.
10. Данкович Н.А. Проблема бесплодия и пути ее решения / Н.А. Данкович // Сімейна медицина. – 2009. – № 1. – С. 10–13.
11. Діагностика і корекція порушень у фетоплацентарному комплексі вагітних після лікування неплідності / А.В. Бойчук, О.І. Хлібовська, В.С. Шадріна [та ін.] // Вісн. наук. досліджень. – 2009. – № 2. – С. 74–75.
2. Дубоссарская З.М. Актуальные проблемы бесплодного брака / З.М. Дубоссарская, Б. Ф. Марчук. – Винница: Вин. Мед. ун-тет, 2011. – С. 20–23.

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

## Актуальні аспекти стану рубця при повторному кесаревому розтині

**В.І. Гузь**

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

Результати проведених досліджень свідчать, що при оцінюванні стану нижнього сегменту матки у вагітних з кесаревим розтином в анамнезі діагностична точність трансабдомінального ультразвукового дослідження склала 70,0%, трансвагінального ультразвукового дослідження – 78,0%, магнітно-резонансної томографії – 60,0%, доплерометрії – 56,0%; при неспроможності рубця на матці клінічні ознаки мали місце у 47,0% випадків. Під час морфологічного оцінювання нижнього сегменту не виявлено залежності морфологічної структури нижнього сегменту матки від тимчасового інтервалу між операціями.

**Ключові слова:** повторний кесарів розтин, нижній сегмент.

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

За даними ряду авторів [1–5] рубець на матці в даний час є одним з основних свідчень до кесарева розтину, складаючи від 18,2% до 37,0%. Основним мотивом для проведення повторного кесарева розтину служить небезпека розриву матки в пологах з несприятливим результатом для матері і плода. Дані, що наводяться різними авторами про неспроможність поперечного рубця на матці, – від 22% до 50% [2, 3]. Частота розривів матки в пологах коливається від 0,7% до 1,5%, під час вагітності – від 1,1% до 3% [1, 4].

Найбільш інформативні методи діагностики і критерії повноцінності рубця на матці ще не визначені. Під час вагітності практично єдиним методом оцінювання стану рубця є ультразвукове дослідження (УЗД), точність якого коливається за різними джерелами в досить широких межах – від 57,5% до 83% [4]. Вельми перспективним, але практично не вивченим методом відносно діагностики стану нижнього сегменту матки у жінок з кесаревим розтином в анамнезі, представляється магнітно-резонансна томографія.

Досліджень, направлених на вивчення морфологічного складу тканин з області попереднього розрізу при повторному кесаревому розтині, немало. Проте, до цих пір не існує єдиної думки про те, чи залежить стан рубця від часу, що минув між операціями, і який оптимальний термін настання подальшої вагітності.

Таким чином, збільшення в даний час частоти абдомінального розродження і, в той же час, бажання практично кожної жінки мати два і більше за дітей робить актуальною проблему повторного кесарева розтину. Зростає число жінок з рубцем

на матці, що планують згодом вагітність, вимагає вдосконалення методів діагностики стану нижнього сегменту матки як в час, так і поза вагітністю, що підтверджує актуальність справжнього наукового дослідження.

**Мета дослідження:** вивчити основні особливості стану рубця при повторному кесареву перетині за допомогою сучасних методів дослідження.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено проспективне дослідження 100 жінок з кесаревим розтином в анамнезі (1 група – основна), які спостерігалися впродовж всієї вагітності і протягом року після абдомінального розродження, а також їх новонароджені. Групу порівняння (2 група) склали 50 жінок, вперше розроджені шляхом кесарева розтину за різними свідченнями та їх новонароджені. Критеріями виключення з'явилися: важка екстрагенітальна патологія, корпоральний кесарів розтин в анамнезі, багатоплідна вагітність.

При первинному зверненні вагітної детально збирали загальний і спеціальний анамнез, приділяючи особливу увагу техніці попередньої операції і можливим інтра- або післяопераційним ускладненням. При огляді жінки звертали увагу на стан післяопераційного рубця на передній черевній стінці: його розташування, розміри, щільність, рухливість, відчуття жінки при пальпації.

Вагітним жінкам УЗД проводили у I, II, III триместрах. Виконували фетометрію, плацентометрію з визначенням локалізації плаценти по відношенню до внутрішнього маткового зіву і до зони передбачуваного рубця на матці. Для оцінки стану нижнього маткового сегменту трансабдомінальне і трансвагінальне УЗД проводили при наповненому сечовому міхурі в динаміці з 35–36-у тижнів вагітності і напередодні операції. До ехографічних ознак неспроможності нижнього маткового сегменту відносили: товщину нижнього маткового сегменту менше 2 мм і більше 8 мм; кратероподібне стоншування рубця; гіперехогенні включення в області передбачуваного рубця. Для оцінювання кровотоку в області нижнього маткового сегменту застосовувалася доплерометрія. Гемодинаміку в «навколорубцевій» зоні вважали задовільною за умови рівномірного розподілу колірних сигналів і наявності складової діастолі в кінцевій швидкості кровотоку виявлених судин.

Магнітно-резонансну томографію проводили без введення контрастних засобів в терміни вагітності 38–39 тиж. Вимірювали товщину стінки матки в області передбачуваного рубця, звертаючи увагу на її рівномірність, наявність будь-яких включень, дефектів.

Для морфологічного дослідження біоптати сікли при першому і повторному кесаревому розтині з верхнього і нижнього країв розрізу, фіксували в 10% розчині формаліну на 24 год і проводили за звичайною схемою. Забарвлювали препарати гематоксиліном і еозином, по Ван-Гізону, а також використовували забарвлення по Маллорі для оцінки стану сполучної тканини.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вік обстежених жінок в 1-й групі коливався від 21 до 43 років, складаючи в середньому  $32,0 \pm 5,7$  року, більше половини жінок (56,0%) знаходилася у

віці 25–34 роки; у 2-й групі – від 18 до 40 років, в середньому  $27,5 \pm 5,2$  року ( $p > 0,5$ ).

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

У анамнезі більш ніж в половині пацієнток основної групи (58,0%) мали місце медичні аборти, мимовільні викидні, вагітності, що не розвиваються, часто 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-й 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 (ДРТ), екстрагенітальна патологія. У останніх 67,0% 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 кесаревим розтином в анамнезі була загроза переривання вагітності, яка в першій половині вагітності мала місце у кожної другої 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 групи (20,0%) вагітність протікала на тлі хронічної плацентарної недостатності, тоді як в групі порівняння її частота складала лише 8,0%.

Комплексну оцінку стану нижнього сегменту матки у вагітних з кесаревим розтином в анамнезі ми давали на підставі клінічних даних і результатів інструментальних методів дослідження: УЗД, МРТ, доплерометрія.

Клінічні ознаки неспроможності рубця у вигляді неприємних відчуттів в епігастрії, нудота, блювота, болі в області нижнього сегменту матки, локальній хворобливості при пальпації в області рубця, хворобливого ворухнення плода визначалися в 28,0% вагітних. З них неспроможність рубця підтвердилася на операції у 69,6% жінок. В той же час з 72,0% вагітних з відсутністю клінічних проявів в 18,0% рубець виявився неспроможним. Отже, у 52,9% жінок з підтвердженою на операції неспроможністю рубця на матці, вона носила безсимптомний характер.

Трансабдомінальне УЗД було проведене всім 120 вагітним основної групи. Спроможний нижній сегмент матки був діагностований у 79,0% жінок, яких було розроджено шляхом кесарева розтину в плановому порядку. На операції у 21,0% пацієнток рубець виявився неспроможним, причому в 4-х випадках мало місце повне розповзання рубця. Неспроможність рубця була запідозрена в 18,0% вагітних, але підтвердилася на операції лише у 10,0% пацієнток.

Точність трансабдомінального ультразвукового дослідження склала 70,0%, чутливість – 29,4%, специфічність – 86,0%, псевдопозитивні результати мали місце в 10,0% випадків, псевдонегативні – у 20,0% випадків; прогностична цінність позитивного результату – 45,5%, прогностична цінність негативного результату – 75,5%.

Трансвагінальне УЗД було проведене всім вагітним. Нижній сегмент матки був розцінений як незмінений у 76,0% пацієнток, але на операції у 14,0% жінок виявили різке його стоншування. Підозріння на неспроможність рубця виникло у 24,0% пацієнток. Підтвердився на операції діагноз у 16,0% жінок. Таким чином, збіг ультразвукового і інтраопераційного діагнозів мав місце в 78,0% випадків, псевдопозитивні результати отримані в 8,0%, псевдонегативні в 14,0%; чутливість методу 53,3%, специфічність – 88,5%, прогностична цінність позитивного результату – 66,7%, прогностична цінність негативного результату – 81,5%.

Доплерометричне дослідження кровотоку в області нижнього маткового сегменту провели у вагітних в терміні 37–39 тиж. У підгрупі пацієнток (20 жінок), де реєструвався хороший кровотік, результати розподілилися порівну між спроможними і неспроможними рубцями. У підгрупі жінок (12 пацієнток) з пониженим кровотоком в 66,7% випадків виявлена неспроможність рубця. Отже, понижений кровотік може в деякій мірі служити прогностичним критерієм неспроможності рубця на матці у жінок з кесаревим розтином в анамнезі. Точність дослідження склала 56,3%. Але надавати даному методу особливе значення не стоїть, оскільки високий ризик помилкового виміру кровотоку в стінці сечового міхура, а не в стінці матки за їх тісного прилягання.

Обстеженню за допомогою МРТ піддалися 30 вагітних. З 8 випадків діагностованої неспроможності рубця на матці (рівномірне або локальне стоншування менше 2 мм) підтвердився діагноз лише у 2 пацієнток. В той же час, з 22 пацієнток з рівномірної товщини рубцем від 2 до 5 мм за результатами МРТ, в 6 нижній сегмент виявився неспроможним. Отримані результати збіглися з інтраопераційними даними в 18 випадках – 60,0%, псевдопозитивні і псевдонегативні результати розподілилися порівну, склавши по 20,0%; чутливість методу – 25,0%, специфічність – 72,7%, прогностична цінність позитивного результату – 25,0%, прогностична цінність негативного результату – 72,7%.

Таким чином, проведене дослідження показало, що в даний час не існує безпомилкового методу діагностики стану нижнього сегменту матки у вагітних з кесаревим розтином в анамнезі. Обстеження повинне носити комплексний характер з врахуванням клінічних даних і результатів інструментальних методів.

Морфологічна картина при макроскопічній неспроможності рубця характеризувалася вrostанням грубоволокнистої сполучної тканини в довколишній міометрії, яка, проникаючи углиб між окремими м'язовими пучками, позбавляла їх необхідній компактності. Характерною особливістю біопатії міометрія даної групи жінок було часте виявлення (у 93,0% випадків) вираженого міолізу у складі м'язових пучків, результатом якого було або заміщення фрагментів загиблих пучків фіброзною тканиною, тобто розширення зони рубця, або збочена регенерація міометрія.

Спроба виявити залежність динаміки формування рубцевої тканини і довколишнього міолізу від часу, що пройшов між операціями, не призвела до переконливих результатів.

При макроскопічно незміненому нижньому матковому сегменті в мікропрепаратах при рідкості виявлення грубої рубцевої тканини виявлена значна дезорганізація складових фрагментів міометрія у вигляді характерних «сітчастих» структур (у 80,0% випадків). Вогнища міолізу виявлялися рідко, оскільки процес колагенізації міоцитів у складі пучків викликав різку атрофію м'язових клітин, але дифузний характер поширення сполучної тканини в міжм'язових прошарках створював певну механічну міцність міометрія в зоні рубців.

### ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що при оцінці стану нижнього сегменту матки у вагітних з кесаревим розтинном в анамнезі діагностична точність трансабдомінального ультразвукового дослідження складала 70,0%, трансвагінального ультразвукового дослідження – 78,0%, магнітно-резонансної томографії – 60,0%, доплерометрії – 56,0%; при неспроможності рубця на матці клінічні ознаки мали місце в 47,0% випадків. Неспроможність рубця на матці виявлена у 28,0% жінок, плацентация в області рубця – у кожної десятої жінки (10,0%). Структура тканини нижнього сегменту матки при неспроможності рубця характеризується тотально поширеним міолізом в 93,0%, результатом якого є або розширення зони рубця, або збочена регенерація міоцитів без формування компактних пучків; при візуально незміненому нижньому сегменті матки в 80,0% випадків переважає атрофія міоцитів і «сітчастий» характер колагенізації. Не виявлено залежності морфологічної структури нижнього сегменту матки від тимчасового інтервалу між операціями.

### Актуальные аспекты состояния рубца при повторном кесаревом сечении Гузь В.И.

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

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

### Actual aspects of condition of hem at repeated cesarean section V.I. Guz

Results of the spent researches testify, that at an estimation of a condition of the bottom segment of a uterus at pregnant women with a Cesarean section in the anamnesis diagnostic accu-

racy transabdominal ultrasonic research has made 70,0%, transvaginal ultrasonic research – 78,0%, magnite-resonant tomography – 60,0%, dopplerometria – 56,0%; at a hem inconsistency on a uterus clinical signs took place in 47,0% of cases. At a morphological estimation of the bottom segment it is not revealed dependences of morphological structure of the bottom segment of a uterus on a time interval between operations.

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

### 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. – 2012. – № 1. – С. 20–22.
4. Милованов А.П. Диагностика состояния рубца на матке у беременных, перенесших кесарево сечение // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 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 618.5-02:612.453.018

## Особливості стероїдних гормонів в процесі фізіологічних партнерських пологів

*В.І. Бойко, Н.А. Кобилецька*

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Результати проведених досліджень свідчать про важливу роль стероїдних гормонів і холестерину в розвитку і перебігу фізіологічної пологової діяльності. Використання встановлених критеріїв дозволить підвищити ефективність прогнозування і ранньої діагностики різних аномалій пологової діяльності.

*Ключові слова:* фізіологічні партнерські пологи, стероїдні гормони.

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

Аналіз екскреції метаболітів стероїдних гормонів в сечі вагітної жінки і породіллі представляє велику діагностичну цінність, оскільки надає повну інформацію не лише про концентрацію основного метаболіта Прогестерону – прегнандіолу, але також дозволяє оцінити функціональний стан плода за даними концентрації фетальних стероїдів. Значну інформацію можна отримати при вивченні вмісту холестерину, який, як відомо, є основним серед усіх стероїдних гормонів в системі мати–плацента–плід.

У процесі нашого дослідження ми не ставили перед собою завдання детально досліджувати і проаналізувати концентрації різного естрогену. Це пов'язано з тим, що відсутність істотного впливу даних стероїдів на характер пологової діяльності в даний час доведена. Підтвердженням сказаному вище може служити відмова в даний час від вживання так званого «гормонального фону» на основі естрогену, який широко використовували в період 70–90-х років.

**Мета дослідження:** вивчення ролі стероїдних гормонів при фізіологічній пологовій діяльності на тлі партнерських пологів.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У переважній більшості гормональних досліджень висновки засновані на даних однократного визначення гормонів в сироватці крові радіоімунним методом. Даний підхід володіє рядом істотних недоліків, що знижують достовірність результатів. Це пов'язано з тим, що при однократному визначенні стероїда в крові не враховуються добові ритми коливання гормонів, які мають

значний розкид. Наше дослідження направлене на визначення метаболітів стероїдних гормонів в сечі породіллі протягом шести годин, а, отже, позбавлено описаних вище недоліків. Крім того, з метою зниження помилок, пов'язаних з циркадними ритмами, для хроматографічного аналізу використовували сечу, зібрану в інтервалі з 9 год до 15 год.

Комплекс концентрації стероїдів в сечі породіллі при доношеній вагітності представляє великий інтерес, оскільки, лише використовуючи нормативні показники і їхні варіанти, можна оцінити ступінь порушення стероїдного обміну при таких відхиленнях від фізіологічної пологової діяльності, як слабкість пологової діяльності (СПД) і дискоординована пологова діяльність (ДПД). Крім того, отримана інформація може бути використана при порівнянні із стероїдним профілем породілей з прееклампсією, плацентарною дисфункцією тощо.

Ураховуючи відсутність в науковій літературі даних про концентрацію метаболітів стероїдних гормонів в сечі народжуючих жінок, в ході нашого дослідження проведено вивчення стероїдного профілю 6-годинної екскреції у 22 породілей з фізіологічними партнерськими пологами.

Для визначення нормативних показників нами обстежено 22 породіллі з доношеною вагітністю, в яких самостійно розпочалася регулярна пологова діяльність в період з 3 до 6 год ранку. Вік жінок знаходився в межах від 18 до 30 років. Первовагітних було 16 (72,7%), повторновагітних – 6 (27,3%), у всіх випадках перша вагітність була перервана за бажанням жінки до 12 тиж вагітності без ускладнень. Серед ускладнень даної вагітності виявлені легкий ранній токсикоз, який мав місце в 3 (13,6%) випадках і набряки вагітних – у 5 (22,7%) пацієнток.

Ступінь «зрілості» шийки матки перед пологами оцінювали за шкалою Е.Н. Bishop (1964). «Зріла» шийка матки була у 81,8% породілей, недостатньо «зріла» шийка – у 4 (18,2%). Усі пологи були партнерськими.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У всіх породілей пологова діяльність носила фізіологічний характер, ранне вилиття навколоплодових вод сталося в 3 (13,6%) випадках. Усі жінки народили per vias naturales. Середня тривалість пологів склала 9 год 35 хв±23 хв, крововтрата в пологах – 200,8±5,9 мл. Народилося 11 дівчаток і 11 хлопчиків, середня вага новонароджених склав 3401,2±34,5 г, довжина – 51,1±0,17 см. Оцінка за шкалою Апгар на першій хвилині склала 7,85±0,05, на п'ятій – 8,52±0,06 балу.

Нижче наведений опис основних стероїдних гормонів і рівня їхньої екскреції в процесі пологів.

Прегнандіол – основний метаболіт Прогестерону. Його екскреція різко підвищується при вагітності, зростає поступово впродовж всього гестаційного періоду, перед початком пологів знижується. 6-годинна екскреція прегнандіолу при фізіологічних пологах склала 12,3±2,1 мкмоль/бг.

Алло-прегнандіол – 5α-редукований ізомер прегнандіолу. Його екскреція зростає при підвищеній активності ферменту 5α-редуктази. 6-годинна экс-

крєція алло-прегнандіолу при фізіологічних пологах склала  $1,2 \pm 0,4$  мкмоль/бг.

Прегнанолон – так само, як і прегнандіол, є одним з метаболітів Прогестерону. Екскреція його помітно підвищується при вагітності, але в процентному відношенні значно відстає від екскреції прегнандіолу. 6-ти годинна екскреція прегнанолону при фізіологічних пологах склала  $2,5 \pm 0,4$  мкмоль/бг.

$16\alpha$ -гідроксиєтіохоланолон,  $16\alpha$ -гідроксиандростерон і  $16\alpha$ -гідроксидегідроепіандростерон відносяться до з'єднань, що володіють гідроксильною групою в 16-му положенні в молекулі. Гідроксилювання даних гормонів відбувається за допомогою фетального ферменту  $16\alpha$ -гідроксилази, який синтезується в печінці плода. Відсутність або зниження екскреції даних гормонів свідчить про внутрішньоутробне страждання плода. 6-ти годинна екскреція  $16\alpha$ -гідроксиєтіохоланолон,  $16\alpha$ -гідроксиандростерон і  $16\alpha$ -гідроксидегідроепіандростерон при фізіологічних пологах склала  $1,3 \pm 0,7$  мкмоль/бг,  $2,7 \pm 1,5$  мкмоль/бг і  $5,1 \pm 1,4$  мкмоль/бг відповідно.

Естрадіол і естрон – активний естроген, який утворюється в плаценті під час вагітності. Ці гормони синтезуються в організмі жінки і поза вагітністю, але істотне підвищення їх екскреції з'являється лише у вагітних і служить показником роботи плаценти. 6-годинна екскреція естрадіолу і естрону при фізіологічних пологах склала  $20,8 \pm 3,8$  мкмоль/бг і  $1,9 \pm 0,4$  мкмоль/бг відповідно.

Холестерин – є основним попередником всіх стероїдних гормонів, під час вагітності екскреція холестерину зростає. 6-годинна екскреція холестерину при фізіологічних пологах складає  $6,9 \pm 1,5$  мкмоль/бг.

### ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про важливу роль стероїдних гормонів і холестерину в розвитку і перебігу фізіологічної пологової діяльності. Використання встановлених критеріїв дозволить підвищити ефективність прогнозування і ранньої діагностики різних аномалій пологової діяльності.

#### Особенности стероидных гормонов в процессе физиологических партнерских родов

*В.И. Бойко, Н.А. Кобылецкая*

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о важной роли стероидных гормонов и холестерина в развитии и течении физиологической родовой деятельности. Использование установленных критериев позволит повысить эффективность прогнозирования и ранней диагностики различных аномалий родовой деятельности.

**Ключевые слова:** физиологические партнерские роды, стероидные гормоны.

#### Features of steroid hormones in the course of physiological partner labours

*V.I. Boyko, N.A. Kobulezka*

Results of the spent researches testify to an important role of steroid hormones and cholesterol in development and a current of physiological patrimonial activity. Use of the estab-

lished criteria will allow to raise forecasting effectiveness and early diagnostics of various anomalies of patrimonial activity.

**Key words:** physiological partner childbirth, steroid hormones.

### 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, 2012. – 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. – 2009. – № 4. – С. 78–82.

# Особливості клінічної характеристики пацієнток із недоношеною вагітністю і затримкою розвитку плода

**М.А. Коростиль**

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Результати проведеної клінічної характеристики пацієнток із передчасними і пологами і затримкою розвитку плода свідчать про наявність обтяженого репродуктивного і соматичного анамнезу, при цьому низка чинників має специфічний характер. Використання отриманих результатів необхідно включати в алгоритм діагностичних і прогностичних заходів для поліпшення перинатальних результатів розродження в цій групі високого ризику.

**Ключові слова:** недоношена вагітність, затримка розвитку плода.

На сьогодні передчасні пологи представляють найбільш актуальну проблему сучасної перинатології [1–4]. Не дивлячись на значне число наукових публікацій з проблеми недоношування, не можна вважати всі питання повністю вирішеними.

На наш погляд, особливо актуальним є наукове завдання перинатальних результатів розродження жінок з недоношеною вагітністю і затримкою розвитку плода.

**Мета дослідження:** вивчення основних особливостей клінічної характеристики пацієнток із недоношеною вагітністю і затримкою розвитку плоду.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для виконання мети дослідження були обстежені 180 вагітних в терміні 6–40 тиж гестації, у тому числі 30 пацієнток із неускладненою вагітністю, що завершилася фізіологічними своєчасними пологами, що склали контрольну групу; 50 пацієнток з передчасними пологами (1-а група); 50 жінок з доношеною вагітністю і затримкою розвитку плода (ЗРП) (2-а група) і 50 пацієнток з передчасними пологами і ЗРП (3-я група).

Клінічну оцінку стану здоров'я обстежених жінок проводили за допомогою розробленої нами статистичної карти. Параметри, що вивчаються, відображали паспортні дані, відомості про наявність шкоди на виробництві.

У пологах звертали увагу на їхню динаміку, тривалість, час вилиття навколоплодових вод та їхній характер, час відділення плаценти і народження посліду, визначали крововтрату в пологах.

Стан новонародженого при народженні оцінювали за шкалою Апгар, вимірювали масу, довжину тіла, окружність голови і грудей. Стан новонародженого в ранній неонатальний період оцінювали спільно з неонатологом.

Усі додаткові методи дослідження (ехографічні, ендокринологічні, доплерометричні, кардіокографічні, імунологічні, мікробіологічні і морфологічні) проводили в 22–28, 29–32 і 33–37 тиж вагітності.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Для виконання поставленої мети дослідження носили поетапний характер.

Так, спочатку був проведений клініко-статистичний аналіз анамнестичних даних жінок усіх груп.

При оцінюванні віку обстежених жінок виявлено, що пацієнтки з передчасними пологами склали найбільш старшу вікову групу, їх середній вік склав  $29,6 \pm 6,7$  року. Аналіз розподілу пацієнток за віковими категоріями свідчить, що якщо в групі контролю більшість пацієнток (86,7%) були у віці до 30 років, то серед пацієнток з передчасними пологами кожна четверто-п'ята (22,0%) старше за 31 рік, а кожна п'ята (20,0%) – старше 36 років. Серед пацієнток з передчасними пологами і ЗРП практично кожна третя (28,0%) була старша 36 років, що достовірно частіше ( $p < 0,05$ ) в порівнянні з контролем і жінками з доношеною вагітністю і ЗРП. Хоча серед пацієнток із доношеною вагітністю і ЗРП також спостерігають статистично значиме зростання жінок старше 36 років порівняно з контролем (6,0% проти 3,3% відповідно) і тенденцію до збільшення кількості жінок у віковому діапазоні від 31 до 35 років.

При об'єктивному оцінюванні статури оцінювали стан показників зросту і маси тіла, а також показник індекс маси тіла (ІМТ) по Вей. Виходячи з отриманих даних встановлено, що по зросту і вазі всі обстежені пацієнтки були порівнянні. Відповідно просліджувалося і відсутність статистично значимих відмінностей і в ІМТ по Вей. Що стосується загальної надбавки ваги за весь гестаційний період, то статистично значимі відмінності були виявлені лише відносно пацієнток, розроджених передчасно. Так, у пацієнток із ЗРП і передчасними пологами просліджувалося достовірне зниження в надбавці у вазі в порівнянні з такими, але без ЗРП. Проте необхідно відзначити, що в основних групах, у тому числі і при народженні дітей з низькою масою тіла, середня надбавка маси тіла за вагітність укладалася у фізіологічно допустимі параметри. Це свідчить про те, що такий показник як «загальна надбавка маси тіла» не завжди є інформативним прогностичним критерієм народження дітей з низькою масою тіла.

Аналіз структури супутніх хронічних екстрагенітальних захворювань показав, що найбільш соматично обтяженими були вагітні з передчасними пологами і ЗРП – лише 12,0% вагітних не вказувало на супутні соматичні захворювання, тоді як в контрольній групі такими були 63,3% обстежених. У структурі екстрагенітальних захворювань переважали захворювання серцево-судинної системи, у тому числі хронічна артеріальна гіпертензія і хвороби сечовидільної системи.

Хвороби серцево-судинної системи достовірно частіше ( $p < 0,05$ ) зустрічалися серед вагітних з передчасними пологами як із ЗРП, так і без – практично в кожному третьому і п'ятому спостереженні відповідно. У випадках доношеної вагітності і ЗРП просліджувалася тенденція до збільшення частоти серцево-судинних захворювань. Хронічна артеріальна гіпертензія переважала серед судинних захворювань, складаючи більш ніж половину даних серцево-судинних захворювань.

Захворювання сечовидільної системи (сечокам'яна хвороба, хронічний пієлонефрит) достовірно частіше діагностовані серед вагітних з передчасними пологами і доношеною вагітністю і ЗРП – в кожному шосто-п'ятому випадку, тоді як серед пацієнток контрольної групи і передчасними пологами і ЗРП даний показник склав 8,0%.

Звертає на себе увагу факт відсутності серед пацієнток з неускладненою вагітністю захворювань щитоподібної залози (аутоімунний тиреоїдит, гіпотиреоз) і ожиріння. У

той же час серед вагітних основних груп захворювання щитоподібної залози зустрічаються з частотою до 8,0%, що достовірно частіше ( $p < 0,05$ ) порівняно з контролем. Ожиріння достовірно частіше ( $p < 0,05$ ) діагностовано серед вагітних основних груп, причому серед пацієнок з передчасними пологами і ЗРП воно зустрічалося в кожній шостій, що достовірно частіше ( $p < 0,05$ ) не лише в порівнянні з контролем, але й іншими групами порівняння.

При детальному вивченні менструальної функції були оцінені наступні показники у обстежених пацієнок:

- вік менархе;
- час, через який встановився регулярний менструальний цикл;
- тривалість менструації, хворобливість, кількість виділень;
- регулярність і тривалість менструального циклу, характер наявних порушень.

Як свідчать отримані дані, вік менархе коливався від 12 до 14 років. Серед вагітних з передчасними пологами як із ЗРП, так і без ЗРП менархе наставало достовірно пізніше ( $p < 0,05$ ) – в середньому на рік, порівняно з пацієнками з доношеною вагітністю. За такими аналізованими показниками як тривалість менструації і тривалість менструального циклу статистично достовірних відмінностей виявлено не було ( $p > 0,05$ ).

Кожна третя вагітна основних груп вказувала на те, що перший досвід сексуально-го спілкування мав місце у віці до 17 років, що достовірно раніше ( $p < 0,05$ ) у порівнянні з вагітними контрольної групи.

У групі контролю практично кожна четверта жінка починала жити статевим життям у віці старше 25 років. У більшості обстежених вік початку статевого життя становив від 18 до 24 років.

У шлюбі перебувало 80,0% пацієнок із неускладненим перебігом вагітності. У той же час тих, хто перебуває у шлюбі, серед пацієнок основних груп було достовірно менше ( $p < 0,05$ ) порівняно з контролем. Поза шлюбом народження дитини пацієнками основних груп відбувалося в кожному третьому спостереженні, тоді як в контрольній групі – в кожному п'ятому.

Оцінювання структури гінекологічних захворювань показало, що вагітні основних груп вказували в анамнезі в основному на запальні захворювання матки і придатків і доброякісні захворювання шийки матки. Так, практично кожна друга жінка з передчасними пологами (48,0%), кожна третя з передчасними пологами і ЗРП (36,0%) і кожна четверта з доношеною вагітністю і ЗРП (20,0%) вказували на доброякісні захворювання шийки матки, що достовірно частіше ( $p < 0,05$ ) в порівнянні з групою контролю.

Хронічне запалення придатків зустрічалося в середньому у 30,0% жінок основних груп, що достовірно частіше ( $p < 0,05$ ) в порівнянні з контролем. Необхідно відзначити, що пацієнтки основних груп в 18,0% випадків вказували на безпліддя в анамнезі. Лейоміома матки зустрічалася лише серед пацієнок з передчасними пологами – 6,0%, що достовірно частіше ( $p < 0,05$ ) в порівнянні з останніми. Генітальний ендометріоз спостерігали також лише серед пацієнок з передчасними пологами – у 8,0% пацієнок з передчасними пологами і в 4,0% – з передчасними пологами і ЗРП, що достовірно частіше ( $p < 0,05$ ) в порівнянні з останніми групами.

Оцінювання репродуктивної функції обстежених свідчить, що серед пацієнок з неускладненим перебігом вагітності практично однаково часто мали місце пологи і ар-

тифіційний аборт в анамнезі, причому середні показники склали менше одного. Звертає на себе увагу факт відсутності мимовільного переривання вагітності в групі контролю. Серед пацієнок з доношеною вагітністю і ЗРП виявлено тенденцію до збільшення загального числа вагітностей, що приходяться на одну жінку, в порівнянні з контролем, проте статистично значущих відмінностей виявлено не було. Також не встановлено достовірних відмінностей між середнім числом пологів і медичних абортів, що припадають на одну жінку, проте в цій групі є статистично значимі ( $p < 0,05$ ) випадки мимовільного абортів в анамнезі.

Інша ситуація склалася серед пацієнок з передчасними пологами. Так, середне число вагітностей було достовірно вище ( $p < 0,05$ ) в порівнянні з пацієнками з доношеною вагітністю (2,9 $\pm$ 0,6 проти 1,4 $\pm$ 0,7). Середне число пологів і артифіційних абортів було достовірно вище ( $p < 0,05$ ), а саме в 2,5 рази порівняно з такими показниками при доношеній вагітності. Крім того, достовірно частіше ( $p < 0,05$ ) – в 2 рази і більше зустрічалися випадки мимовільного переривання вагітності в ранні терміни.

Отже, наведені результати є свідченням того, що артифіційний аборт є одним з основних методів регулювання народжуваності. Ці показники наочно демонструють той факт, що таке поняття як «планування вагітності» є незнайомим сучасним чоловікам і жінкам.

Оцінювання особливостей перебігу і результатів попередніх вагітностей і пологів показала, що передчасні пологи в анамнезі зустрічалися достовірно частіше ( $p < 0,05$ ) серед пацієнок з недоношеною вагітністю – в середньому в кожному шостому випадку, в порівнянні з доношеною вагітністю і ЗРП і групою контролю. Крім того, саме серед пацієнок з пологами, що передчасно завершилися, попередні вагітність достовірно частіше ( $p < 0,05$ ) обтяжувалася прееклампсією легкого і середнього ступеня – в середньому в 16,0% вагітних. В той же час серед пацієнок групи контролю випадки прееклампсії були відсутні, а при доношеній вагітності і ЗРП зустрічалися в 10,0% випадків.

Плацентарна дисфункція (ПД) була діагностована в кожній десятій вагітній групі контролю, тоді як серед пацієнок з недоношеною справжньою вагітністю ПД під час попередньої вагітності зустрічалася в 2,9 рази частіше (30,0% проти 10,0% відповідно). Народження дитини з низькою масою тіла в анамнезі спостерігали у кожній четвертій пацієнтки (24,0%) з недоношеною справжньою вагітністю без ЗРП, тоді як із ЗРП – у 12,0% спостережень. Мертвонародження в анамнезі мали місце лише серед пацієнок, чия справжня вагітність завершилася передчасними пологами (даний показник склав в середньому 12,0%).

Післяпологова кровотеча зустрічалася достовірно частіше ( $p < 0,05$ ) в групі пацієнок з передчасними пологами – в кожному десятому спостереженні (10,0%).

Розподілення обстежених по паритету показав, що серед вагітних з передчасними пологами достовірно переважали ( $p < 0,05$ ) повторновагітні і первородящі, тоді як при доношеній вагітності як неускладненої, так і із ЗРП – первовагітні і первородящі.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведеної клінічної характеристики пацієнок з передчасними пологами і затримкою розвитку плода свідчать про наявність обтяженого репродуктивного і соматичного анамнезу, причому ряд чинників носять специфічний характер. Використання отриманих результатів необхідно включати в алгоритм діагнос-

тичних і прогностичних заходів для поліпшення перинатальних результатів розродження в цій групі високого ризику.

**Особенности клинической характеристики пациенток с недоношенной беременностью и задержкой развития плода**  
**М.А. Коростыль**

Результаты проведенной клинической характеристики пациенток с преждевременными и родами и задержкой развития плода свидетельствуют о наличииотягощенного репродуктивного и соматического анамнеза, причем ряд факторов носят специфический характер. Использование полученных результатов необходимо включать в алгоритм диагностических и прогностических мероприятий для улучшения перинатальных исходов родоразрешения в этой группе высокого риска.

**Ключевые слова:** недоношенная беременность, задержка развития плода.

**Features of the clinical characteristic of patients with premature pregnancy and a born arrest of development**  
**М.А. Korostil**

Results of the spent clinical characteristic of patients with premature both sorts and a fruit arrest of development testify to presence of the burdened reproductive and somatic anamnesis, and a number of factors have specific character. Use of the received results is necessary for including in algorithm diagnostic and forecast actions for improvement perinatal outcomes delivery in this group high risk.

**Key words:** premature pregnancy, a born arrest of development.

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Грищенко В.И. Совершенствование диагностики и терапии перинатальной патологии / В.И. Грищенко, Н.А. Щербина // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 10. – С. 3–6.
2. Дементьева Г.М. Дифференциальная оценка детей с низкой массой при рождении / Г.М. Дементьева, Е.В. Короткая // Вопросы охраны материнства и детства. – 2010. – № 2. – С. 15–20.
3. Дубчак А.Е. Течение беременности, родов и особенности фетоплацентарной системы у женщин с отягощенным гинекологическим анамнезом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.01 «Акушерство і гінекологія» // А.Е. Дубчак. – К., 2006. – 22 с.
4. Лихачева Н.В. Синдром задержки внутриутробного развития у новорожденных / Н.В. Лихачева // Медицина сегодня и завтра. – 2010. – № 1. – С. 76–78.

УДК 618.2-07+618.36+616-08+616.36-002

**Стан фетоплацентарного комплексу у вагітних з HBV-інфекцією**

**Н.Я. Курташ, Н.І. Геник**

**Івано-Франківський національний медичний університет**

**Визначення стану фетоплацентарного комплексу у вагітних з вірусним гепатитом В з метою попередження розвитку перинатальних ускладнень є важливим етапом в обстеженні даної категорії жінок. Доведена ефективність запропонованої терапії препаратами артишоку-екстракт та глутаргіну у вагітних з HBV-інфекцією для покращення стану фетоплацентарного комплексу.**

**Ключові слова:** HBV-інфекція, фетоплацентарний комплекс.

За останні роки значно зросла кількість вагітних жінок з HBV-інфекцією, зокрема і в Україні. У таких пацієнток, окрім змін в гепатобіліарній системі, відзначаються і порушення в роботі фетоплацентарного комплексу [5]. Провідним клінічним синдромом є плацентарна дисфункція, яка зумовлена морфологічними і функціональними змінами в плаценті і проявляється порушенням стану плода та його розвитку. Він є наслідком складної реакції плода і плаценти на різноманітні патологічні стани материнського організму у вигляді порушень транспортної, трофічної, ендокринної та метаболічної функцій плаценти [1].

Проблема плацентарної недостатності, в основі якої лежать порушення компенсаторно-приспосувальних механізмів, до цього часу є актуальною, що пов'язано з негативним її впливом на плід та численними ускладненнями пологів, високою перинатальною смертністю та наявністю нервово-психічних розладів у дітей [3].

Одна із найважливіших функцій плаценти – гормонопродукуюча – забезпечує кореляцію складних адаптаційних взаємин між організмом матері та внутрішньоутробного розвитку плоду, і є основним показником стану фетоплацентарного комплексу [4]. У зв'язку із цим можна припустити значну частоту зміни гормональної функції фетоплацентарного комплексу даного контингенту вагітних.

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

Було обстежено 60 жінок в терміні 32–33 тиж та в 37–40 тиж вагітності. Основну групу склали 40 вагітних з HBV-інфекцією, в контрольну групу ввійшли 20 вагітних з негативними маркерами вірусного гепатиту В. HBV-інфекцію було діагностовано в лабораторних умовах імуноферментним методом. У вагітних основної групи виявлений позитивний HBsAg, позитивні серологічні маркери реплікації вірусного гепатиту В-анти-HBs і анти-HBe. В свою чергу основна група була розподілена наступним чином: I група жінок – 20 вагітних, які отримували базову терапію, II група жінок – 20 вагітних, які отримували разом з базовою терапією препарати артишоку та аргініну глутамату. Базова терапія включала в себе лікувально-охоронний режим з виключен-

ням фізичних і психічних навантажень, діети № 5а, 5 з мінімумом 2000 ккал на добу (половина білків повинна бути рослинного походження), призначення полівітамінних препаратів, ентеросорбенти, внутрішньовенне введення 5% розчину глюкози, 0,9% натрію хлориду, амінокислотні суміші 2–3 рази на тиждень по 500 мл інфузійно, введення глюкозо-інсуліно-калієвої суміші, рибоксин по 0,2 г 4 рази на день, поліферментні препарати. Артишоку екстракт приймали по 1 капсулі за 30 хв до вживання їжі тричі на день. Глутаргін приймали по 1 таблетці (0,75 г) тричі на добу незалежно від приймання їжі. Курс лікування становив 14 днів. Всі жінки з основної групи були консультовані інфекціоністом і не потребували протівірусної терапії.

У сироватці крові вагітних імуноферментним методом на апараті «STATFAX 303 PLUS» натщесерце проводили визначення рівнів плацентарного лактогену (набір реактивів Bioserv, Німеччина), хоріонічного гонадотропіну, прогестерону,  $\alpha$ -фетопротеїну та естріолу (набори реактивів «ХГ-ИФА» «ПРОГЕСТЕРОН-ИФА», «АФП-ИФА» та «ЕСТРИОЛ-ИФА» від «ООО Хема» виробництва РФ).

Статистичне оброблення отриманих результатів проводили за допомогою програми Statistica 6.0. Вираховували середнє значення (М) та стандартне відхилення ( $\pm m$ ). Непараметричний критерій Манна-Уїтні використовували для порівняння двох незалежних груп за однією ознакою, критерій Вілкоксона – для порівняння двох залежних груп. Різницю вважали достовірною при  $p < 0,05$ .

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У результаті дослідження гормональної функції плаценти у вагітних жінок з фізіологічним перебігом вагітності в терміні гестації 32–33 тиж нами виявлені наступні результати: рівень естріолу був  $11,88 \pm 1,20$  нг/мл, прогестерону коливався в межах  $355,55 \pm 38,08$  нмоль/л, хор іонічного гонадотропіну –  $26095 \pm 4060,81$  МО/л, рівень плацентарного лактогену склав  $6,385 \pm 0,487$  мг/л і рівень альфа-фетопротеїну –  $277,5 \pm 16,42$  МО/мл. Отримані результати свідчать, що у групі здорових вагітних рівні гормонів були в межах фізіологічної норми.

При аналізі ендокринологічних показників у 32–33 тиж перед початком лікування можна відзначити відсутність достовірних розходжень між I і II групами ( $p < 0,001$ , табл. 1).

При HBV-інфекції в жінок I групи мало місце достовірне зниження вмісту естріолу на 38% ( $p < 0,001$ ) в порівнянні з контрольною групою; хоріонічного гонадотропіну втричі ( $p < 0,001$ ), проте він залишався в межах норми для даного терміну вагітності, рівень прогестерону був на 30% нижчим від групи контролю, проте в межах фізіологічної норми ( $p < 0,002$ ) і рівень плацентарного лактогену в 1,8 раз нижчий за такий в групі контролю на фоні одночасного збільшення рівня альфа-фетопротеїну в 1,6 раз порівняно з контрольною групою. У жінок II групи показники гормонів незначно відрізнялись від таких в I групі, а саме: естріол був меншим на 35,5% в порівнянні з групою контролю, прогестерон був в два рази нижчим, хор іонічний гонадотропін в 4,3 рази був нижчим, плацентарний лактоген виявився нижчим в 1,9 раз в порівнянні з групою контролю, а рівень альфа-фетопротеїну був вищим на 62% в порівнянні з контрольною групою ( $p < 0,001$ ). Достовірних відмінностей у концентрації гормонів між пацієнтками I та II груп до лікування не виявлено.

Таблиця 1

### Ендокринологічні показники у 32–33 тиж вагітності

Показники синтезу гормонів	Групи жінок		
	Контрольна (n=20)	Основна	
		I (n=20)	II (n=20)
Естріол (нг/мл)	$11,88 \pm 1,20$	$4,48 \pm 0,28^*$	$4,22 \pm 0,15^*$
Прогестерон (нмоль/л)	$355,55 \pm 38,08$	$195,24 \pm 25,14^{**}$	$180,93 \pm 20,16^*$
Хоріонічний гонадотропін (МО/л)	$26095 \pm 4060,81$	$7015 \pm 1561,55^*$	$5955 \pm 1284,43^*$
Плацентарний лактоген (мг/л)	$6,385 \pm 0,487$	$3,530 \pm 0,316^*$	$3,315 \pm 0,329^*$
Альфа-фетопротеїн (МО/мл)	$277,5 \pm 16,42$	$450,65 \pm 16,79^*$	$449,35 \pm 14,93^*$

Примітка: \* – вірогідність показника  $< 0,001$  порівняно з такими в контрольній групі;

\*\* – вірогідність показника  $< 0,002$  порівняно з такими в контрольній групі.

Таблиця 2

### Ендокринологічні показники у 37–40 тиж вагітності

Показники синтезу гормонів	Групи жінок		
	Контрольна (n=20)	Основна група	
		I (n=20)	II (n=20)
Естріол (нг/мл)	$19,04 \pm 1,64$	$6,95 \pm 0,29^*$	$11,83 \pm 1,02^{**}$
Прогестерон (нмоль/л)	$285,16 \pm 31,25$	$230,11 \pm 26,14$	$207,44 \pm 27,48^*$
Хоріонічний гонадотропін (МО/л)	$24970 \pm 3556,99$	$9840 \pm 2130,96^*$	$14100 \pm 2506,04^{**}$
Плацентарний лактоген (мг/л)	$6,990 \pm 0,46$	$4,095 \pm 0,307$	$5,875 \pm 0,409^*$
Альфа-фетопротеїн (МО/мл)	$213,40 \pm 14,03$	$331,45 \pm 5,39^*$	$268,45 \pm 14,75^{**}$

Примітки: \* – вірогідність показника  $< 0,05$  порівняно з такими в контрольній групі;

\*\* – вірогідність показника  $< 0,01$  порівняно з такими в контрольній групі.

У контрольній групі жінок показники гормонального статусу в терміні 37–40 тиж зазнали змін. Так, рівень естріолу та плацентарного естрогену збільшились відповідно на 60% ( $p = 0,005$ ) та на 9,5% ( $p > 0,05$ ). Рівні прогестерону, хоріонічного гонадотропіну та альфа-фетопротеїну зменшились відповідно на 20% ( $p > 0,05$ ), на 4,5% ( $p > 0,05$ ) та на 23% ( $p > 0,05$ ). Рівні гормонів вагітних контрольної групи були в межах норми, як в 32–33 тиж, так і в 37–40 тиж, а їхні зміни перед пологами є фізіологічними.

Після проведеної запропонованої терапії зміни в основній групі носили більш виражений характер (табл. 2).

У групі I з'явилися достовірні розходження, які полягали в зменшенні вмісту альфа-фетопротеїну на 36% по відношенню до рівня його до початку лікування

( $p < 0,001$ ) і перебув у межах фізіологічної норми, але в нормі його рівень зменшується до кінця вагітності. Одночасно достовірно ( $p < 0,001$ ) підвищився рівень естріолу в 1,5 разу в порівнянні з даними до лікування, проте це також пов'язано із тим, що в нормі його рівень збільшується в цьому терміні вагітності, аналогічно хоріонічного гонадотропіну – в 1,4 ( $p > 0,05$ ), прогестерон зріс на 18% ( $p > 0,05$ ). Рівень плацентарного лактогену залишився практично без змін ( $p > 0,05$ ). Ендокринологічна картина у жінок II групи зазнала істотних змін в сторону стабілізації гормонального фону відповідно до терміну вагітності. Так, рівень альфа-фетопротеїну достовірно знизився на 40% ( $p < 0,001$ ) і був в межах фізіологічної норми. Рівень естріолу достовірно підвищився в 2,8 разу ( $p < 0,001$ ), що відповідало нормі; хоріонічний гонадотропін зріс в 2,3 разу ( $p > 0,05$ ); рівень прогестерону став вищим на 15% ( $p > 0,05$ ), ніж до лікування; показники плацентарного лактогену достовірно зросли на 77% ( $p < 0,001$ ), порівняно з такими в 32–33 тиж вагітності.

Ендокринна дисфункція плаценти починається при вірусній HBV-інфекції вже із 32–33 тиж вагітності і напередодні розродження набуває вираженого характеру. Ці дані підтверджують негативний вплив вірусу гепатиту В на функціональний стан фетоплацентарного комплексу.

Зіставлення отриманих результатів дають підставу припустити, що інфекційний фактор на початку ініціює цілий каскад реакцій спрямованих на елімінацію збудника на клітинному й тканинному рівнях у єдиній функціональній системі мати–плацента–плід. Зміни гомеостазу під час вагітності, обтяженої інфікуванням HBV-інфекцією, є одним із патогенетичних механізмів ушкодження плацентарних мембран і дезінтеграції функціональної системи плацента–плід, що розвивається [1]. На користь цього свідчать дані про порушення гормональної функції ФПК. Не можна виключити, що в міру прогресування інфекційного процесу й виснаження компенсаторно-приспосувальних реакцій усіх ланок системи, порушена бар'єрна функція плаценти приведе до розвитку внутрішньоутробного інфікування й нагромадження токсичних продуктів.

### ВИСНОВКИ

Проведені дослідження показали, що при інфікуванні вірусом гепатиту В у багатьох випадках спостерігаються гормональні порушення фетоплацентарного комплексу. Рівні естріолу, прогестерону, хоріонічного гонадотропіну та плацентарного лактогену достовірно нижні порівняно з контрольною групою ( $p < 0,001$ ), при одночасному підвищенні показників альфа-фетопротеїну ( $p < 0,001$ ). Запропоноване лікування із застосуванням препаратів Артишоку-екстракт та Глутаргін дозволяє наблизитися до фізіологічних значень гормонального статусу вагітних з даною патологією.

Перспектива подальших досліджень. Подальше дослідження стану фетоплацентарного комплексу в жінок з HBV-інфекцією за допомогою оцінки біофізичного профілю плода та стану кровотоку судин матки і плода, оцінки ендотеліальної дисфункції дасть змогу розробити та впровадити заходи, які призведуть до зниження частоти акушерських та перинатальних ускладнень у вагітних жінок, які інфіковані вірусом гепатиту В.

### Состояние фетоплацентарного комплекса у беременных с HBV-инфекцией Н.Я. Курташ, Н.И. Генык

Определение состояния фетоплацентарного комплекса у беременных с вирусным гепатитом В с целью предупреждения развития перинатальных осложнений является важным этапом в обследовании данной категории женщин. Доказана эффективность предложенной терапии препаратами Артишока-экстракт и Глутаргина у беременных с HBV-инфекцией для улучшения состояния фетоплацентарного комплекса.

**Ключевые слова:** HBV-инфекция, фетоплацентарный комплекс.

### Condition placenta in pregnant women with HBV infection N.Y. Kurtash, N.I. Henyk

Defining the fetoplacental complex in pregnant women with hepatitis B for the prevention of perinatal complex is important step in examining this category of women. The efficiency of the proposed therapy with Artichokeextract and Glutargin in pregnant women with HBV-infection for the improvement of the fetoplacental complex.

**Key words:** HBV infection, fetoplacental complex.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Быстрицкая Т.С. Плацентарная недостаточность (монография) / Т.С. Быстрицкая, М.Т. Луценко, Д.С. Лысяк, В.П. Колосов // Амурская государственная медицинская академия. – 2010. – Благовещенск. – С. 51–58.
2. Зукин В. Организационные спектры системы пренатального скрининга / В. Зукин // 3 турботою про жінку. – 2010. – № 5 (17). – С. 6–10.
3. Ліхачов В.К. Особливості функціонування фетоплацентарного комплексу в умовах плацентарної недостатності (огляд літератури) / В.К. Ліхачов, Ю.В. Петренко // Проблеми, досягнення і перспективи розвитку медико-біологічних наук і практичного здравоохранення: Тр. КГМУ ім. С.И. Георгієвського. – Симферополь, 2009. – Т. 145, ч. III. – С. 151–155.
4. Рыбалка А.Н. Плацентарная дисфункция и перинатальные потери / А.Н. Рыбалка, Я.А. Егорова // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины: КГМУ им. С.И. Георгієвського. – Симферополь, 2012. – Т. 2, № 3–4. – С. 50–54
5. Ruiz F., Riely C.A., eds. Part VIII. Women and Liver Diseases. Pregnancy and Liver Disease // Wu G.Y., Israel J., eds. Diseases of the Liver and Bile Ducts: Diagnosis and Treatment. – Totowa NJ: Humana Press, 2011. – 359–370.

## Вплив екстрагенітальної патології на клінічний перебіг анемії вагітних

С.М. Сергієнко, О.А. Лезнікова

Луганський державний медичний університет МОЗ України

Результати проведених досліджень свідчать про істотну роль сироваткового феритину в генезі анемічного синдрому у вагітних. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні тактики ведення вагітності і пологів у жінок з анемічним синдромом.

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

Анемічний синдром у всьому світі залишається серйозною проблемою екстрагенітальної патології в акушерстві, не дивлячись на велику кількість методів лабораторної діагностики і широкий вибір препаратів заліза на світовому фармацевтичному ринку. Технічні і фінансові труднощі, що перешкоджають оцінюванню метаболізму заліза у великих популяціях, не дозволяють отримати точні статистичні дані розповсюдження дефіциту заліза. У той же час можна вважати, що частота зустрічання дефіциту заліза набагато перевищує поширеність анемії. Це означає, що навіть у країнах з розвинутою економікою у більшості жінок на початок вагітності запаси заліза не можуть задовольняти збільшеної потреби, пов'язаної із збільшенням глобулярного об'єму в материнському організмі і з розвитком плодово-плацентарного комплексу [1–4].

Навіть у економічно стабільних країнах, які мають сприятливі соціально економічні умови, достаток продуктів харчування і доступну медичну допомогу, частота зустрічання залізодефіцитної анемії (ЗДА) у вагітних жінок складає 22,7% [1–4]. У країнах, що розвиваються, цей показник доходить до 52%, а в країнах СНД – 40–45%.

Висока частота анемії у вагітних і можливі ускладнення (підвищення перинатальної смертності, затримка розвитку плода, дистрес плода, неонатальна асфіксія, аномалії пологової діяльності тощо) роблять дану проблему надзвичайно актуальною і вимагають поглибленого вивчення патогенезу анемічного синдрому, а також вдосконалення методів лабораторної діагностики, направлених на своєчасну профілактику і лікування анемії вагітних.

**Мета дослідження:** вивчення сучасних аспектів патогенезу анемічного синдрому у вагітних.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети ми вивчили роль дефіциту заліза і інфекційно-запальних чинників в патогенезі анемічного синдрому у вагітних. Для цього було виконано обстеження 73 вагітних з дійсною ЗДА, в яких були відсутні

гострі і хронічні інфекційні і аутоімунні захворювання (група ІА) і 70 вагітних жінок з фоною екстрагенітальною патологією (група ІІ).

Діагноз анемічного синдрому ставили на даних анамнезу, скаргах вагітної, результатах об'єктивного обстеження, лабораторних даних, що включали дослідження показників обміну заліза, а також результатах оглядів і висновків профільних фахівців.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При обстеженні враховували значення чинників ризику розвитку ЗДА, до яких відносили стани, що сприяють формуванню дефіциту заліза, як до настання, так і під час вагітності.

Характерною рисою анамнезу вагітних, що страждають на дійсну ЗДА, була патологічна кровотрата: у 31 пацієнтки (42,5%) відзначені менорагії, у трьох жінок (4,1%) попередні пологи ускладнились кровотечею. В чотирьох обстежених (5,5%) кровотечею ускладнились штучні або мимовільні аборти: гематомегра, гіпотонія матки, залишки плодового яйця. В більшості випадків виконаний повторний кюретаж порожнини матки. Проте контроль показників клінічного аналізу крові, а тим більше концентрації сироваткового феритину (СФ), як правило, не проводили. У п'яти жінок (6,9%) мали місце рецидивуючі кровотечі (носові, гемороїдальні, шлункові). В шести (8,2%) відзначено поєднання тих або інших наведених вище факторів. Патологічна кровотрата в анамнезі в цілому відзначена у 49 жінок (67,1%), що вказує на значущий вплив цього чинника в розвитку залізодефіцитного стану у обстежених пацієнток ( $p < 0,001$ ).

Відомо, що для самостійного відновлення запасів заліза, витраченого жінкою під час вагітності, пологів і лактації, потрібно не менше 2–3 років, тому повторні вагітності і пологи з короткими інтервалами між ними розглядають як чинник ризику розвитку анемічного синдрому у вагітних. Серед обстежених жінок з дійсною ЗДА 25 (34,3%) були первовагітними, одні пологи в анамнезі були в 31 (42,5%), двоє пологів – в 10 (13,7%), троє пологів – в 4 (5,5%) і більше трьох – в 3 (4,1%). Іншими словами, переважна більшість пацієнток даної групи були повторно вагітними – 48 (65,8%) ( $p < 0,001$ ).

Вагітність крупним плодом і багатоплідна вагітність супроводжується вищою мобілізацією заліза з «депо» на потреби матері і плода: потреба в залізі в III триместрі в таких випадках перевищує 10 мг/добу. У нашому дослідженні пологи крупним плодом мали місце у минулому в трьох обстежених (4,1%), справжня вагітність закінчилася народженням крупної дитини у 13 жінок (17,8%), двійнята були у трьох пацієнток (4,1%).

Відомо, що патологія системи травлення призводить до зниження засвоюваності заліза з продуктів харчування і біодоступності препаратів заліза. В значній частині вагітних з дійсною ЗДА раніше була діагностована патологія травної системи: гіпоацидний гастрит – в 14 (19,8%), гастродуоденіт – в 7 (9,6%), хронічний коліт – в 4 (5,5%). Отже, в 34,3% хворих даної групи були передумови для порушення всмоктування харчового заліза.

Отже, у вагітних жінок, страждаючих дійсною ЗДА, були всі умови для розвитку даного стану з причини високих втрат заліза унаслідок попередніх пато-



логічних крововтрат, повторних вагітностей і не завжди адекватного лікування ЗДА у минулому.

Анамнез більшості вагітних з анемією запальних захворювань не дає підстав говорити про наявність передумов для розвитку ЗДА. Патологічна крововтрата різної етіології в анамнезі мала місце лише в 40,0% хворих ( $p < 0,001$ ). При цьому менорагія відзначена лише у 18 пацієток (21,7%), що майже в два рази рідше, ніж у вагітних з дійсною ЗДА. Кровотечі ускладнили штучний або мимовільний аборт у двох пацієток (2,9%) або в два рази рідше, ніж в групі вагітних з дійсною ЗДА. Рецидивуючі крововтрати, пов'язані з екстрагенітальною патологією, відзначені в трьох випадках (4,4%) або в два рази рідше, ніж в групі з дійсною ЗДА. Патологічна крововтрата в попередніх пологах спостерігалася з тією ж частотою, що і в групі з дійсною ЗДА – 4,3%.

47 із 70 обстежених жінок з анемією запальних захворювань (АЗЗ) (67,1%) були первородящими. Одні пологи в анамнезі мали 18 пацієток (25,7%). Лише 4 вагітні (5,7%) в цій групі мали двоє ( $p < 0,001$ ) і одна – троє пологів.

Таким чином, показники народжуваності були вищі в групі вагітних з дійсною ЗДА, тоді як у жінок з групи АЗЗ відзначено менше число попередніх пологів. Ці особливості анамнезу свідчать про можливість збереження великих запасів заліза в даній групі пацієток ( $p < 0,001$ ).

Необхідно відзначити, що в групі вагітних з АЗЗ значно менше пацієток зі зниженою біодоступністю харчового заліза. Так, захворювання травної системи діагностовані лише в 11 з 70 жінок (15,7%), тобто більше ніж в два рази рідше, ніж у хворих першої групи ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, зіставлення частоти чинників ризику розвитку дефіциту заліза показує, що в групі вагітних з АЗЗ ці показники зустрічаються значно рідше, ніж в групі вагітних зі справжньою ЗДА.

Дані літератури свідчать, що концентрація сироваткового заліза і залежні від неї показники (загальна залізосполучна здатність сироватки (ЗЗЗС), ступінь насичення трансферину залізом) не завжди є патогномонічними ознаками анемічного синдрому [2, 4]. Справжня робота підтвердила ці дані. Концентрація СЗ в 78,0% вагітних з дійсною ЗДА і у 73,0% жінок з АЗЗ була в межах норми ( $p > 0,05$ ).

Аналогічні результати були отримані і відносно відсотка насичення трансферину залізом і ЗЗЗС. Крім того, нами не зафіксовано достовірних відмінностей в даних показниках у вагітних з дійсною ЗДА і АЗЗ.

Іншими словами, серед існуючих показників обміну заліза в організмі, до яких в даний час відносять сироваткове залізо (СЗ), ЗЗЗС, сироватковий феритин (СФ), причому найнадійнішим і самим інформативним є СФ. Дослідження показало можливість достовірного прогнозування розвитку ЗДА лише по концентрації СФ. Спроба прогнозу розвитку ЗДА за допомогою тих же математичних моделей на підставі показників СЗ, ЗЗЗС, НТЖ виявила неінформативну цих даних.

З урахуванням наведеного вище особливе значення набуває метод безпосереднього вивчення об'єму заліза, що депонує, шляхом визначення концентрації СФ в плазмі крові. Ми спостерігали виражені достовірні відмінності по концентрації СФ в контрольній групі і у вагітних з дійсною ЗДА ( $p < 0,001$ ). У всіх пацієток з АЗЗ концентрація СФ була значимо вище за норму і досягала в окремих випадках 122 нг/мл ( $p < 0,001$ ).

## ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про істотну роль сироваткового феритину в генезі анемічного синдрому у вагітних. Отримані результати необхідно враховувати при розробці тактики ведення вагітності і пологів у жінок з анемічним синдромом.

### Влияние экстрагенитальной патологии на клиническое течение анемии беременных

*С.Н. Сергиенко, О.А. Лезникова*

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной роли сывороточного ферритина в генезе анемического синдрома у беременных. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке тактики ведения беременности и родов у женщин с анемическим синдромом.

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

### Influence extragenital pathologies on clinical current of anaemia of pregnant women

*S.N. Sergienko, O.A. Leznikova*

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

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

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Анемии у беременных: дифференциальная диагностика и лечебная тактика: Пособие для врачей / Под ред. Е.Ф. Морщаковой. – Рязань, 2013. – 38 с.
2. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях / С.В. Априсян; 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. – 2012. – Т. 4, № 2. – С. 14–19.
4. Бокарев И.Н. Анемический синдром / И.Н. Бокарев, Е.Н. Немчинов, Т.Б. Кондратьев. – М.: Практическая медицина. – 2011. – 128 с.

УДК 618.3/5-06:616.155.194.8:616.441-008.64-084

## Стан кисневого статусу організму вагітних в залежності від регіону проживання

*Т.В. Лещева*

Дніпропетровський медичний інститут традиційної та нетрадиційної медицини

У статті показано, що на стан кисневого бюджету організму вагітних впливає регіон їх постійного проживання. У II триместрі вагітності у жінок, постійних мешканців м. Дніпропетровська, виникає загроза формування прихованої кисневої недостатності. Для її компенсації в організмі вагітних включаються компенсаторно-приспосувальні механізми, спрямовані на адекватне забезпечення потреб плода та вагітної у кисні, виснаження котрих може привести до ускладнень перебігу вагітності та пологів. У II триместрі вагітності для мешканців м. Дніпропетровська треба починати превентивну антигіпоксичну терапію.

**Ключові слова:** кисневий статус організму, гіпоксія, вагітність, регіон проживання, антигіпоксична терапія.

Під час вагітності організм жінки потребує набагато більше кисню, ніж у звичайному стані для забезпечення своїх енергетичних потреб та плода. Порушення у кисневому бюджеті можуть призвести до серйозних порушень як перебігу вагітності, так і до її ускладнень. Тому дослідження кисневого статусу у вагітних є актуальним для ранньої діагностики та лікування виниклих його порушень.

У даний час найбільш повну інформацію про параметри кисневого статусу дають аналізатори газів фірми RADIOMETER (Данія), з яких самим досконалим є ABL-620 [3, 5].

Застосування аналізаторів газів фірми «Radiometer» (Данія) та обчислювального алгоритму «Oxygen Status Algorithm» (OSA) фірми «Radiometer» (Данія) дозволяє одержати повну інформацію про утилізацію кисню в легенях, транспортування його від легенів до капілярів та про вивільнення кисню у клітини тканин, розширити традиційний газовий аналіз, а також виявити вплив лікувальних заходів на кисневий статус.

**Мета дослідження:** вивчення впливу Придніпровського регіону на стан кисневого бюджету організму вагітних.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Нами були досліджені параметри кисневого бюджету у 100 жінок у II триместрі вагітності. Критерії рандомізації включали: 1) відсутність грубої екстрагенітальної патології, 2) вік 18–30 років, 3) відсутність шкідливих звичок та спадкових захворювань.

Залежно від місця мешкання вагітних було розподілено на дві групи: у 1-у (основну) включені 50 вагітних у II триместрі віком 18–30 років, що мешкали у

м. Дніпропетровську. До 2-ї (контрольної) – 30 вагітних у II триместрі віком 18–30 років, мешканців м. Новомосковськ Дніпропетровської області.

Параметри кисневого статусу ми вивчали за допомогою аналізатора газів ABL-620 фірми «Radiometer» (Данія), який складається з аналізатора газів та фотометра. Аналіз газів крові і рН проводили аналізатором газів ABL-620 шляхом електрохімічних вимірів. Насичення гемоглобіну киснем, концентрації загального гемоглобіну та його фракцій визначались багатохвильовим фотометром «Nemoximeter» моделі OSM-3 на підставі спектрометричних вимірів на 6 довжинах хвиль. Розбіжності спектрів поглинання були критерієм визначення концентрації гемоглобіну і його фракцій [4, 6]. Висока точність вимірів забезпечувалась високою якістю електродів фірми «Radiometer» (Данія), регулярними автоматичними калібруваннями претензійних розчинів і наявністю чотирирівневої системи якості QUALICHECK. Дані, отримані на газоаналізаторі і виміряні за допомогою мультихвильового оксиметра, доповнювали показникам, отриманими за допомогою обчислювального алгоритму «Oxygen Status Algorithm» (OSA) фірми «Radiometer» (Данія) [6].

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У повітрі Придніпровського регіону міститься багато шкідливих домішок. Це потребує включення компенсаторних механізмів для адекватного забезпечення киснем організму вагітних та задоволення потреб плода (табл. 1). Так, нами встановлено підвищення альвеолярно-артеріальної різниці по кисню (AaDpO<sub>2</sub>) до 26,44±4,32 мм рт.ст., або на 76% вище фізіологічної норми, у вагітних, що проживають у м. Дніпропетровську. Тоді як у вагітних, що проживають у м. Новомосковську, значення альвеолярно-артеріальної різниці по кисню знаходяться у межах фізіологічної норми (мал. 1).

Підвищення значень альвеолярно-артеріальної різниці по кисню не супроводжувалось достовірним збільшенням значень внутрішньолегенового шунта (Shn) у вагітних м. Дніпропетровська. Показники останнього були у межах фізіологічної норми в обох групах вагітних.

Разом з тим, необхідність в забезпеченні адекватного обміну кисню на всіх його етапах від дифузії через альвеолярно-капілярну мембрану до вивільнення кисню у клітини, обумовлювала додаткове навантаження на міокард. Останнє підтверджували динамікою змін серцевого компенсаторного індексу (g<sub>c</sub>). У вагітних, що мешкали в м. Дніпропетровську, він складав 1,742±0,49 од., що на 8,9% перевищувало норму. У вагітних, що проживають у м. Новомосковську, значення параметру (1,2±0,09 од.) не виходило за межі норми. На адекватність транспорту кисню в організмі вагітних вказувала відсутність достовірної відмінності між показниками гематокриту (Ht), гемоглобіну (Hb), кількістю еритроцитів, сатурацією кисню (sO<sub>2</sub>), оксигемоглобіну (O<sub>2</sub>Hb), метгемоглобіну (MetHb) по групам.

Разом з тим, було відзначено збільшення фракцій редукованого (RHb) та карбоксигемоглобіну (COHb) у вагітних, що мешкають у м. Дніпропетровську. Так, показники фракції редукованого гемоглобіну у вагітних м. Дніпропетровська були на 111% вищими, ніж у вагітних м. Новомосковська, а карбоксигемоглобіну ± на 415% відповідно (мал. 2). Такі зміни можна пояснити наявністю шкідливих домішок у повітрі. Таким чином у II триместрі вагітності у жінок, що мешкають у м. Дніпропетровську, формується прихована киснева недостатність транспорту

Таблиця 1

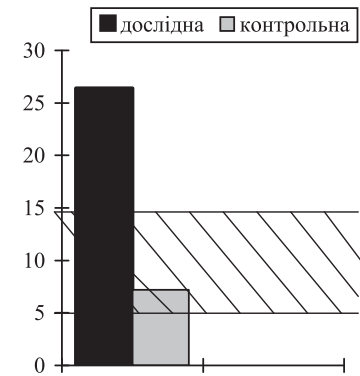
Показники кисневого статусу артеріальної крові вагітних у II триместрі в залежності від місця проживання (M±m)

	Показник	Одиниці вимірювання	Норма	Дніпропетровськ	Ново-московськ
Тиск O <sub>2</sub> у альвеолярному повітрі	pO <sub>2</sub> A	мм рт.ст.	100,6-112,4	103,3±8,997	106,3±3,4
Внутрішньолегеневий шунт	Shп	%	3-7	6,28±3,597	5,3±1,2
Альвеолярно-артеріальна різниця по O <sub>2</sub>	AaDpO <sub>2</sub>	мм рт.ст.	5-15	26,44±4,32	7,2±1,5
Парціальний тиск O <sub>2</sub> у артеріальній крові	pO <sub>2</sub> a	мм рт.ст.	76,8-103,8	76,86±1,69	99,1±2,61
Тиск напівнасичення крові киснем	p50	мм рт.ст.	27-28	28,45±6,71	27,7±1,2
Гемоглобін загальний	Hb	г/л	121,8-148,9	119,4±15,55	128,6±4,4
Оксигемоглобін	O <sub>2</sub> Hb	%	93-96	92,76±1,53	96,6±4,7
Карбоксигемоглобін	COHb	%	0-1	2,321±0,429	0,45±0,09
Метгемоглобін	MetHb	%	0-1	0,49±0,13	0,43±0,08
Редукований гемоглобін	RHb	%	1-2	4,44±1,24	2,1±1,2
Сатурація гемоглобіна артеріальної крові	sO <sub>2</sub> a	%	95,9-97,7	94,91±2,07	96,4±3,1
Вміст O <sub>2</sub> у артеріальній крові	CtO <sub>2</sub> a	мл/100 мл	16,1-20,5	16,48±1,696	20,2±1,05
Гематокрит	Ht	%	42-45	36,51±4,79	42,4±1,2
Серцевий компенсаторний індекс	g <sub>x</sub>	од.	0,7-1,6	1,742±0,49	1,2±0,09
Концентрація кисня, що добувається	C <sub>x</sub>	мл/100 мл	3,9-6,0	2,792±0,71	4,5±0,3
Тиск добування кисню	p <sub>x</sub>	мм рт.ст.	32,8-39,7	27,73±3,937	37,2±1,6

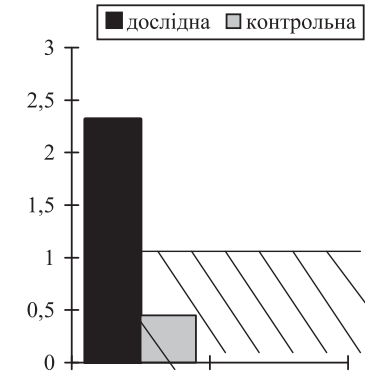
кисню, яка обумовлена негативним впливом зовнішнього середовища на організм майбутньої матері. Оскільки у капілярах звільнення кисню в тканині обумовлено градієнтом тиску між капілярами і клітинами тканин, а також спорідненістю гемоглобіну до кисню, ми проаналізували динаміку вищевказаних параметрів.

Аналіз виявив, що у відповідь на зниження тиску добування кисню (p<sub>x</sub>) (показники його в 1-й групі були на 34% нижчими від показників 2-ї групи) змінювалась концентрація кисню (C<sub>x</sub>), що добувається. І хоча показники її не виходили за межі фізіологічної норми, у вагітних м. Дніпропетровська вона складала 2,79±0,71 мл/100 мл проти 4,5±0,3 мл/100 мл у вагітних м. Новомосковська.

Компенсаторний зсув кривої дисоціації гемоглобіну вправо, збільшення показників тиску напівнасичення крові киснем (p50) та артеріо-венозної різниці по кисню відбувалось за рахунок зменшення вмісту кисню у венозній крові у вагітних м. Дніпропетровська (табл. 2). І дійсно, артеріо-венозна різниця по кисню (ctO<sub>2</sub>(a-v)) у 1-й групі була на 44% вище значень 2-ї групи.



Мал. 1. Альвеолярно-артеріальна різниця по кисню (мм рт.ст.) у вагітних у II триместрі залежно від місця проживання



Мал. 2. Фракція карбоксигемоглобіну артеріальної крові (%) у вагітних у II триместрі залежно від місця проживання

### ВИСНОВКИ

У II триместрі вагітності у жінок, постійних мешканців м. Дніпропетровська, під негативним впливом зовнішнього середовища виникає загроза формування прихованої кисневої недостатності.

Для компенсації прихованої кисневої недостатності в організмі вагітних включаються компенсаторно-приспосувальні механізми, спрямовані на адекватне забезпечення потреб плода та вагітної у кисні, виснаження яких може привести до ускладнень перебігу вагітності та пологів.

Для забезпечення фізіологічного неускладненого перебігу вагітності та пологів у II триместрі вагітності у вагітних, які проживають у м. Дніпропетровську, потрібно починати превентивну антигіпоксичну терапію.

Таблиця 2

Показники кисневого статусу венозної крові вагітних у II триместрі залежно від місця проживання (M±m)

	Показник	Од. вимірювання	Норма	Дніпропетровськ	Ново-московськ
Парціальний тиск O <sub>2</sub> у венозній крові	pO <sub>2</sub> v	мм рт.ст	43,9±4,7	26.2±8.2	34.8±1,7
Сатурація гемоглобіна венозної крові	sO <sub>2</sub> v	%	65,7±3,7	42.1±2.7	63.8±3,7
Вміст O <sub>2</sub> в венозній крові	CtO <sub>2</sub> v	мл/100 мл	12,7±1,06	6.68±1.93	13.4±1,4
Артеріо-венозна різниця по кисню	CtO <sub>2</sub> (a-v)	мл/100 мл	5,7±0,7	9,8±1,1	6,8±0,9

**Состояние кислородного статуса организма беременных  
в зависимости от региона проживания**  
*Т.В. Лещева*

В статье показано, что на состояние кислородного бюджета организма беременных женщин влияет регион постоянного их проживания. Во II триместре беременности у женщин, постоянно проживающих в г. Днепропетровске, возникает угроза формирования скрытой кислородной недостаточности. Для ее компенсации в организме беременных включаются компенсаторно-приспособительные механизмы, направленные на адекватное обеспечение организма беременной и плода кислородом, истощение которых может привести к осложнениям во время беременности и родов. Во II триместре беременности для жительниц г. Днепропетровска необходимо проводить превентивную антигипоксическую терапию.

**Ключевые слова:** кислородный статус организма, гипоксия, беременность, регион проживания, антигипоксическая терапия.

**Condition of oxygen status of organism of pregnant women depending  
on residing region**  
*T.V. Leshcheva*

The article shows, that the region of permanent living influences the oxygen budget of expectant mothers organism. In second term of pregnancy women who permanently live in Dnepropetrovsk have menace of formation of the latent oxygen deficiency. For its compensation some compensatory-serving mechanisms engage in expectant mothers organism. They give adequate of oxygen for pregnant woman and foetus whose emaciation can lead to complications during pregnancy and delivery. It is necessary to conduct antihypoxic therapy with pregnant woman living in Dnepropetrovsk in the second term of pregnancy.

**Key words:** the oxygen status organism, hypoxia, pregnancy, region of residing, antihypoxic therapy.

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Arterial oxygen status determined with routine pH/blood gas equipment and multi-wavelength hemoximetry: reference values, precision, and accuracy / Siggaard-Andersen O., Wimberley P.D., Fogh-Andersen N. et al // Scand. J. Clin. Lab. Invest. – 2011. – Vol. 203, N 50. – P. 57–66.
2. Carboxyhemoglobin and oxygen affinity of human blood /Rovida E., Niggeler M., Carlone S. et al. // Clin. Chem. – 2004. – N 30. – P. 1250–1251.
3. Dantzer D.R. Adequacy of tissue perfusion // Cut. Care Med. – 1993. – N 21. – P. 40–43.
4. Diodearray spectrophotometry for simultaneous measurement of hemoglobin pigments / Fogh-Andersen N., Siggaard Andersen O., Lundsgaard F.C. et al. // Clin. Chim. Acta. – 1987. – Vol. 166. – P. 283–289.
5. Siggaard-Andersen O. The Van Slyke Equation. Scand J Clin Lab Invest. – 2007. – Vol. 146. – P. 15–20.
6. Siggaard-Andersen O. Abbreviations and symbols for clinical quantities. // Scand. J. Clin. Lab. Invest. – 2010. – N 36. – P. 457.
7. Siggaard-Andersen O., Siggaard-Andersen M. The oxygen status algorithm: a computer program for calculating and displaying pH and blood gas data //Scand. J. Clin. Lab. Invest. – 2012. – Vol. 203, N 50. – P. 29–45.

УДК 618.36-008.6-06:616.14-007.63

**Інформативні маркери розвитку  
плацентарної дисфункції у вагітних  
з варикозною хворобою**

*Л.В. Манжула*

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

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

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

Дослідження останніх років показали, що нерідким проявом варикозної хвороби (ВХ) у вагітних є варикоз вен малого таза, визначений у вигляді випадкових знахідок при кесаревому розтині, а також варикозне розширення вен нижніх кінцівок і зовнішніх статевих органів [1-3].

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

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

Таким чином, наявність у вагітних симптомокомплексу «плацентарна дисфункція» і васкулярних порушень обтяжує перебіг гестаційного процесу, несприятливо позначається на внутрішньоутробному розвитку плода, погіршуючи показники перинатальної захворюваності. Не викликає сумнівів той факт, що не-

обхідний комплексний підхід до вивчення артеріального і венозного кровообігу малого таза під час вагітності.

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

Враховуючи наведе вище, в нашому дослідженні вирішено було виділити найбільш інформативні маркери розвитку артеріального тиску у вагітних зі ВХ.

**Мета дослідження:** показати найбільш інформативні маркери розвитку ПД у вагітних із ВХ.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Згідно поставленої мети нами було проспективно обстежено в термінах 10-41 тиж вагітності, в пологах і в ранньому післяпологовому періоді 100 пацієнток зі ВХ. Контрольну групу склали 50 пацієнток з неускладненим перебігом вагітності і пологів.

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

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

За результатами функціональних методів дослідження – УЗ-фетометрії (затримка розвитку плода (ЗРП), ознаки передчасного старіння плаценти), УЗ-доплерометрії (порушення матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровообігу), КТГ (ознаки внутрішньоутробної гіпоксії плода) – було сформовано 1-у групу, яку представили 50 вагітних зі ВХ і ПД. 2-а група – 50 вагітних зі ВХ і без ознак ПД.

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

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

Визначення рівня гомоцистеїну (ГЦ) і фібронектину людини (ФН) в плазмі венозної крові пацієнток було проведено на базі центральної науково-дослідної лабораторії НМАПО імені 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 по розвитку дистресу плода. Треба відзначити, що при зіставленні даних КТГ з результатами доплерометрії були виявлені кореляційні зв'язки між різними типами порушення гемодинаміки і патологією плода в основних групах. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

При оцінюванні гормональної і біосинтегичної функції плаценти було встановлено, що вміст ПЛ у жінок основних груп (1-ї і 2-ї) був достовірний нижче, ніж в контрольній групі і в середньому складало  $2,8 \pm 0,3$  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-ї і 2-ї групі відповідно. У жодній з груп не виявлено підвищення рівня ПЛ, що пов'язане із строгими критеріями виключення, описаними раніше. Звертає на себе увагу, що рівень зниження ПЛ в 1-ї групі безпосередньо корелював з вираженістю доплерометричних показників і КТГ ( $r = 0,2$ ), при цьому так само виявлявся у пацієнток 2-ї групи без клініки ПД по УЗД 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 у 1-ї і 2-ї 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 ні в одній з пацієнток, включених в дослідження. При цьому зниження ЕЗ діагностоване в 76,0% і 64,0% пацієнток в 1-ї і 2-ї групі відповідно, і не виявлено в контрольній групі.

Також було відмічено зниження концентрацій ХГЛ в сироватці крові вагітних основних груп. Його вміст був нижчий за норму в 60,0% і 54,0% випадках у пацієнток 1-ї та 2-ї груп відповідно, тоді як в контрольній концентрація ХГЛ у всіх пацієнток відповідала лабораторній нормі. При аналізі середніх показників рівня ХГЛ виявлена аналогічна динаміка, де 1 і 2 групи не відрізнялися між собою і мали тенденцію до достовірного зниження ХГЛ 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 достовірною характеру.

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

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

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

Цікавий той факт, що не було виявлене випадків зниження ФН, яке буває при гострих процесах тромбемії і вираженій гіперкоагуляції. Грунтуючись на отрима-

них 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 недовірне підвищення активності в плазмовій ланці гемостазу і так же в тромбоцитарній ланці. Проте зміни носили клінічно значимий характер, і піддавалися корекції.

### ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про необхідність комплексної оцінки функціонального стану фетоплацентарного комплексу у жінок з варикозною хворобою з оцінкою вмісту 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.

#### Наиболее информативные маркеры развития при плацентарной дисфункции у беременных с варикозной болезнью

*Л.В. Манжула*

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

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

#### The most informative markers of development at placental dysfunction at pregnant women with varicose illness

*L. V. Manzhula*

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

**Key words:** *placental dysfunction, varicose illness.*

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Агеева М.И. Допплерометрические исследования в акушерской практике. – М.: Видар, 2008. – 112 с.
2. Волков А.Е., Окороков А.А. Диагностическая ценность эхографии при варикозном расширении вен малого таза //Ультразвуковая диагностика. – 2013. – № 2. – С. 24.
3. Газдиева З.М. Варикозная болезнь при беременности. Клиника, диагностика и лечение: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ростов-на-Дону, 1999. – 16 с.
4. Демидов Б.С. Клиническое значение доплерометрии в диагностике и прогнозировании плацентарной недостаточности во втором и третьем триместрах беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2000. – 18 с.
5. Елисеев О.М. Сердечно-сосудистые заболевания у беременных. – М.: Медицина, 2012. – 28 с.
6. Зубарев А.Р., Богачев И.Ю., Митьков В.В. Ультразвуковая диагностика заболеваний вен нижних конечностей. – М., 2009. – 104 с.
7. Маркин Л.Б. Кардиотокографические исследования при плацентарной дисфункции // Здоровье женщины. – 2009. – № 2. – С. 16-18.
8. Проскурякова О.В. Допплерография в гинекологии /Под ред. Зыкина Б.И., Медведева М.В. – М., 2009. – 133-144 с.

УДК 618.5-059:618.177-089.888.11

## Вплив допоміжних репродуктивних технологій на акушерські і перинатальні результати розродження

**Д. Н. Масло**

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

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки після допоміжних репродуктивних технологій складають групу високого ризику щодо розвитку акушерських перинатальних ускладнень. Використання удосконаленого нами алгоритму дозволяє поліпшити результати розродження як для матері, так і для плода, а також знизити частоту кесарева розтину.

**Ключові слова:** допоміжні репродуктивні технології, акушерські і перинатальні результати.

У сучасній Україні репродуктивна медицина набуває все більшу значущість і для багатьох безплідних пар допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) стали єдиним шансом отримати потомство [1, 4]. Актуальність вибраної теми обумовлена збільшенням числа матерів пізнього репродуктивного віку, високою частотою невдач після екстракорпорального запліднення, зростанням ризику втрати бажаної вагітності від застосованих технологій, зниженням імунітету і вимушеною зміною гормонального фону після ДРТ [3]. При вагітності перед клініцистом виникає проблема ускладнень гестації і своєчасного рішення питання про терапію, терміни, способи розродження. Ключовим моментом є необхідність підбору адекватної гормональної підтримки вагітності [4, 5], вибору доз, форм введення, комбінацій препаратів, тривалості їх вживання.

**Мета дослідження:** вивчити вплив ДРТ на розвиток акушерських і перинатальних ускладнень.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Критерієм включення в дослідження з'явилася вагітність, що настала після ДРТ. Критерієм виключення з дослідження з'явилася використання донорського матеріалу в програмі ДРТ. Нами була проведена проспективна рандомізація у 150 пацієнток після ДРТ, в результаті якої пацієнтки розділилися на 2 рівних групи за принципом терапії:

- основна група – 75 вагітних після ДРТ, проведених на основі вдосконаленого алгоритму тактики ведення вагітності;

- група порівняння – 75 вагітних після ДРТ, проведених на основі загальноприйнятої тактики ведення вагітності.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При оцінюванні гестаційних ускладнень I триместра лідируючу позицію в групах займав загрозливий викидень і діагностувався він однаково часто в 80,5% проти 85,2% вагітних після ДРТ ( $p>0,05$ ). Звертає на себе увагу висока частота стійкої, рецидивуючої впродовж усієї вагітності загрози переривання у жінок в групі ведення вагітності по загальноприйнятій методиці 23 пацієнтки (30,38%), тоді як серед пацієнток проведених на основі вдосконаленого алгоритму вона була зафіксована лише у 12 (16,4%) жінок ( $p<0,05$ ). Усі вагітні із загрозливим викиднем були госпіталізовані в стаціонар цілодобового перебування на ранніх термінах гестації. Жінкам основної групи початково застосовувався вдосконалений алгоритм ведення вагітності до 20 тиж гестації. Жінки групи порівняння були госпіталізовані з різними схемами ведення вагітності. Справжня вагітність ускладнилася раннім токсикозом різного ступеня тяжкості в 25,4% вагітних групи порівняння і в 9,6% вагітних основної групи. Лікування і реабілітацію в умовах стаціонару денного перебування з приводу анемії, токсикозу I половини вагітності отримали 30 (41,1%) вагітних з групи порівняння і 18 (25,2%) вагітних основної групи,  $p<0,05$ . Ранні репродуктивні втрати в основній групі склали 5 випадків (6,28%), а в групі порівняння – 12 (16,3%) ( $p<0,001$ ). Усі репродуктивні втрати в основній групі і 10 (13,33%) у групі порівняння виявилися у виді вагітності, що не розвивається.

У II триместрі структура акушерських ускладнень дещо змінюється. В порівнянні з I триместром зменшилася частота загрозливого викидня до 60,5% в основній групі і 75,6% в групі порівняння, але все таки, показники залишалися високими. Істміко-цервікальна недостатність (ІЦН) діагностувалася при мануальному дослідженні і ультразвуковому дослідженні (УЗД) достовірно частіше в групі порівняння 14,8% проти 8,74% в основній групі ( $p<0,05$ ). Розвиток гестозу вже з 20 тиж вагітності був діагностований в 18,9% вагітних групи порівняння, що виявлялося більшою мірою патологічною надбавкою маси тіла, середні значення артеріального тиску були в межах нормальних значень (не більше 130×90 мм рт.ст.) і не мали статистично значимих відмінностей з основною групою.

Обтяженість акушерсько-гінекологічного анамнезу, тривале безпліддя, початкова виснаженість яєчників, високе гормональне навантаження, преєклампсія, стійка, рецидивуюча загроза переривання вагітності у пацієнток після ДРТ з'явилися причинами розвитку плацентарної дисфункції вже з II триместра в 15,9% в основній групі і 31,2% в групі порівняння, і як наслідок, формуванням затримки розвитку плода (ЗРП) – 8,8% проти 18,7% відповідно. Госпіталізувати у відділення патології вагітних для корекції загрозливого пізнього викидня і гестозу середнього ступеня тяжкості було потрібно 55 вагітним групи порівняння (87,8%) і 40 жінок (57,6%) ( $p<0,05$ ) основної групи. В умовах стаціонару денного перебування було проліковано: з анемією вагітних, плацентарною дисфункцією (ПД) із ЗДР і преєклампсією легкого ступеня тяжкості 47 (74,3%) вагітних групи порівняння і 29 (41,6%) вагітних основної групи ( $p<0,05$ ). Незважаючи на ускладнений перебіг II триместра вагітності, частота репродуктивних втрат складала в основній групі 1,3%, а групи порівняння 6,55% ( $p<0,001$ ).

У III триместрі вагітності спостерігалася зниження загального числа акушерських ускладнень, що може свідчити або про адаптацію організму до вагітності,

або про адекватну акушерську тактику ведення пацієнтки. Найбільш важливим ускладненням III триместра з'явилася ПД, яка мала статистично достовірні відмінності і діагностувалася значно частішим в групі порівняння в 62,8% вагітних проти 40,3% в основній групі. Клінічними проявами ПД є ЗРП (18,9% проти 27,7%,  $p < 0,001$ ) і хронічна гіпоксія плода різного ступеня тяжкості (14,3% проти 24,4%,  $p < 0,05$ ). До III триместра порушення в мікроциркуляторному руслі досягли свого максимуму і частота розвитку прееклампсії зросла до 33,5% в основній групі і до 49,8% в групі порівняння ( $p < 0,05$ ), що можна пояснити зниженням адаптаційних механізмів в організмі. Загальна надбавка маси тіла за вагітність в досліджуваних групах мала статистично достовірні відмінності. Так, в основній групі вона склала  $13,9 \pm 0,6$  кг, групі порівняння –  $16,2 \pm 1,2$  кг. Крім того, в III триместрі в групі порівняння спостерігалася патологія кількості навколоплідних вод, так маловоддя зафіксоване у 11 пацієнток (18,8%), а багатоводдя в 6 (10,2%), тоді як в основній групі зустрічалося в 4 (5,6%) і 2 (2,9%) пацієнток відповідно ( $p < 0,001$ ). Госпіталізація у відділення патології вагітних для корекції загрозливого пізнього викидня і прееклампсії середнього і важкого ступеня було потрібно 42 вагітним групи порівняння (71,2%) і 25 вагітним в основній групі (36,2%) ( $p < 0,05$ ). В умовах стаціонару денного перебування було проліковано: з анемією вагітних, ПД із ЗРП 47 (79,7%) вагітних групи порівняння і 50 (72,9%) вагітних основної групи ( $p > 0,05$ ).

### ВИСНОВКИ

Результати проведення досліджень свідчать, що жінки після ДРТ складають групу високого ризику щодо розвитку акушерських перинатальних ускладнень. Використання удосконаленого нами алгоритму дозволяє поліпшити результати розродження як для матері, так і для плода, а також знизити частоту кесарева розтину.

#### Влияние вспомогательных репродуктивных технологий на акушерские и перинатальные исходы родоразрешения Д.Н. Масло

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что женщины после вспомогательных репродуктивных технологий составляют группу высокого риска по развитию акушерских перинатальных осложнений. Использование усовершенствованного нами алгоритма позволяет улучшить исходы родоразрешения как для матери, так и для плода, а также снизить частоту кесарева сечения.

**Ключевые слова:** вспомогательные репродуктивные технологии, акушерские и перинатальные исходы.

#### Influence of auxiliary reproductive technologies on obstetrical and perinatal outcomes of delivery. D.N. Maslo

Results of the spent researches testify that women after auxiliary reproductive technologies make group of high risk on development obstetrical and perinatal complications. Use

improved us of algorithm allows to improve outcomes of cesarean section both for mother, and for fetus, and also to lower frequency of Cesarean section.

**Key words:** auxiliary reproductive technologies, obstetrical and perinatal outcomes.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Буранова Ф.Б. Актуальные аспекты этиологии, патогенеза, диагностики и лечения плацентарной недостаточности у беременных после ЭКО Текст / Ф.Б. Буранова // Акушерство и гинекология, 2011. – № 6. – С. 9–16.
2. Бурлев В.А. Кузьмичев Л.Н. Функциональная активность эндометрия и результаты ЭКО: молекулярные механизмы регуляции фертильности Текст. / В.А. Бурлев, Л.Н. Кузьмичев // Проблемы репродукции. – 2010. – № 2. – С. 43–45.
3. Вартачан Э.В. Причины неудач ЭКО (обзор литературы) Текст. / Э.В. Вартачан // Проблемы репродукции. – 2010. – № 2. – С. 21–26.
4. Витязева Ф.М. Исторические вехи развития методов вспомогательных репродуктивных технологий, основанных на оплодотворении in vitro Текст / Ф.М. Витязева // Вестник репродуктивного здоровья. – 2011. – № 2. – С. 5–12.
5. Воропаева Е.Е. Структурные особенности эндометрия у женщин с невынашиванием беременности ранних сроков, ассоциированным с хроническим эндометритом / Е.Е. Воропаева // Вестник РУДН. – 2009. – № 6. – С. 332–338.



УДК 618.5-089.888.61-058

## Кесарів розтин як медико-соціальна проблема при партнерських пологах

*І.П. Нецкар*

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Як показали результати проведених досліджень, зниження частоти абдомінального розродження можливе лише по сукупності медичних і соціальних аспектів. Серед медичних можна виділити запрограмоване розродження жінок з рубцем на матці; адекватна профілактика і лікування аномалій пологової діяльності і плацентарної дисфункції. Крім того, важливим моментом є правильне рішення питання планування сім'ї, в першу чергу, у жінок з рубцем на матці. З соціальних моментів можна виділити розробку заходів щодо захисту здоров'я жінок, що мешкають в екологічно несприятливих районах або працюють на шкідливих промислових виробництвах, а також матеріальне забезпечення вагітних жінок.

**Ключові слова:** кесарів розтин, медико-соціальні аспекти.

У даний час серед основних особливостей сучасного акушерства необхідно відзначити, в першу чергу, лібералізацію свідчень до операції кесарева розтину і, відповідно, істотні зміни частоти і структури різних свідчень. Дані літератури [1–4] свідчать, що збільшення рівня кесарева розтину сталося за рахунок таких свідчень як рубець на матці, плацентарна недостатність, не-ефективне лікування аномалій пологової діяльності і дистрес-плода. У вітчизняній літературі є достатнє публікацій з проблеми абдомінального розродження. В той же час, на наш погляд назріла необхідність вивчення основних медико-соціальних аспектів даної проблеми для вирішення питання можливості зниження частоти кесарських розтинів без погіршення перинатальних показників.

**Мета дослідження:** вивчення основних медико-соціальних аспектів і розроблення шляхів зниження частоти абдомінального розродження.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети був проведений клінічний аналіз 2000 операцій кесарева розтину за останніх 5 років за даними пологового будинку № 1 м. Києва.

Серед основних медико-соціальних показників вивчали:

- вік жінок;
- соціальне положення
- спеціальність;
- професійні шкідливості;

- шкідливі звички;
- менструальну функцію;
- репродуктивний анамнез;
- генітальну і екстрагенітальну патологію;
- особливості клінічного перебігу гестаційного періоду;
- ускладнення перебігу пологів;
- свідчення до оперативного розродження;
- особливості самої операції;
- вид знеболення;
- крововтрату;
- методику самої операції і варіант ушивання розрізу на матці;
- стан новонароджених;
- клінічні особливості післяопераційного і неонатального періодів;
- стан лактації.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Безумовно, що в одній науковій статті неможливо відобразити всі особливості отриманих результатів. У зв'язку з цим, ми вирішили зупинитися лише на основних медико-соціальних аспектах оптимізації рівня абдомінального розродження.

Питання зміни частоти і структури абсолютних і відносних свідчень неодноразово розглядалися на різних рівнях [1, 3]. Ми дозволили собі віднести до групи абсолютних свідчень лише ті стани і ускладнення, при яких є високий ризик материнської летальності: рубець на матці за наявності клінічних і ехографічних ознак неспроможності рубця; клінічно вузький таз з клінікою загрози розриву матки; еклампсія і прееклампсія важкого ступеня; декомпенсована екстрагенітальна патологія; поперечне і косе положення плода з початком пологової діяльності або при передчасному розриві плодових оболонок; анатомічне звуження тазу 4 ст. або постравматичне пошкодження тазу. Всі останні свідчення вважали відносними.

Вважаємо за доцільне привести спочатку загальну структуру свідчень всіх 2000 операцій:

- рубець на матці – 29,0%;
- дистрес плода – 27,0%;
- аномалії пологової діяльності – 15,0%;
- екстрагенітальна патологія – 8,0%;
- клінічно вузький таз – 6,0%;
- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти – 4,0%;
- прееклампсія – 4,0%;
- поперечне і косе положення плода – 2,0%;
- передлежання плаценти – 2,0%;
- анатомічні звуження і постравматичне пошкодження тазу – 2,0%;
- передлежання і випадання петель пуповини – 1,0%.

Серед всіх 2000 операцій за свідченнями на користь матері було прооперовано 420 (21%) жінок, а на користь плода – відповідно 1580 (79%) пацієнток.

Ми вважали за доцільне розглянути основну структуру всіх свідчень на користь матері і плода, приймаючи 420 і 1580 операцій за 100%. У першому випадку були отримані такі результати:

- клінічно вузький таз із загрозою розриву матки – 26,2%;
- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти – 20,0%;
- неспроможність рубця на матці – 15,7%.

У другому варіанті мали місце наступні аспекти:

- рубець на матці без ознак неспроможності – 33,7%;
- сукупність відносних свідчень на користь плода – 23,6%;
- аномалії пологової діяльності – 20,0%.

Серед основних соціальних аспектів операції кесарева розтину було виділено ряд цікавих моментів:

- несприятливий вплив на клінічний перебіг вагітності і пологів виробничих чинників – 11,2%;
- несприятлива екологічна обстановка по місцю мешкання – 7,8%;
- низький рівень життя з відсутністю достатнього матеріального забезпечення впродовж всього гестаційного періоду – 24,2%;
- недостатній рівень знань по питаннях планування сім'ї – 17,3%.

### ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, зниження частоти абдомінального розродження можливе лише по сукупності медичних і соціальних аспектів. Серед медичних можна виділити програмоване розродження жінок з рубцем на матці; адекватна профілактика і лікування аномалій пологової діяльності і плацентарної недостатності. Крім того, важливим моментом є правильне рішення питання планування сім'ї, в першу чергу, у жінок з рубцем на матці. З соціальних моментів можна виділити розробку заходів щодо захисту здоров'я жінок, що мешкають в екологічно несприятливих районах або працюють на шкідливих промислових виробництвах, а також матеріальне забезпечення вагітних жінок.

### Кесарево сечение как медико-социальная проблема при партнерских родах И. П. Нецкар

Как показали результаты проведенных исследований, снижение частоты абдоминального родоразрешения возможно лишь по совокупности медицинских и социальных аспектов. Среди медицинских можно выделить программированное родоразрешение женщин с рубцом на матке; адекватная профилактика и лечение аномалий родовой деятельности и плацентарной дисфункции. Кроме того, немаловажным моментом является правильное решение вопроса планирования семьи, в первую очередь, у женщин с рубцом на матке. Из социальных моментов можно выделить разработку мероприятий по защите здоровья женщин, проживающих в экологически неблагоприятных районах или работающих на вредных промышленных производствах, а также материальное обеспечение беременных женщин.

**Ключевые слова:** кесарево сечение, медико-социальные аспекты.

### Cesarean section as medical-social problem at partner sorts I.P. Netskar

As have shown results of the lead researches, decrease in frequency abdominal delivery it is possible only on set of medical and social aspects. Among medical it is possible to allocate programmatic women with section on a uterus; adequate preventive maintenance and treatment of anomalies of patrimonial activity and placental insufficiency. Besides the important moment is the correct decision of a question of planning of family, first of all, at women with section on a uterus. From the social moments it is possible to allocate development of actions on protection of health of the women living in ecologically adverse areas or working on harmful industrial productions, and also material maintenance of pregnant women.

**Key words:** cesarean section, medical-social aspects.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Левашова И.И., Логутова Л.С., Мельникова А.П. Проблемы и перспективы родоразрешения женщин с рубцом на матке после кесарева сечения // Акушерство и гинекология. - 2009. - №1. - С.22-27.
2. Логутова Л.С., Левашова И.И. Проблемы кесарева сечения в современном акушерстве // Весн. Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. -2011.-№3.-С.23-31.
3. Степанковская Г.К., Венцовский Б.М. Операция кесарева сечения в неотложном акушерстве // Неотложное акушерство / Под ред. Г.К.Степанковской и Б.М.Венцовского. - К.:Здоровья, 2010. - С.266-286.
4. Шилова С.Д. Перинатальная смертность при кесаревом сечении // Здоровоохранение Белоруссии. -2012.- №10.-С.27-30.

УДК 618.17-008.8.-036.4-06-084-08-035

## Особливості темпераменту жінок з передменструальним синдромом

Л.В. Пахаренко

Івано-Франківський національний медичний університет

Проведено визначення типів темпераменту у 200 жінок з передменструальним синдромом. Встановлено, що для цих хворих характерними є такі типи як меланхолік (34,00%,  $\chi^2=10,01$ ,  $p=0,002$ ) та холерик (36,50%,  $\chi^2=4,19$ ,  $p=0,04$ ), а сангвініків було в 3,20 рази менше порівняно зі здоровими жінками (17,50%,  $\chi^2=29,44$ ,  $p<0,001$ ). Рівень невротизму є достовірно підвищеним у хворих з ПМС ( $p=0,002$ ). Це має значення при врахування клінічних особливостей ПМС щодо діагностики симптомокомплексу «психопатологічні порушення» та для проведення в подальшому відповідних лікувальних заходів.

**Ключові слова:** передменструальний синдром, темперамент, невротизм.

Передменструальний синдром (ПМС) – це функціональний розлад центральної нервової системи під впливом несприятливих екзо- чи ендогенних факторів на тлі набуті чи вродженої лабільності гіпоталамо-гіпофізарно-оваріальної системи. До основних симптомокомплексів ПМС відносять: психопатологічні, неврологічні, гастроінтестинальні, шкірні, кістково-м'язові порушення, а також розлади водно-електролітного балансу [2]. За даними науковців поширеність даного нейроендокринного синдрому серед жінок репродуктивного віку становить до 95% [1, 4]. У 5% жінок діагностують тяжку форму ПМС.

Сьогодні психопатологічна складова будь-якого захворювання є не тільки модною та сучасною спробою вивчення генезу хвороби, але і необхідністю, що диктує підхід до лікування особи з урахування її індивідуальних особливостей та рис характеру. Відомо, що психологічна симптоматика є одним із основних компонентів клініки ПМС. Тому необхідним є диференційний підхід до певних властивостей рис темпераменту хворих з ПМС.

**Мета дослідження:** вивчити особливості темпераменту жінок із ПМС.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено обстеження 200 жінок з передменструальним синдромом, які становили основну групу. Контрольну групу склали 50 практично здорових жінок без діагнозу ПМС. Верифікацію діагнозу проводили згідно з існуючим положенням наказу № 676 МОЗ України від 31.12.2004 [2]. Діагноз ПМС виставляли шляхом виявлення циклічності маніфестацій захворювання в лютеїновій фазі менструального циклу на основі збору анамнезу та ведення пацієнткою щоденника самоспостереження протягом 2–3 менструальних циклів (менструальний дистрес-опиту-

вальник Р. Муса). Форму ПМС (набрякова, нейропсихічна, цефалгічна, кризова) визначали відповідно до класифікації В.П. Сметник [3].

**Критеріями включення** хворих до групи спостереження були: репродуктивний вік (18–44 роки), регулярний менструальний цикл, наявність ПМС, письмова згода пацієнта.

**Критерії виключення:** наявність вагітності, лактації, розладів менструального циклу, вогнищевої патології молочних залоз, дисфункціональних маткових кровотеч нез'ясованої етіології, гострих запальних процесів органів малого тазу, пухлин матки та яєчників нез'ясованої етіології, гіперпластичних процесів ендометрію, генітального ендометріозу, тяжкої соматичної патології в анамнезі, органічної патології ЦНС, психічних захворювань, гормональних пухлин, цукрового діабету, захворювань надирників, злویкісних утворів в даний час або в анамнезі, передменструального дисфоричного розладу, жінки, які приймали психотропні препарати або гормональну терапію на протязі останніх 3 місяців.

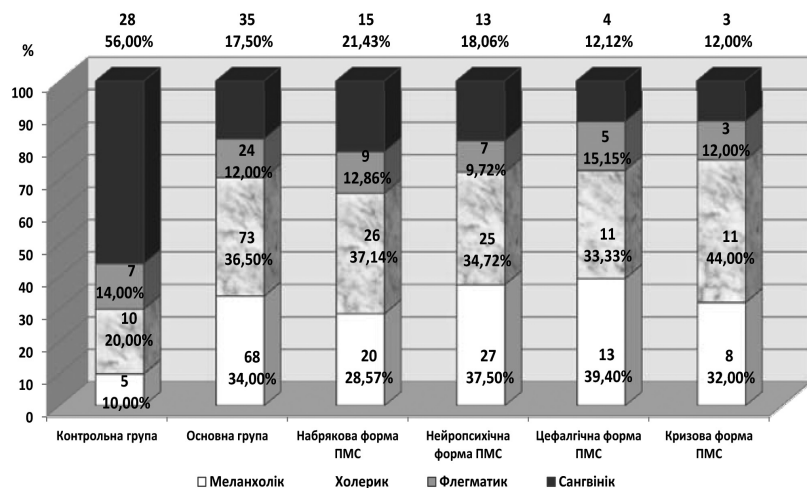
Для визначення темпераменту використовували опитувальник Г. Айзенка, за яким визначали такі типи як меланхолік, холерик, флегматик та сангвінік. В якості показників основних властивостей особистості автор використав екстраверсію, інтраверсію та невротизм.

Для статистичного аналізу отриманих даних використовували програму Statistica 6.0, враховували критерій  $\chi^2$ , для порівняння двох незалежних груп за однією ознакою застосовували непараметричний критерій Манна–Уїтні. Різницю між величинами, які порівнювали вважали достовірною при  $p<0,05$ .

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В основній групі набрякову форму захворювання діагностовано у 70 жінок, нейропсихічну – у 72, цефалгічну – у 33, кризову – у 25. Легкий перебіг ПМС мали 119 хворих, тяжкий – 81. Середній вік жінок контрольної та основної груп статистично не відрізнявся та становив відповідно  $28,82\pm 0,76$  та  $30,13\pm 0,36$  року ( $p=0,08$ ). Нами не було встановлено достовірної різниці у місці проживання обстежених жінок. 6 (12,0%) жінок контрольної групи проживали в сільській місцевості, 44 (88,0%) – у місті. Аналогічну тенденцію відмічено в основній групі, у якій ці показники становили відповідно 27 (13,5%) та 173 (86,5%) хворих.

З метою оцінювання характерологічних особливостей особистості дослідних жінок ми застосували тест Айзенка. Нами встановлено деякі відмінності у виявлених типах темпераменту серед жінок контрольної та основної груп (малюнок). Так, серед здорових осіб переважали сангвініки, яких було більше половини (56,0%). Кожна п'ята здорова жінка була холериком – 20,0%, найменшу кількість становили меланхоліки та флегматики. У той час, як серед хворих з ПМС більше третини становили меланхоліки (34,0%,  $\chi^2=10,01$ ,  $p=0,002$ ) та холерики (36,5%,  $\chi^2=4,19$ ,  $p=0,04$ ), сангвініків було в 3,2 рази менше порівняно з контрольною групою – 17,5% ( $\chi^2=29,44$ ,  $p<0,001$ ). Для жінок усіх клінічних форм захворювання характерною була аналогічна тенденція – збільшення кількості меланхоліків та холериків та зменшення кількості сангвініків. Кількість меланхоліків серед хворих з різними клінічними групами ПМС було достовірно більшою порівняно зі здоровими особами – з набряковою формою в 2,86 рази ( $\chi^2=5,03$ ,  $p=0,03$ ), нейропсихічною – в 3,75



### Типи темпераменту у обстежених жінок

( $\chi^2=10,16$ ,  $p=0,001$ ), цефалгічною – в 3,40 ( $\chi^2=8,46$ ,  $p=0,008$ ), кризовою – в 3,20 ( $\chi^2=4,30$ ,  $p=0,04$ ). Сангвініків серед жінок з набряковою формою ПМС було в 2,61 рази менше ( $\chi^2=13,69$ ,  $p<0,001$ ) відносно здорових осіб, з нейропсихічною формою – в 3,10 ( $\chi^2=17,38$ ,  $p<0,001$ ), цефалгічною – у 4,62 ( $\chi^2=14,36$ ,  $p<0,001$ ), кризовою – в 4,67 рази ( $\chi^2=11,55$ ,  $p<0,001$ ).

Показник невротизму у жінок основної групи був достовірно більшим показника жінок контрольної групи ( $p=0,002$ ). Хворі, які мали легку форму ПМС, не відрізнялись достовірно більшим рівнем невротизму відносно здорових осіб, як і хворі з набряковою формою захворювання (таблиця). Помірно збільшений рівень невротизму виявлено у жінок з нейропсихічною та кризовою формами – відповідно на 20,67% ( $p=0,002$ ) та 19,85% ( $p=0,008$ ). Найбільші показники встановлено у хворих з тяжким перебігом цих форм – на 35,70% ( $p<0,001$ ) та 34,79% ( $p=0,008$ ).

Таким чином, результати наших досліджень дозволяють припустити, що для більшості жінок з ПМС (дві третини) характерним є такі типи темпераменту як холерик та меланхолік ( $p<0,05$ ). Цим типам притаманні такі риси як ранимість, занепокоєність, збудливість, імпульсивність, активність, а також часті зміни настрою, тривожність, розсудливість, замкнутість, песимістичність та ін. В той час як серед здорових жінок більше половини були сангвініками ( $p<0,001$ ), яким властиві веселість, дружелюбність, безтурботність, товарищескість та ін. Тому, відповідно, і рівень невротизму у хворих ПМС був достовірно більшим відносно здорових осіб ( $p=0,002$ ), хоча у жінок з легкою формою захворювання, а також з набряковою формою, не відмічено достовірної різниці відносно показника жінок контрольної групи.

### Рівень невротизму за тестом Айзенка у обстежених жінок

Групи жінок	n	Рівень невротизму	"р" відносно контрольної групи
Контрольна група	50	10,98±0,56	
Основна група	200	12,85±0,27	0,002
Легка форма ПМС	119	11,92±0,33	0,073
Тяжка форма ПМС	81	14,00±0,42	<0,001
Набрякова форма ПМС, всього	70	12,43±0,49	0,061
- легкий перебіг	42	11,69±0,66	0,468
- тяжкий перебіг	28	12,96±0,77	0,038
Нейропсихічна форма ПМС, всього	72	13,25±0,46	0,002
- легкий перебіг	42	12,07±0,52	0,086
- тяжкий перебіг	30	14,90±0,72	<0,001
Цефалгічна форма ПМС, всього	33	12,61±0,57	0,024
- легкий перебіг	20	12,00±0,73	0,162
- тяжкий перебіг	13	13,54±0,88	0,023
Кризова форма ПМС, всього	25	13,16±0,64	0,008
- легкий перебіг	15	12,07±0,7	0,115
- тяжкий перебіг	10	14,80±0,95	0,008

### ВИСНОВКИ

Таким чином, серед жінок з ПМС переважають такі типи темпераменту як меланхолік (34,00%,  $\chi^2=10,01$ ,  $p=0,002$ ) та холерик (36,50%,  $\chi^2=4,19$ ,  $p=0,04$ ). А сангвініків було в 3,20 рази менше порівняно зі здоровими жінками (17,50%,  $\chi^2=29,44$ ,  $p<0,001$ ). Рівень невротизму є достовірно підвищеним у хворих з ПМС ( $p=0,002$ ). Це має значення при врахуванні клінічних особливостей ПМС щодо діагностики симптомокомплексу «психопатологічні порушення» та для проведення в подальшому відповідних лікувальних заходів.

### Особенности темперамента женщин с предменструальным синдромом Л.В. Пахаренко

Проведено определение типов темперамента у 200 женщин с предменструальным синдромом. Установлено, что для них характерными являются такие типы как меланхолик (34,00%,  $\chi^2=10,01$ ,  $p=0,002$ ) и холерик (36,50%,  $\chi^2=4,19$ ,  $p=0,04$ ), а сангвиников было в 3,20 раз меньше относительно здоровых женщин (17,50%,  $\chi^2=29,44$ ,  $p<0,001$ ). Уровень невротизма достоверно увеличен у больных ПМС ( $p=0,002$ ). Это имеет значение при учете клинических особенностей диагностики симптомокомплекса «психопатологические нарушения» и для проведения в дальнейшем соответствующих лечебных мероприятий.

**Ключевые слова:** предменструальный синдром, темперамент, невротизм.

### Peculiarities of temperament in women with premenstrual syndrome L.V. Pakharengo

We determined types of temperament in 200 women with premenstrual syndrome. It was established that such types as melancholic (34,00%,  $\chi^2=10,01$ ,  $p=0,002$ ) and choleric persons (36,50%,  $\chi^2=4,19$ ,  $p=0,04$ ) are typical for them, and number of sanguine persons was 3.20 times less than relatively healthy women (17,50%,  $\chi^2=29,44$ ,  $p<0,001$ ). Level of neuroticism was significantly increased in patients with PMS ( $p=0,002$ ). This is important when considering the clinical features of syndromic diagnosis of «psychopathological disorders» and to conduct further therapy.

**Key words:** premenstrual syndrome, temperament, neuroticism.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кулаков В. И. Предменструальный синдром / В.И. Кулаков // Медицина неотложных состояний. – 2008. – № 1 (14). – С. 100–108.
2. Наказ № 676 МОЗ України від 31.12.2004 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».
3. Сметник В.П. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. Книга 1 / В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович. – СПб.: СОТИС, 1995. – С. 129–138.
4. Kwan I. Premenstrual syndrome / I. Kwan, J.L. Onwude // Clin. Evid. (Online). – 2007. – May 1. – pii: 0806.

УДК 618.2-055.25-06-08:618.33-06

## Вагітність у жінок старше 40 років як нова медико-соціальна проблема

Т.В. Лещева, К.Л. Романенко

Дніпропетровський медичний інститут традиційної  
і нетрадиційної медицини

Результати проведених досліджень свідчать, що група жінок старше 40 років мала дуже несприятливий акушерсько-гінекологічний анамнез в порівнянні з групою жінок 30–39 років і особливо в порівнянні з 20–29-річними пацієнтками. Особливо обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез мали первородячі жінки старше 40 років за рахунок високої частоти безпліддя, міоми матки і дисфункціональних порушень менструально-оваріального циклу. Медико-соціальні аспекти вагітних у віці 40 років і старше характеризуються переважанням повторнородящих жінок, що мають обтяжений соматичний і акушерсько-гінекологічний анамнез, вищу освіту, працюють. При формуванні тактики ведення цих жінок необхідно враховувати особливості соматичного і акушерсько-гінекологічного анамнезу, які можуть впливати на перебіг вагітності і її результат.

**Ключові слова:** вагітність, жінки старше 40 років, медико-соціальні аспекти.

У динаміці останніх років зросло число жінок, які виконують функцію материнства у віці 40 років і старше. Вивчення пізнього репродуктивного віку пов'язане з тим, що жінки старше 40 років є завершальною стадією розвитку репродуктивних процесів в популяції. Слід чекати подальшого підвищення частоти пологів у жінок у віці 40 років і старше завдяки успіхам лікування безпліддя, невиношування вагітності, а також досягненням сучасних репродуктивних технологій і пренатальної діагностики. Крім того, деякі пацієнтки бажають мати дитину лише після досягнення певного матеріального і професійного благополуччя [1–4].

Особливості перебігу гестаційного процесу залежать від багатьох чинників, серед яких велике значення має вік. Досі немає єдиної думки про те, чи є вік жінки старше 40 років чинником ризику. Ряд авторів [1, 2] вказує, що вагітність в цій віковій групі протікає патологічно, а пологи супроводжуються низкою важких ускладнень як для матері, так і для дитини. Крім того, пізній репродуктивний вік є одним з чинників ризику розвитку плацентарної недостатності і преєклампсії.

Відомо, що ранні і пізні гестози, загроза переривання вагітності, передчасний розрив плодових оболонок, аномалії пологової діяльності призводять до

збільшення перинатальної захворюваності і смертності [1, 2]. У цій віковій групі найбільш висока частота аномалій і вад розвитку плода, виникнення яких обумовлене не лише віком матері, але і віком батька старше 40 років [3, 4].

Пошук найбільш ефективних методів ведення вагітності і пологів у жінок старше 40 років має велике практичне значення в зниженні частоти ускладнень, перинатальної і материнської смертності і захворюваності. Одному з первинних наукових завдань у вирішенні даної проблеми є вивчення медико-соціальних преградивних аспектів у жінок старше 40 років, чому і присвячено справжнє наукове дослідження.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У зв'язку з поставленою метою був проведений ретроспективний аналіз преградивних медико-соціальних аспектів у 191 жінки старше 40 років, вагітність в яких завершилася пологами. Групами порівняння послужили випадкові відбори історій пологів у 191 жінки у віці 20–29 років (група порівняння 2 – ГС 2) і 191 жінки 30–39 років (група порівняння 1 – ГС 1) в цей же часовий проміжок.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У старшій віковій групі вік був від 40 до 50 років, в середньому склав  $41,3 \pm 0,5$  року, в групі порівняння 1 –  $33,0 \pm 0,9$  року; в групі порівняння 2 –  $25,5 \pm 0,1$  року. У первородящих жінок старше 40 років середній вік склав  $41,3 \pm 0,1$  року (у ГС 1 і 2 –  $32,8 \pm 0,1$  і  $23,7 \pm 0,2$  року), у повторнородящих –  $41,2 \pm 0,7$  року (у ГС 1 і 2 –  $32,8 \pm 0,1$  і  $26,3 \pm 0,1$  року), в тих, які багато народжували, –  $41,3 \pm 0,5$  року (у ГС 1 і 2 –  $33,0 \pm 0,1$  і  $27,7 \pm 0,2$  року).

Перші пологи були в 30,7%; другі і треті – 58,1%; четверті і більш – 11,2% жінок старше 40 років. У групах порівняння було аналогічне співвідношення перво-, повторно і багатонароджуючих жінок.

Нами вивчена соціальна характеристика жінок основної і груп порівняння. Так, вищу освіту мали 65,6% жінок старше 40 років (у ГС 1 – 48,6% і в ГС 2 – 26,5%); неповну вищу – 1,1% (у ГС 1 і 2 – 0,8% і 6,3%); середньо-спеціальну – 17,3% (у ГС 1 і 2 – 37,3% і 44,4%) і середню – 16,0% (у ГС 1 і 2 – 13,3% і 22,7% відповідно). У групах перво-, повторно- і багатонароджуючих старше 40 років велика частина жінок мала вищу освіту – 63,7%, 69,2% і 51,8% відповідно, частота якого достовірно переважала в порівнянні з 30–39-річними і 20–29-річними жінками, за винятком первородящих 30–39 років.

До розряду службовців належало 61,1% жінок старше 40 років (у ГС 1 і 2 – 61,5% і 43,1%); робітників – 4,2% (у ГС 1 і 2 – 4,7% і 4,3%); домогосподарок – 34,7% (у ГС 1 і 2 – 33,2% і 47,7% відповідно). Професійну шкідливість на виробництві серед працюючих жінок старше 40 років мали 5,2% (у ГС 1 і 2 – 2,7% і 0,8%).

Нами встановлено, що із збільшенням віку жінок підвищується і частота повторних шлюбів. Так, повторні шлюби у первородящих старше 40 років були в 26,9% (у ГС 1 і 2 18,4% і 3,8%); в повторнородящих – 48,6% (у ГС 1 і 2 – 30,3% і 10,4%); в тих, які багато народжували, – в 38,8% (у ГС 1 і 2 – 20,0% і 9,4%) і в

загальній групі – 40,9% (у ГС 1 і 2 – 25,5% і 8,3% відповідно). Мабуть, бажання мати дитину в повторному шлюбі для створення гармонійної сім'ї є однією з причин пізніх пологів у повторно- і багатонароджуючих жінок.

Незареєстровані шлюби у жінок старше 40 років склали 21,6% (у ГС 1 і 2 – 16,8% і 16,8%) за рахунок первородящих жінок, в яких частота незареєстрованих шлюбів була вища в порівнянні з іншими групами – 32,5% (у ГС 1 і 2 – 25,6% і 15,4%).

Жінки старше 40 років у всіх групах не відрізнялися зростом в порівнянні з жінками 20–29 років – в середньому –  $1,64 \pm 0,02$  м (у ГС 1 і 2 –  $1,64 \pm 0,02$  м і  $1,65 \pm 0,02$  м), але маса тіла була більша –  $68,1 \pm 0,47$  кг (у ГС 1 і 2 –  $64,3 \pm 0,45$  кг і  $62,0 \pm 0,39$  кг) і відповідно індексом маси тіла –  $25,4 \pm 0,19$  (у ГС 1 і 2 –  $23,8 \pm 0,15$  і  $22,7 \pm 0,13$ ).

Анатомічно вузький таз різного ступеня вираженості мав місце у 7,5% жінок старше 40 років (у ГС 1 і 2 – 12,9% і 18,9%). У групі первородящих старше 40 років анатомічно вузький таз був в 9,4% (у ГС 1 і 2 – 11,5% і 21,4%); у групі повторнородящих – в 7,1% (у ГС 1 і 2 – 13,6% і 19,5%) і в тих, які багато народжували, – 3,6% (у ГС 1 і 2 – 12,9% і 9,4% відповідно). Обтяжений соматичний анамнез мали 83,4% жінок старше 40 років (у ГС 1 і 2 – 54,8% і 50,3%); обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез – в 83,4% (у ГС 1 і 2 – 54,3% і 33,2%), з них обтяжений акушерсько-гінекологічний і соматичний анамнез мали 72,9% (у ГС 1 і 2 – 28,6% і 14,7% відповідно).

Захворювання серцево-судинної системи у жінок старше 40 років склали 52,3% (у ГС 1 і 2 – 29,4% і 22,3%), з них гіпертонічна хвороба – в 14,1% (у ГС 1 і 2 – 2,8% і 1,2%), міокардіосклероз – 6,7% (у ГС 1 і 2 – 2,6% і 1,4%), нейроциркуляторна дистонія – 20,9% (у ГС 1 і 2 – 13,0% і 8,8%), пороки серця – 8,8% (у ГС 1 і 2 – 12,5% і 12,2%); варикозне розширення вен – 17,7% (у ГС 1 і 2 – 6,3% і 5,7%). Під час вагітності були виявлені захворювання серцево-судинної системи у 3,9% жінок старше 40 років. Хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту і гепатобіліарної системи мали 17,2% жінок старше 40 років (у ГС 1 і 2 – 12,0% і 9,5%); захворювання нирок і сечовивідних шляхів – 11,0% (у ГС 1 і 2 – 6,7% і 8,8%). Серед ендокринних захворювань переважало ожиріння – в 43,6% (у ГС 1 і 2 – 28,3% і 22,3%) і тиреоїдна патологія – 5,7% (у ГС 1 і 2 – 2,5% і 1,4%). Хронічні захворювання органів дихання мали 14,8% (у ГС 1 і 2 – 15,0% і 14,2%) і офтальмологічну патологію – 14,1% (у ГС 1 і 2 – 13,4% і 12,4%). Крім того, серед жінок старше 40 років 0,5% мали шизофренію і 0,4% – епілепсію. Оперативні втручання в анамнезі були у 24,2% жінок старше 40 років (у ГС 1 і 2 – 9,6% і 9,1%) і шкідливі звички – 0,8% (у ГС 1 і 2 – 0,9% і 0,8% відповідно).

Отже, група жінок старше 40 років мала найбільшу частоту соматично обтяженого анамнезу за рахунок захворювань серцево-судинної системи, захворювань шлунково-кишкового тракту і ендокринної патології. Поєднану екстрагенітальну патологію мали 65,4% жінок старше 40 років (у ГС 1 і 2 – 45,7% і 31,5% відповідно).

Вік батька старше 40 років був у 67,5% жінок основної групи (у ГС 1 і 2 – 20,5% і 4,3%); хронічні захворювання у батька – 2,5% (у ГС 1 і 2 – 1,6% і 0,4% відповідно).

Середній вік менархе у первородящих старше 40 років склав  $13,5 \pm 0,1$  року (у ГС 1 і 2 –  $13,2 \pm 0,1$  і  $13,0 \pm 0,1$ ); в повторнородящих –  $13,4 \pm 0,1$  року (у ГС 1 і 2 –  $13,2 \pm 0,1$  і  $13,1 \pm 0,1$ ) і в тих, які багато народжували, –  $13,8 \pm 0,1$  (у ГС 1 і 2 –  $13,1 \pm 0,1$  і  $12,8 \pm 0,1$  відповідно). Пізніше начало менархе (старше 15 років) мали 16,2% первородящих старше 40 років (у ГС 1 і 2 – 10,7% і 9,4%); 15,6% повторнородящих основної групи (у ГС 1 і 2 – 10,2% і 9,0%) і в тих, які багато народжували (23,5%), – (у ГС 1 і 2 – 7,1% і 4,7% відповідно).

Середній вік початку статевого життя у первородящих жінок старше 40 років склав  $24,9 \pm 0,4$  року (у ГС 1 і 2 –  $21,6 \pm 0,3$  і  $18,8 \pm 0,2$  року); в повторнородящих –  $21,2 \pm 0,2$  року (у ГС 1 і 2 –  $20,0 \pm 0,1$  і  $18,5 \pm 0,1$  року) і в тих, які багато народжували, –  $20,5 \pm 0,3$  року (у ГС 1 і 2 –  $18,8 \pm 0,3$  і  $17,6 \pm 0,2$  року відповідно).

Отже, однією з можливих причин пізніх пологів є більш пізній початок менархе і початок статевого життя не тільки у первородящих жінок старше 40 років, але і що повторно- і багатонароджуючих. Проте, основною причиною пізніх пологів у жінок цього віку з'явилася висока частота невиношування вагітності і безпліддя в анамнезі.

Частота безпліддя в анамнезі у жінок старше 40 років була в 3 рази вище в порівнянні з жінками 30–39 років і більш ніж в 15 разів вище в порівнянні з жінками 20–29 років – 18,4% (у ГС 1 і 2 – 6,0% і 1,1%); невиношування вагітності в анамнезі були майже в два рази частіше в порівнянні з ГС 1 і більш ніж в 2,5 рази в порівнянні з ГС 2 – 29,3%; 15,2% і 11,2%; вагітності, що не розвиваються, – 4,9% (у ГС 1 і 2 – 4,4% і 1,2%); медичні аборти – 62,5% (у ГС 1 і 2 – 55,1% і 41,3%) і позаматкові вагітності – 2,0% (у ГС 1 і 2 – 3,0% і 0,7%).

У групі первородящих старше 40 років безпліддя в анамнезі мали більше 1/3 жінок – 37,6% (у ГС 1 і 2 – 16,2% і 1,7%), з них з первинним безпліддям – 23,1% (у ГС 1 і 2 – 12,0% і 1,3%); з вторинним – 13,2% (у ГС 1 і 2 – 3,8% і 1,2%) і безпліддя у чоловіка – 1,3% (у ГС 1 і 2 – по 0,4% відповідно).

У групі повторнородящих старше 40 років безпліддя в анамнезі мали 10,9% (у ГС 1 і 2 – по 0,9%), з них первинне безпліддя – в 3,4% і вторинне – в 7,5% (у ГС 1 і 2 – по 0,9%); невиношування вагітності – 30,1% (у ГС 1 і 2 – 16,7% і 11,3%); вагітності, що не розвиваються, – 5,8% (у ГС 1 і 2 – 2,3% і 0,9%); медичні аборти – 72,8% (у ГС 1 і 2 – 64,2% і 49,8%) і мертвородження – 2,5% (у ГС 1 і 2 – 1,1% і 0,5% відповідно). Мабуть, висока частота перенесених абортів в групі повторнородящих жінок старше 40 років і спричинила велику частоту вторинного безпліддя в цій групі. Інтервал між останніми пологами в групі повторнородящих жінок старше 40 років склав  $12,7 \pm 0,3$  року (у ГС 1 і 2 –  $8,1 \pm 0,2$  і  $5,0 \pm 0,1$  року).

У групі багатонароджуючих жінок старше 40 років безпліддя в анамнезі мали 4,7% (у ГС 2 – 4,7%); невиношування вагітності – 22,4% (у ГС 1 і 2 – 16,5% і 12,9%); медичні аборти – 75,3% (у ГС 1 і 2 – 54,1% і 41,2%); мертвородження в анамнезі – 7,1% (у ГС 1 і 2 – 4,7% і 2,4%). Інтервал між останніми пологами в групі багатонароджуючих жінок старше 40 років склав  $7,3 \pm 0,5$  року (у ГС 1 і 2 –  $4,4 \pm 0,3$  і  $2,4 \pm 0,1$  року відповідно).

Серед гінекологічних захворювань у жінок старше 40 років переважали хронічні запальні захворювання жіночих статевих органів – в 23,5% (у ГС 1 і 2

– 21,3% і 17,1%); міома матки – 18,8% (у ГС 1 і 2 – 5,0% і 0,8%); ендометріоз – 3,7% (у ГС 1 і 2 – 0,4% і 0,1%); кісти і кістоми яєчників – 2,9% (у ГС 1 і 2 – 2,8% і 2,1%); синдром полікістозних яєчників – 1,3% (у ГС 1 і 2 – 0,5% і 0,1%) і дисфункціональні розлади менструального циклу – 9,2% (у ГС 1 і 2 – 4,5% і 4,3%). Аномалії розвитку матки зустрічалися в 0,4% лише серед жінок старше 40 років. Крім того, патологію шийки матки в анамнезі мали 26,0% жінок старше 40 років (у ГС 1 і 2 – 28,3% і 23,4%). Поєднану гінекологічну патологію мали 15,5% жінок старше 40 років.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, група жінок старше 40 років мала украй несприятливий акушерсько-гінекологічний анамнез в порівнянні з групою жінок 30–39 років і особливо в порівнянні з 20–29-річними пацієнтками. Особливо обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез мали первородящі жінки старше 40 років за рахунок вищої частоти безпліддя, міоми матки і дисфункціональних порушень менструально-оваріального циклу. Ці чинники, мабуть, багато в чому визначили настання і виношування вагітності в пізнішому віці. Невиношування вагітності зустрічалось однаково часто як в перво-, так і повторно- і багатонароджуючих жінок старше 40 років. На підставі вищевикладеного можна зробити висновок, що медико-соціальний портрет вагітних у віці 40 років і старше характеризується переважанням повторнородящих жінок, що мають обтяжений соматичний і акушерсько-гінекологічний анамнез, вищу освіту, працюють. При формуванні тактики ведення цих жінок необхідно враховувати особливості соматичного і акушерсько-гінекологічного анамнезу, які можуть впливати на перебіг вагітності та її результат.

## Беременность у женщин старше 40 лет как новая медико-социальная проблема Т.В. Лещева, Е.Л. Романенко

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что группа женщин старше 40 лет имела крайне неблагоприятный акушерско-гинекологический анамнез по сравнению с группой женщин 30–39 лет и особенно по сравнению с 20–29-летними пациентками. Особенно отягощенный акушерско-гинекологический анамнез имели первородящие женщины старше 40 лет за счет более высокой частоты бесплодия, миомы матки и дисфункциональных нарушений менструально-оварияльного цикла. Медико-социальные аспекты беременных в возрасте 40 лет и старше характеризуются преобладанием повторнородящих женщин, имеющих отягощенный соматический и акушерско-гинекологический анамнез, высшее образование, работающих. При формировании тактики ведения этих женщин необходимо учитывать особенности соматического и акушерско-гинекологического анамнеза, которые могут влиять на течение беременности и ее исход.

**Ключевые слова:** беременность, женщины старше 40 лет, медико-социальные аспекты.

### Pregnancy at women is more senior 40 years as new medical-social problem

*T.V. Leshcheva, E.L. Romanenko*

Results of the lead researches testify, that the group of women is more senior than 40 years had the extremely adverse obstetrical-gynecologic anamnesis in comparison with group of women of 30–39 years and is especial in comparison with 20–29-years patients. More expressed burdened obstetrical-gynecologic anamnesis had firstlabor women than 40 years for the account of higher frequency of barrenness, a myoma of a uterus and dysfunctioning menstrual-ovarial cycle are more senior. Medical-social aspects of pregnant women in the age of 40 years also are more senior are characterized by prevalence repeatedlabor the women having the burdened somatic and obstetrical-gynecologic anamnesis, the higher education, working. At formation of tactics of conducting these women it is necessary to take into account features of the somatic and obstetrical-gynecologic anamnesis which can influence current of pregnancy and its outcome.

**Key words:** *pregnancy, the woman is more senior than 40 years, medical-social aspects.*

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Байни Р.Л., Сперов Л. Клиническое руководство по охране здоровья пожилых женщин. Первичная и профилактическая помощь. / Пер. с англ. – М.: Медицина, 2011. – 523 с.
2. Каюпова Л.С. Репродуктивные потери у первородящих 30 лет и старше /: Материалы научного форума «Новые технологии в акушерстве и гинекологии». – М., 2012. – С. 166–167.
3. Abu-Heija A.T., Jallad M.F., Abykteish F. Maternal and perinatal outcome of pregnancies after age of 45 // J. Obstet. Gynaecol. Res. – 2010. – Vol. 26, № 1. – P. 27–30.
4. Kirchengast S., Hertman B. Advanced maternal age is not only associated with newborn somatometrics but also with the mode of delivery // Ann.Hum.Biol. – 2009. – Vol. 30, № 1. – P. 1–12.

УДК 618.3-06:616.43/45

## Вплив нейроендокринної патології і надлишкової маси тіла на психоемоційний статус вагітних

*С.Г. Русалкіна*

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

Як показали результати проведених досліджень, вагітність у жінок з нейроендокринною патологією перебігає на тлі граничної напруги пристосовних механізмів, що виявляється метаболічними порушеннями у поєднанні з неадекватно високою симпатичною активністю протягом усього періоду гестації, що характеризує переважання процесів компенсації. Ці розлади формують картину прееклампсії і постійної загрози невчасного переривання вагітності. На такому фоні хронічна плацентарна недостатність і гіпоксія плода може посилитися патологічними пологами і зниженням адаптаційних можливостей новонароджених. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** *вагітність, нейроендокринна патологія, психоемоційний статус.*

Вагітність і пологи – необхідна стадія психосексуального розвитку жінки. У багаточисельних роботах виявлений взаємозв'язок між психосоціальними чинниками і результатами вагітності, станом плода і новонародженого. Зрив механізмів психологічного захисту, як прояви дезадаптації, призводить до підвищення частоти ранніх токсикозів і прееклампсії, передчасному перериванню вагітності, аномаліям пологової діяльності. При цьому, якість психологічної адаптації залежить від особливостей жінок, мотивації дітородіння, стійкості до стресів [1, 5].

У даний час постійно збільшується кількість молодих жінок з нейрогенними розладами і поєднаними пошкодженнями ендокринних залоз, анеміями, дисбіотичними станами, ожирінням і дефіцитом маси тіла і тому гострішою стає проблема здоров'я матері і дитяти [1–5]. У таких умовах якісні параметри адаптаційних механізмів на етапах життя, у тому числі і при вагітності, змінюються. Гестаційні ускладнення набувають облігатного характеру, заглиблюється екстрагенітальна патологія, що, природно, впливає на стан плода і новонародженого (гіпоксія, гіпотрофія, вади розвитку, перинатальні пошкодження центральної нервової системи). Ускладнений перебіг вагітності посилює розлад регуляторних механізмів і метаболічні порушення [2, 5].

Усе наведене вище свідчить про актуальність вивчення психоемоційного статусу у жінок з різною нейроендокринною патологією.



**Мета дослідження:** вивчення основних особливостей клінічного перебігу вагітності і пологів, а також стан психоемоційного статусу у жінок з нейроендокринною патологією.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено комплексне клініко-лабораторне і психологічне обстеження 100 жінок з нейроендокринною патологією (основна група) і 50 жінок без такої патології (контрольна група). В основній групі були виділені дві підгрупи: 1 – 50 жінок з нейроендокринною патологією при надлишковій масі тіла і 2 – 50 жінок з нейроендокринною патологією і дефіцитом маси тіла.

Середній вік жінок усіх груп був в межах 25–27 років. У зареєстрованому шлюбі знаходились 68% обстежених, в незареєстрованому – 22%, були незаміжними відповідно 10% пацієнток. Першовагітних було 50%, також як і повторновагітних (50%), з них що не народжують (медичні аборти, мимовільні викидні) – 26% пацієнток.

У комплекс проведених психологічних досліджень були включені методика FPI, MMPI, coping-механізмів, J.W. Alekndrowitzc і Томаса [1, 5].

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених клінічних досліджень свідчать, що клінічна картина перебігу вагітності у жінок із зміненою масою тіла відрізнялася на всіх етапах від контрольної групи. І триместр вагітності характеризувався різними патологічними змінами у 92% жінок. Клінічні прояви погіршення основного захворювання відмічені у кожній третій пацієнтці основної групи. Вагітність у жінок з нейроендокринною патологією перебігає на тлі граничної напруги пристосовних механізмів, що виявляється метаболічними порушеннями у поєднанні з неадекватно високою симпатичною активністю протягом усього періоду гестації, що характеризує переважання процесів компенсації. Ці розлади формують картину прееклампсії і постійної загрози невчасного переривання вагітності. На такому фоні хронічна плацентарна недостатність і гіпоксія плода може посилитися патологічними пологами і зниженням адаптаційних можливостей новонароджених.

При оцінюванні особових якостей по методиці FPI виявлено безліч достовірних відмінностей по шкалах: нервозність, депресивність, збудливість, дратівливість, реактивна агресія, прагнення до домінантності, емоційна лабільність ( $p < 0,001$ ). Особливий інтерес викликає достовірну відмінність за шкалою «нервозність», де у жінок з нейроендокринною патологією виявляються виражені психосоматичні порушення. Таким хворим властиві депресивний фон настрою, по відношенню до контрольної групи вони відрізняються збудливістю, дратівливістю, схильні до фрустрації. Характерним для цих хворих є прагнення до домінантності і реактивної агресивності. В порівнянні з цим, контрольна група формує портрет спокійніших в своїх силах, холоднокровних і емоційно стабільних людей.

Розширює діапазон досліджень психологічних особливостей жінок обох груп опитувальник MMPI, який знаходиться в межах 50–72 Т-балів, що відображає високу достовірність тестування. Три оцінкові шкали дозволяють об'єктивно судити

про відношення випробовуваною до обстеження. Шкала L (брехні) і шкала До (корекції) знаходяться в межах оптимальної зони – 50 Т-балів. Високі показники за шкалою F (надійність) в контрольній і основній групах пов'язані з хвилюванням і емоційною нестійкістю, характерних для вагітних жінок, тим більше з нейроендокринними розладами. У зоні підвищених значень у жінок основної групи виявилися шкали іпохондрії, депресії і емоційній лабільності, так звана невротична тріада. Шкала тривожності також знаходиться в зоні підвищених значень і у поєднанні з невротичною тріадою виявляє тривалі труднощі при адаптації. Шкала індивідуалістичності перевищує оптимальні параметри і свідчить про суб'єктивність думок у обстежених жінок. Найбільш виражено підвищення шкали оптимізму і активності, що відображають енергетичний потенціал і загальний тонус особи. Високі значення шкали свідчать про товариськість, прагнення бути в центрі уваги, безтурботність і граничать з можливою переоцінкою власних можливостей, брехливістю, запальністю і конфліктністю. Параметри шкали інтроверсії знаходяться в звичайних межах і також свідчать про товариськість і відсутність соромливості.

У результаті проведеного дослідження виявлено, що 7 з 10 основних шкал знаходяться в межах підвищених значень (59–67 Т-баллов), що свідчить про різноманітні тенденції в структурі особи і виявляє значну напругу, ціною якої здійснюється внутрішня рівновага.

У контрольній групі виражений пік за шкалою оптимізм, що відображає значний енергетичний потенціал і ентузіазм, природні для вагітної жінки. Підвищений рівень тривожності (шкала 7) свідчить про деяку невпевненість в собі, схильністю до хвилювань, але це компенсується високою мотивацією в досягненні мети (шкала 4). На такому фоні ізольоване підвищення лише по 2 шкалі (депресія), без участі всієї невротичної тріади, розцінювалося як чужина реакція на новий стан (вагітність). Отже, половина показників основних шкал профілю особи контрольної групи знаходилася в межах оптимальних параметрів (47–58 Т-баллов), що свідчить про хорошу психологічну адаптованість вагітних цієї групи.

При оцінюванні невротичних проявів по методиці J.W. Alekndrowitzc виявлені різні ступені вираженості в обстежених групах. Так, в контрольній групі прояву невротичних розладів по всім параметрам тесту були слабо виражені. У вагітних з нейроендокринною патологією виявлені наступні зміни: страхи і фобії, депресивні розлади, занепокоєння і напруга, порушення сну, сексуальні і невротичні порушення, труднощі в соціальних контактах, іпохондричні і соматичні порушення.

Аналіз поведінки при конфліктних ситуаціях, проведеного по методиці Томаса, не виявив домінуючої стратегії в обстежених групах. У вагітних з нейроендокринною симптоматикою основним стилем вирішення конфліктної ситуації з'явився компроміс, потім співпраця, уникнення, суперництво і пристосування. У контрольній групі жінки найчастіше вибирали найоптимальнішу форму – співпраця, потім компроміс, уникнення, пристосування і суперництво. Суперництво і уникнення – найбільш активні, але не конструктивні форми вирішення конфліктних ситуацій частіше виявлені у вагітних з нейроендокринною патологією в порівнянні з контрольною групою. Лише у ситуації співпраці обоє сторони приходять до угоди з урахуванням компромісів і половинчастих рішень.

Дослідження стратегії подолання труднощів по методиці coping-механізмів проводилося в поведінковій, емоційній і пізнавальних сферах. Так, в поведінковій сфері вагітні з нейроендокринною патологією використовують способи подолання: звернення (53%), активне уникнення (33%), альтруїзм (20%), компенсація (20%), але дуже рідко – конструктивна активність (7%). У контрольній групі вагітні частіше удавалися до співпраці (60%), конструктивної активності (40%), звернення (40%), рідко зустрічався альтруїзм і відступ (по 7%).

У пізнавальній сфері для вагітних основної групи характерні упокорювання і дисимуляція (по 33%), рідше проблемний аналіз, відносність і збереження самовладання (по 20%). Для вагітних контрольної групи переважали проблемний аналіз (60%) і збереження самовладання (40%).

В емоційній сфері вагітні з нейроендокринною патологією долали труднощі з оптимізмом (53%), протестом і придушенням емоцій (по 27%), агресивністю (7%). У контрольній групі переважав оптимізм (87%), рідше виявлена покірливість (27%) за відсутності агресивності. Вагітні з нейроендокринними розладами долають стресові ситуації за допомогою звернення, упокорювання, дисимуляції і оптимізму, тоді як в контрольній групі переважають співпраця, проблемний аналіз і оптимізм, що формує раціональну і конструктивну стратегію поведінки.

Математичне оброблення за програмою кореляційного аналізу виявила істотні взаємозв'язки між різними чинниками вживаних методик. У вагітних з нейроендокринною патологією найбільше число кореляційних зв'язків виявлене за шкалою спонтанної агресивності і шкалою депресивності.

Шкала спонтанної агресивності має позитивний взаємозв'язок з шкалами депресивних ( $r=0,590$ ), невротичних ( $r=0,652$ ), істеричних ( $r=0,645$ ) розладів. З шкалою дереалізації ( $r=0,660$ ) і з шкалою «суперництво» як способі поведінки в конфліктних ситуаціях. Наявність «невротичної тріади» обумовлює високий рівень тривожності, що викликає ворожу установку по відношенню до навколишнього світу. У вагітних з нейроендокринною патологією виявляється афектне реагування в складних ситуаціях, імпульсивність і недостатнє володіння собою, наполегливість і напоористість у відстоюванні своїх інтересів в збиток іншому. Вираження депресивності і невротичні прояви тісно пов'язані в цього контингенту вагітних з порушеннями сну ( $r=0,518$ ), сексуальними розладами ( $r=0,540$ ), збудливістю і дратівливістю ( $r=0,543$ ). Шкала «суперництво» має позитивний взаємозв'язок з товариськістю ( $r=0,620$ ), спонтанною агресивністю ( $r=0,516$ ) і негативний зв'язок з шкалою «обмеженість» ( $r=0-566$ ): самовпевненість і незалежність в спілкуванні, схильність до ризику і агресивність дозволяють в конфліктних ситуаціях вибирати суперництво.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, вагітність у жінок з нейроендокринною патологією протікає на тлі граничного напруження пристосованих механізмів, що виявляється метаболічними порушеннями у поєднанні з неадекватно високою симпатичною активністю протягом усього періоду гестації, що характеризує переважання процесів компенсації. Ці розлади

формують картину прееклампсії і постійної загрози невчасного переривання вагітності. На такому фоні хронічна плацентарна недостатність і гіпоксія плода може посилитися патологічними пологами і зниженням адаптаційних можливостей новонароджених. Крім того, спостерігається формування крайніх варіантів норми (невротична тріада) і надлишкової емоційної напруги. Ці пацієнтки під час вагітності виробляють нові форми захисних реакцій з включенням ширшого діапазону психологічних механізмів. Дослідження особових якостей, способів подолання труднощів і поведінки в конфліктних ситуаціях основної і контрольної групи показало, що адаптаційні можливості вагітних з нейроендокринною патологією обмежені, а механізми більш затратні і менш ефективні. У зв'язку з цим існує об'єктивна необхідність обов'язкової участі кваліфікованого психолога при лікуванні і реабілітації цих пацієнток. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

## Влияние нейроэндокринной патологии и избыточной массы тела на психоэмоциональный статус беременных С.Г. Русалкина

Как показали результаты проведенных исследований, беременность у женщин с нейроэндокринной патологией протекает на фоне предельного напряжения приспособительных механизмов, проявляющегося метаболічскими нарушениями в сочетании с неадекватно высокой симпатической активностью в течение всего периода гестации, что характеризует преобладание процессов компенсации. Эти расстройства формируют картину преэклампсии и постоянной угрозы несвоевременного прерывания беременности. На таком фоне хроническая плацентарная недостаточность и гипоксия плода может усугубиться патологическими родами и снижением адаптационных возможностей новорожденных. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** беременность, нейроэндокринная патология, психоэмоциональный статус.

## Influence neuroendocrinological pathology and superfluous weight of body on psychological and emotional status at pregnant women S.G. Rusalkina

As have shown results of the lead researches, pregnancy at women with neuroendocrinological a pathology proceeds on a background of a limiting pressure of the adaptive mechanisms shown by metabolic infringements in a combination to inadequately high sympathetic activity during all period gestation that characterizes prevalence of processes of indemnification. These frustration form a picture preeclampsia and constant threat of delayed interruption of pregnancy. On such background chronic placental insufficiency and hypoxia a bornt can be aggravated by pathological sorts and decrease in adaptable opportunities of newborns. The received results are necessary for taking into account by development of a complex of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** pregnancy, neuroendocrinological a pathology, psychological and emotional status.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аржанова О.Н. Нарушение механизмов адаптации при гестозе и методы их коррекции // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2011. – № 4. – С. 48–51.
2. Каюшева И.В., Панова Л.Ю. Течение беременности и родов у женщин, перенесших гипоталамический синдром в период полового созревания // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 6. – С. 64–65.
3. Крыжановский Г.Н., Магаева С.В., Макаров С.В. Нейроиммунопатология. – М.: Медицина, 2012. – 284 с.
4. Маколкин В.И., Подзолков В.И., Старовойтова С.П. Сложности диагностики эндокринных артериальных гипертензий // Терапевтический архив. – 2009. – № 10. – С. 26–28.
5. Мамиев О.Б. Особенности адаптационных реакций у беременных и их влияние на исход родов // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 6. – С. 34–37.

УДК 618.17-02:618.14-007.66

## Влияние аномалий развития матки на исходы родоразрешения для матери и плода

А.П. Садовой

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что женщины с аномалиями развития матки составляют группу высокого риска по неблагоприятным акушерским и перинатальным исходам родоразрешения. Основным осложнением беременности у этих пациенток является невынашивание, а в последующем – плацентарная дисфункция с задержкой развития плода и различной перинатальной патологией. Полученные результаты диктуют необходимость дальнейшего изучения данной проблемы, особенно в аспекте снижения частоты акушерской патологии и улучшения перинатальных исходов родоразрешения.

*Ключевые слова:* аномалии развития матки, акушерская и перинатальная патология.

Врожденные аномалии развития (ВАР) матки и влагалища среди девочек с гинекологической патологией составляют до 6% и имеют тенденцию к росту [1–4]. Клинические проявления ВАР матки и влагалища зависят от формы аномалии и чаще характеризуются дисменореею, первичной аменореей, тазовыми болями [2, 3, 5]. При ВАР с нарушением оттока менструальной крови в 80% встречается спаечный процесс малого таза и эндометриоз [1, 3, 4].

Несмотря на значительное число научных сообщений по проблеме ВАР матки и влагалища, нельзя считать все научные задания полностью решенными, особенно в аспекте реализации репродуктивной функции, а также акушерских и перинатальных результатов родоразрешения.

**Цель исследования:** проанализировать особенности акушерских и перинатальных результатов родоразрешения женщин с аномалиями развития матки.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели было проведено двухэтапное исследование, в результате чего созданы два информационных массива. Первый информационный массив включал результаты ретроспективного анализа медицинской документации (150 историй родов и развития новорожденных) беременных с аномалиями развития матки, которые составили основную группу.

На втором этапе исследование проводилось диспансерное наблюдение с ранних сроков беременности 30 пациенток с нормальной анатомией внутренних половых органов, не имевшихотягощенного акушерского анамнеза, которые составили контрольную группу.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что перинатальные результаты беременностей у женщин с аномалиями развития матки, которые составили ретроспективную группу, статистически значимо отличаются от группы контроля практически по всем параметрам. Особенно наглядно это является видимым при оценке удельного веса преждевременных родов (24,1% в основной группе, в контрольной преждевременных родов не было). Оперативное родоразрешение было проведено в основной группе в 70,7% случаев, а в группе контроля этот показатель составил 16,7%. Удельный вес женщин, рожденных в срок *per vias naturalis* без осложнений статистически значимо меньше ( $p < 0,01$ ) в основной группе и составляет 6,8%, по сравнению с 70,2% в контрольной.

Сравнивая соотношение осложненных и неосложненных родов *per vias naturalis*, мы констатировали, что в ретроспективной группе 72,2% родов было осложненными и 6,8% – неосложненными, при этом в группе контроля это соотношение составило 16,7% и 70,3% соответственно, то есть осложнения родов встречались у 4,5 раза чаще у женщин с аномалиями развития матки. Удельный вес быстрых и стремительных родов в основной группе статистически выше по сравнению с контролем – 6,7% и 2,7% соответственно ( $p < 0,05$ ). Дистресс плода в родах составил 2,7%, в группе контроля это осложнение отсутствовало.

Разные аномалии родовой деятельности (дискоординация и слабость) наблюдали лишь в основной группе в 3,3% случаев. Кроме этого, заслуживает внимание тот факт, что в 4,4% родов в основной группе наблюдалось преждевременное отслаивание плаценты, а в 6,7% – нарушения процессов отделения и выделения плаценты в послеродовый период. Кровотечения в раннем послеродовом периоде встречались лишь в основной группе (2,1%).

При оценке перинатальных результатов родоразрешения установлено, что каждый второй ребенок основной группы был переведен в отделение ранней реабилитации новорожденных (54,1%), каждый пятый в реанимационное отделение (22,1%), что статистически значимо чаще ( $p < 0,01$ ), чем в группе контроля, в которой детей переведенных в реанимацию не было, а в реабилитации нуждались лишь 6,7% новорожденных. Частота постгипоксической энцефалопатии 2–3 степени составила в основной 38,2%, что статистически значительно больше по сравнению с контрольной группой – 3,3% ( $p < 0,001$ ). В основной группе 13,3% новорожденным понадобилась искусственная вентиляция легких в разных режимах.

Анализируя весовые аспекты новорожденных основной и контрольной групп необходимо отметить, что маловесные дети родились лишь в основной группе (28,3%), а масса тела больше 4000 г встречалась чаще в группе контроля – 20,1% по сравнению с 1,3% в основной группе. Такое соотношение маловесных и крупных детей характерно для женщин с аномалиями матки и обусловлено анатомическим пределом растяжимости и ростом беременной матки, имеющей аномалию развития.

### ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что женщины с аномалиями развития матки составляют группу высокого риска относительно неблагоприятных акушерских и перинатальных результатов родоразрешения. Основным ослож-

нением беременности у этих пациенток является невынашивание, а в дальнейшем – плацентарная дисфункция с задержкой развитию плода и разной перинатальной патологией. Полученные результаты диктуют необходимость последующего изучения данной проблемы, особенно в аспекте снижения частоты акушерской патологии и улучшения перинатальных результатов родоразрешения.

### Вплив аномалій розвитку матки на результати розродження для матері і плода А. П. Садовий

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки з аномаліями розвитку матки складають групу високого ризику щодо несприятливих акушерських і перинатальних результатів розродження. Основним ускладненням вагітності у цих пацієнток є невиношування, а в подальшому – плацентарна дисфункція із затримкою розвитку плода і різною перинатальною патологією. Отримані результати диктують необхідність подальшого вивчення даної проблеми, особливо в аспекті зниження частоти акушерської патології і поліпшення перинатальних результатів розродження.

**Ключові слова:** аномалії розвитку матки, акушерська і перинатальна патологія.

### Influence of anomalies of development of uterus on outcomes of delivery for mother and born A. P. Sadovoj

Results of the spent researches testify that women with anomalies of development of a uterus make group of high risk on adverse obstetrical and perinatal outcomes of delivery. The basic complication of pregnancy at these patients is incompetence, and in the subsequent – placental dysfunction with an arrest of development of born and various perinatal pathology. The received results dictate necessity of the further studying of the given problem, especially in aspect of decrease in frequency obstetrical pathologies and improvements perinatal outcomes of delivery.

**Key words:** anomalies of development of uterus, obstetrical and perinatal pathology.

### 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. Коколина В.Ф. Гинекология детского возраста. – М.: Медпрактика-М, 2009. – 267 с.
4. Орлов В.М. Хирургическая коррекция пороков развития матки и особенности течения беременности, наступившей после нее: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.М. Орлов. – М., 1999. – 38 с.
5. Ходарева Т.В. Диагностические возможности эхографии в обследовании женщин с невынашиванием беременности, обусловленным патологией матки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.В. Ходарева. – М., 1992. – 30 с.

## Роль гепатодепресивного синдрому на тлі глистової інвазії в генезі гестаційних ускладнень

**М.І. Соколова**

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

Результати проведених досліджень свідчать, що стан гепатодепресії при вагітності супроводжується розвитком акушерської патології: токсикоз першої половини вагітності, загроза переривання, прееклампсія, плацентарна дисфункція і патологічна крововтрата. У зв'язку з чим отримані результати обґрунтовують доцільність використання моделі «дисфункції гепатоциту» як прогностичний критерій ускладнень вагітності і перинатальної патології з I триместра вагітності у жінок на тлі виявленої глистової інвазії.

**Ключові слова:** гепатодепресивний синдром, глистова інвазія, ускладнення.

Роль печінки в підтримці адекватності функціонування системи крові важко переоцінити. У сучасній літературі [1–4] висловлюється точка зору, що чинники плазмової ланки гемокоагуляції, що синтезуються печінкою найадекватніше відображають ступінь її ураження і є маркерами-індикаторами біохімічного синдрому гепатоцелюлярної недостатності або синдрому гепатодепресії, під яким автори мають на увазі будь-які порушення печінки без явищ енцефалопатії. При цьому, функціональним проам цього класу, що відображають, в основному, синтетичну і екскреторну функцію печінки, останнім часом надається все більше значення [1, 2].

У літературі описані спроби вивчення взаємозв'язку ультраструктурних змін гепатоциту з різними варіантами гемостазіологічної картини, що знайшли відзеркалення у висновках гемостазіограм: гіпоксія, дисфункція гепатоциту і некроз [4]. Проте результати цих досліджень, в основному, висвітлені в хірургічній і терапевтичній практиці. Картина клінічних проявів гепатодепресивного синдрому при акушерській патології визначає важливість інтерпретації біохімічних зрушень на доклінічному етапі з подальшим розробленням патогенетично обґрунтованої терапевтичної тактики.

Зважаючи на значущість функціонального стану печінки для забезпечення фізіологічного перебігу гестаційного процесу, а також серйозних наслідків її залучення до патологічного процесу при ускладненнях вагітності, недостатню освітленість ранніх, доклінічних проявів дисфункції гепатоциту в генезі акушерської патології, представляє певний інтерес вивчення гепатодепресивного синдрому як варіанту порушення адаптації організму до вагітності, особливо на тлі глистової інвазії.

**Мета дослідження:** виявлення клінічних особливостей перебігу вагітності і пологів у вагітних з появою лабораторних ознак гепатодепресії на тлі глистової інвазії.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Керуючись наведеними вище положеннями протягом останніх років за результатами гемостазіологічного обстеження було відібрано 50 вагітних жінок, показники коагулограми в яких відповідали критеріям гепатодепресивного синдрому на тлі глистової інвазії. При цьому, 30% пацієнток спостерігалися з I триместру; 34% – з II і 36% – відповідно з III триместру вагітності.

Комплексне обстеження передбачало наступні методи:

- анамnestичне (акушерсько-гінекологічний, перинатальний, соматичний і гемостазіологічний анамнез);
- клінічне (загальний стан, наявність диспепсії, клінічних проявів гестозу, загрози переривання вагітності, геморагічного синдрому);
- гемостазіологічне (визначення числа тромбоцитів, кількісне визначення фібриногену, тромбопластинового часу, протромбінового індексу і фібринолітичної активності);
- біофізичне (УЗД черевної порожнини, функціональний стан фетоплацентарного комплексу і доплерометрія);
- дослідження паразитології і мікробіологічного на глистових інвазії.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У результаті проведеного аналізу виявлено відсутність посилення коагуляційного потенціалу крові при прогресі вагітності, що є фізіологічною особливістю гестаційного процесу. Навпаки, наголошувалося подовження хронометричних параметрів, що відображають як внутрішній, так і зовнішній механізм згортання (подовження активованого часткового тромбопластинового часу, зниження протромбінового індексу, тромбоцитопенія).

Клінічне спостереження за перебігом вагітності в даній групі жінок показало, що в абсолютній більшості спостережень перебіг вагітності і пологів носив ускладнений характер. У 86% пацієнток становлення гестаційного процесу ускладнилося раннім токсикозом вагітності. Загроза переривання вагітності спостерігалася у 80% жінок в I триместрі, в 66% – в II і в 32% – в III триместрі гестаційного процесу. У 62% пацієнток в II триместрі розвиваються ознаки пізніх гестозів, в тому числі середньо-важкі і важкі форми – в 14% спостережень. У III триместрі вагітності поєднання гемостазіологічних маркерів гепатодепресивного синдрому з клінічними проявами прееклампсії мали місце вже в 86% випадків. Раннє формування плацентарної дисфункції відмічене в 44% вагітних з переважанням синдрому затримки внутрішньоутробного розвитку плода по асиметричному варіанту. З особливостей клінічного перебігу вагітності у жінок цієї групи слід зазначити поява носових кровотеч при виключенні ЛОР-патології як проявів малого геморагічного синдрому в 46% в першому триместрі, в 40% – в другому і в 24% – в третьому триместрі вагітності. Частота патологічної крововтрати в пологах склала 14%.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, стан гепатодепресії при вагітності супроводжується розвитком акушерської патології: токсикоз першої половини вагітності, загроза переривання, преєклампсія, плацентарна дисфункція і патологічна крововтрата. У зв'язку з чим отримані результати обґрунтовують доцільність використання моделі «дисфункції гепатоциту» як прогностичний критерій ускладнень вагітності і перинатальної патології з I триместра вагітності у жінок на тлі виявленої глистової інвазії.

### Роль гепатодепресивного синдрому на фоні глистної інвазії в генезі гестаційних ускладнень М.И. Соколова

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что состояние гепатодепрессии при беременности сопровождается развитием акушерской патологии: токсикоз первой половины беременности, угроза прерывания, преэклампсия, плацентарная дисфункция и патологическая кровопотеря. В связи с чем полученные результаты обосновывают целесообразность использования модели «дисфункции гепатоцита» в качестве прогностического критерия осложнений беременности и перинатальной патологии с I триместра беременности у женщин на фоне выявленной глистной инвазии.

**Ключевые слова:** гепатодепрессивный синдром, глистная инвазия, осложнения.

### Role of hepatodepression syndrome against helminthic invasion in genesis of gestational complications M.I. Sokolova

Results of the spent researches testify that the condition hepatodepression at pregnancy is accompanied by development obstetrical pathologies: a toxicosis of first half of pregnancy, interruption threat, preeclampsia, placental dysfunction and pathological hemorrhagia. In this connection the received results prove expediency of use of model «dysfunctions hepatocyte» in quality forecasting criterion of complications of pregnancy and perinatal pathologies from the first trimester of pregnancy at women against revealed helminthic invasion.

**Key words:** hepatodepression syndrome, helminthic invasion, complications.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Логинов А.С. Передовые рубежи гепатологии // Терапевтический архив. – 2010. – № 2. – С. 3–6.
2. Хазанов А.И. К вопросу о клиническом значении функциональных проб печени // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2008. – № 5. – С. 29–34.
3. Хазанов А.И. Функциональная диагностика болезней печени. – М.: Мед., 2008. – С. 264–270.
4. Burroughs A.K. Pregnancy and liver disease // Forum (Genova). – 2010. – Jan-Feb. – Vol. 8, N 1. – P. 42–58.

УДК618.5-02:618.14-092:611.664

## Роль морфофункціональних порушень міометрія в розвитку дискоординованої пологової діяльності

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 міометрій при дискоординованій пологовій діяльності від міометрія при фізіологічній пологовій діяльності. Грунтуючись на отриманих даних, ми вважаємо недоцільним введення естрогенумісних препаратів в пологи з метою корекції дискоординованої пологової діяльності. Необхідний пошук препаратів, що блокують прогестеронові рецептори, 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 (АПД) займають одне з провідних місць [1–4]. При цьому АПД є істотним чинником ризику перинатальної патології, особливо у жінок з обтяженим акушерським анамнезом [2].

Вивчення особливостей структури міометрія в пологах представляє практичний інтерес для розуміння процесів етіології, патогенезу розвитку аномалій 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. В процесі пологів цей механізм забезпечує інтенсифікацію змінних процесів. Виявлені зміни експресії ангиогенних чинників зростання при цілому ряду ускладнень гестаційного процесу – затримка розвитку плода (ЗРП), преєклампсія [5, 6]. Доведено, що повноцінний васкулогенез і ангиогенез в плаценті можливий 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].

**Мета дослідження:** вивчення ролі морфофункціональних порушень міометрія в розвитку дискоординованої пологової діяльності.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

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

З діагностичною метою в області операційного розрізу сіклася ділянка 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 гематоксиліном і еозином; для визначення з'єднальнотканинного каркаса зрізи забарвлювали пікрофуксином по методу ван Гізона. Гістостереометричне оцінювання препаратів проводили за допомогою оброблення цифрового зображення мікропрепарату 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 тривалентною фіксацією в 10% розчині нейтрального формаліну протягом 24–48 год.

Зрізи для виявлення антигенів обробляли в мікрохвильовій печі потужністю 600 Вт протягом 10 хв в 0,01 М цитратному буфері (рН 6,0); далі охолоджували 30 хв при кімнатній температурі і промивали у фосфатно-сольовому буфері (рН 7,4). Для імуного фарбування використовували стрептавідин-біотинний пероксидазний метод і відповідний набір детекції («Novocastra», Велика Британія). 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).

Таблиця 1

### Об'ємна щільність судин мікроциркуляції і судинного ендотеліального чинника зростання при ДПД і ФПД

Показник	Міометрій при ДПД, n=25	Міометрій при ФПД, 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 ДПД, n=25	Міометрій при ФПД, 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

### 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 ангиогенезу (VEGF – об'ємна щільність судинного ендотеліального чинника зростання). Дані представлені в табл. 1.

З даних табл. 1 виходить, що при дискоординованій пологовій діяльності в міометрії не лише відбувається достовірне зниження активності мікроциркуляції, але й достовірно зменшується потенціал ангиогенезу.

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 дискоординованій пологовій діяльності достовірно більше, ніж в міометрії при ФПД, 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 дискоординованій пологовій діяльності, показало, 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 міометрій при дискоординованій пологовій діяльності від міометрія при фізіологічній пологовій діяльності. Грунтуючись на отриманих даних, ми вважаємо недоцільним введення естрогенмістять препаратів в пологах з метою корекції дискоординованої пологової діяльності. Необхідний пошук препаратів, що блокують прогестеронові рецептори, не впливають негативно на мікроциркуляцію або поліпшують її.

**Роль морфофункціональних порушень міометрія в розвитку дискоординованої родової діяльності**  
**С.Я. Ткачик**

Результати морфологічного обстеження міометрія при дискоординованій родової діяльності показали, що содержание фіброзної ткани і міоцитів сопоставимо с міометрієм при фізіологічній родової діяльності. Изучение показателей микроциркуляции и ангиогенеза показало достоверное снижение этих величин при изучаемой аномалии родової діяльності. Достоверное повышение экспрессии к прогестерону при практически неизменной интенсивности экспрессии рецепторов к эстрогенам отличает міометрій при дискоординованій родової діяльності от міометрія при фізіологічній родової діяльності. Основываясь на полученных данных, мы считаем не целесообразным введение эстрогенсодержащих препаратов в родах с целью коррекции дискоординованій родової діяльності. Необходим поиск препаратов, блокирующих прогестероновые рецепторы, не оказывающих отрицательного влияния на микроциркуляцию или улучшающих ее.

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

**Role morphofunctional infringements of myometrium at development dyscoordination patrimonial activity**  
**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 estrogenical 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**

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, 2012. – 282 с.
3. Вдовин С.В. Дискоординированные сокращения матки в конце беременности и в родах // Вестн. Рос. асоц. акуш.-гин. – 2012. – № 4. – С. 76–79.
4. Газазян М.Г. Дискоординированная родовая деятельность как проявление «стресса ожидания» // Вестн. Рос. асоц. акуш.-гин. – 2012. – № 4. – С. 78–82.
5. Павлович Е.Р. Количественный морфологический анализ миометрия матки первородящих женщин с патологической родовой деятельностью. I. Дискоординация родовой деятельности / Е.Р. Павлович, В.М. Ботчей, А.Д. Подтетнев // Успехи современного естествознания. – 2010. – № 10. – С. 32–37.
6. 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:618.3:618.14:612.1]-071:618.177-089.888.11

## Кардіотокографічні та доплерометричні показники матково-плацентарно-плодового кровообігу у обстежених вагітних після ЕКЗ методом ІКСІ

Л.Є. Туманова, О.О. Молчанова

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

У статті на підставі вивчених основних ультразвукових функціональних показників, а також КТГ, була проведена оцінка функціонального стану ФПК у вагітних після ЕКЗ (ІКСІ). Отримані результати свідчать про напругу компенсаторних реакцій та формуванні плацентарної недостатності у даної категорії жінок, підтверджують недостатню ефективність загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів, а також необхідність їх удосконалення.

**Ключові слова:** серцева діяльність плода, фето- та плацентометрія, багатоводдя, маловоддя, КТГ, плацентарно-плодовий коефіцієнт (ППК).

Проблема лікування безпліддя подружніх пар є однією з актуальних у сучасній медицині. Допоміжні репродуктивні технології міцно зайняли своє місце в комплексі медичного лікування безпліддя [1–6].

Однією з актуальних проблем є антенатальна профілактика та зниження перинатальної захворюваності і смертності. У вирішенні цієї проблеми важливе значення має діагностика і своєчасна терапія ускладнень під час вагітності після ЕКЗ (ІКСІ), що негативно впливають як на стан матері, так і на розвиток дітей [7–14].

Головна роль у прогнозуванні ризику акушерських та перинатальних ускладнень надається УЗД та КТГ. Одним з важливих напрямків використання ультразвукового сканування в оцінці стану ФПС є фето- та плацентометрія, яка дозволяє визначити наявність патологічних змін в плаценті та в функціональному стані плода.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

З метою з'ясування особливостей акушерської та перинатальної патології у вагітних після ЕКЗ методом ІКСІ нами було проведено комплексне клініко-лабораторне дослідження 111 вагітних жінок. КГ склали 31 вагітна, які були розроджені через природні пологові шляхи без соматичної та гінекологічної патології. Критерієм включення пацієнок у дослідження була наявність вагітності після ЕКЗ методом ІКСІ. Ці жінки склали I група – 40 вагітних жінок з наявністю чоловічого фактора безпліддя, II група – 40 вагітних жінок з наявністю чоловічого та жіночого (трубно-перитоніального) фактора безпліддя. Всі вагітні I та II групи були об-

Таблиця 1

Стан плода у 32–35 тиж, абс. число, %

Показник	Групи жінок		
	КГ, n=31	I група, n=40	II група, n=40
ЗРП (асиметрична форма)	-	2 (5,0)	4 (10,0) °
Брадикардія (<110 за 1 хв)	-	-	2 (5,0)
Тахікардія (>170 за 1 хв)	2 (6,5)	3 (7,5) *	6 (15,0) * °
ДРП субкомпенсовані	-	1 (2,5)	4 (10,0) °
ДРП декомпенсовані	-	-	2 (5,0)
РАП субкомпенсована	-	1 (2,5)	5 (12,5) °
РАП декомпенсована	-	-	1 (2,5)
ТП порушений	-	-	2 (5,0)

Примітка: \* – різниця достовірна порівняно з показниками КГ (p<0,05);  
° – різниця достовірна порівняно з показниками I групи (p<0,05).

стеженні за запропонованою нами схемою і отримували протягом вагітності загальноприйнятні методи медикаментозної корекції.

Сонографічна фето- і плацентометрія та доплерометричні дослідження проводилися на ультразвуковому сканері ATLHDJ 1500 (США) і Medison 8000 (Корея).

В II–III триместрах вагітності за допомогою УЗД визначали похідні фетометричні показники: БПР голівки, враховували товщину і локалізацію плаценти, кількість навколоплідних вод, ступень зрілості плаценти. Крім цього оцінювали наступні показники кровотоку в артеріях пуповини: S/D – систоло-діастолічне співвідношення і RI – індекс резистентності.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз даних фето- та плацентометрії в 32–35 тиж вагітності (табл. 1) у вагітних II групи, говорить про те, що частота асиметричної форми ЗРП була вірогідно вища у вагітних II групи і склала 10,0% проти 5,0% відповідно с вагітними I групи (p<0,05); порушення серцевої діяльності плода зустрічалися в 20,0% спостережень проти 7,5% та 6,5%, p<0,05 в КГ; порушення дихальних рухів (ДР) плода (15,0% проти 2,5%, p<0,05), його рухової активності (РАП) – 15,0% проти 2,5% відповідно, p<0,05). Прогностично несприятливою у вагітних II групи є поява в одиничних випадках декомпенсованих форм порушень ДР плода (5,0%) і його РАП (2,5%). Дуже показовим є те, що в групі цих вагітних відбулися передчасні пологи в 33–34 тиж із перинатальною втратою в неонатальному періоді.

Патологічні зміни з боку плаценти та об'єму навколо плодових вод (ОНПВ) у вагітних II групи мали (табл. 2) більш виражений характер порівняно з вагітними I групи та КГ: частота передчасного дозрівання плаценти достовірно зросла до

Таблиця 2

## Стан плаценти у 32–35 тиж, абс. число, %

Показник	Групи жінок		
	КГ, n=31	I група, n=40	II група, n=40
Дозрівання випереджає на 1 позицію термін гестації, патологія міометрія в зоні плацентациї	-	2 (5,0)	5 (12,5)°
Поєднання виснаження або потовщення з випередженням дозрівання	-	1 (2,5)	3 (7,5)°
Багатоводдя	1 (3,2)	2 (5,0)*	4 (10,0)*°
Маловоддя	-	-	1 (2,5)

Примітка: \* – різниця достовірна порівняно з показниками КГ ( $p < 0,05$ );  
 € – різниця достовірна порівняно з показниками I групи ( $p < 0,05$ ).

Таблиця 3

## Матково-плацентарний кровообіг у обстежених вагітних в 32-35 тижнів

Показник	Групи жінок		
	КГ, n=31	I група, n=40	II група, n=40
СДВ КШК АП	1,4±0,1	1,8±0,2	2,7±0,2*
IR АП	0,53±0,02	0,62±0,1	0,84±0,2*°
СДВ КШК СМА	4,5±0,7	5,1±0,1	7,1±0,3*
IR СМА	0,73±0,01	0,81±0,3	0,92±0,02*°
СДВ КШК МА	1,6±0,2	1,8±0,1	2,3±0,3*
IR МА	0,31±0,03	0,43±0,1	0,61±0,04*°

Примітка: \* – різниця достовірна порівняно з показниками КГ ( $p < 0,05$ );  
 € – різниця достовірна порівняно з показниками I групи ( $p < 0,05$ ).

12,5% проти 5,0% в I групі ( $p < 0,05$ ), а у трьох випадках (7,5%) з'явилося поєднане виснаження плаценти і випередження дозрівання проти 2,5% в I групі ( $p < 0,05$ ), частота багатоводдя вірогідно вище також спостерігалася у вагітних II групи – 10,0% проти 5,0%,  $p < 0,05$ .

Показники матково-плацентарного кровообігу в цей термін гестації у вагітних II групи характеризувалися вірогідним посиленням кровообігу в артерії пуповини (СДВ КШК – до 2,7±0,2 і IR – до 0,84±0,2 проти 1,8±0,2 і 0,62±0,1;  $p < 0,05$ ), в матковій артерії (СДВ КШК – до 2,3±0,3 і IR – до 0,61±0,04 проти 1,8±0,1 і 0,43±0,1;  $p < 0,05$ ) та в середньомозковій артерії плода (СДВ КШК – до 2,3±0,3 і IR – до 0,92±0,02 проти 1,8±0,1 і 0,81±0,3;  $p < 0,05$ ) (табл. 3).

Таблиця 4

## Аналіз КТГ у обстежених вагітних в 37-40 тижнів

Показник КТГ	Групи			
	КГ, n=31	I група, n=39	II група, n=36	
БЧСС (уд/хв.)	142,2±1,5	148,2±1,5	151,6±1,8	
АМО (уд/хв.)	10,1±0,4	9,1±0,4	6,3±0,4*°	
Акцелерації	кількість	13,7±0,4	11,6±0,4	8,4±0,5*°
	амплітуда (уд/хв.)	22,8±2,9	20,8±2,6	18,3±1,4
	тривалість (хв.)	16,7±0,4	15,2±0,4	13,9±0,5
Децелерації	кількість	-	-	1,2±0,3
	амплітуда (уд/хв.)	-	-	18,3±1,5
	тривалість (хв.)	-	-	1,8±0,3

Примітка: \* – різниця достовірна порівняно з показниками КГ ( $p < 0,05$ );  
 ° – різниця достовірна порівняно з показниками I групи ( $p < 0,05$ ).

Напередодні розродження оцінку стану плода проводили за допомогою КТГ та застосування не стресового тесту (НСТ). При оцінюванні КТГ за шкалою Фішера враховувалася частота й амплітуда миттєвих осциляцій (АМО); варіабельність базального ритму; амплітуда та тривалість акцелерацій; частота, амплітуда і тривалість децелерацій (табл. 4).

Проведені нами дослідження аналізу показників КТГ показали, що базальний рівень частоти серцевих скорочень у вагітних обох груп був в межах від 120 до 160 за 1 хв. Ці дані свідчать, що обчислення базального ритму не має діагностичного значення, оскільки середні його показники у плодів обох груп були близькі по значенню ( $p > 0,05$ ). Важливим показником стану серцевої діяльності плода є, за даними КТГ, зміни амплітуди миттєвих осциляцій (АМО). Так, в II групі кількість акцелерацій була на рівні 8,4±0,5 ( $p < 0,05$ ) проти 11,6±0,4 у I групі та 13,7±0,4 у вагітних КГ.

Особливо несприятливими слід вважати відсутність реакції частоти серцевих скорочень на ворухіння плода, спонтанних акцелерацій та наявність пізніх децелерацій, що є проявом реакції серцево-судинної системи плода при дистресі. У вагітних II групи (поєднання чоловічого та жіночого чинників безпліддя), реактивний не стресовий тест зустрічався у 78,0%, а у вагітних КГ мав місце у 100 % випадків.

Аналіз морфоструктури плаценти (табл. 5) вагітних II групи виявив вірогідне збільшення товщини плаценти (гіперплазія, більше 45 мм) в 22,2% вагітних проти 7,7% в I групі та 6,5% у КГ ( $p < 0,05$ ), уповільнений розвиток і стоншення (гіпоплазія, менше 25 мм) – у 16,7% вагітних II групи проти 5,1% у вагітних I групи ( $p < 0,05$ ), розширення судин плаценти і міжворсинчастого простору 19,4% проти 7,7% ( $p < 0,05$ ) та ЗРП до 22,2% проти 10,2%, ( $p < 0,05$ ), що вказує на наявність плацентарної дисфункції. Зміна структури плаценти є захисним механізмом, спрямо-

Таблиця 5

## УЗ плацентографія обстежених вагітних в 37–40 тиж, абс. число, %

Показник	Групи		
	КГ, n=31	I група, n=39	II група, n=36
Збільшення товщини плаценти	2 (6,5)	3 (7,7)	8 (22,2)*
Зменшення товщини плаценти	-	2 (5,1)	6 (16,7)
Розширення судин плаценти і міжворсинчастого простору	-	3 (7,7)	7 (19,4)
Передчасне "дозрівання" плаценти	1 (3,2)	2 (5,1)	6 (16,7)
ЗРП	-	4 (10,2)	8(22,2)

Примітка: \* – різниця достовірна порівняно з показниками КГ ( $p < 0,05$ ).

ваним на поліпшення життєзабезпечення плода. Даний метод оцінки стану плода є достатньо об'єктивний, але тільки доповнює інші методи оцінки стану плода.

Одним з інформативних методів антенатальної оцінки стану плода є визначення його біофізичного профілю (БПП), який представляє собою достатньо об'єктивний, але його можна також віднести до методів, які доповнюють діагностику, тому що він відображає лише тривалість і ступінь страждання плода, отже тільки частину клінічної картини. Показники БПП оцінювали за допомогою ультразвукового дослідження: дихальні рухи плода (ДРП), рухлива активність плода (РАП), тонус плода (ТП), якісна оцінка об'єму навколоплідних вод (ОНВ) та результати нестресового тесту, проведеного при КТГ дослідженні.

Найбільш інформативний критерій оцінки стану плода є його рухова активність (табл. 6).

Таблиця 6

## БПП у обстежених жінок в 37–40 тиж, балів

Показник	Групи		
	КГ, n=31	I група, n=39	II група, n=36
НСТ	1,97±0,10	1,95±0,11	1,8±0,22* °
ДРП	1,93±0,14	1,73±0,12	1,08±0,38* °
РАП	2,0±0,00	2,0±0,00	1,92±0,16
ТП	2,0±0,00	1,8±0,00	1,4±0,22
ОНВ	1,9±0,23	1,8±0,23	1,6±0,22*
Загальна оцінка БПП	9,76±0,38	8,76±0,38	6,8±0,85* °

Примітка: \* – різниця достовірна порівняно з показниками КГ ( $p < 0,05$ );

° – різниця достовірна порівняно з показниками I групи ( $p < 0,05$ ).

Таблиця 7

## Матково-плацентарний кровообіг у обстежених вагітних в 36–40 тиж

Показник	Групи жінок		
	КГ, n=31	I група, n=39	II група, n=36
СДВ КШК АП	1,6±0,1	1,9±0,2	3,1±0,2*
IR АП	0,45±0,02	0,59±0,02	0,79±0,2*
СДВ КШК СМА	3,8±0,7	4,6±0,7	2,8±0,3*
IR СМА	0,67±0,01	0,72±0,01	0,56±0,02*
СДВ КШК МА	1,4±0,2	1,6±0,2	2,3±0,3*
IR МА	0,21±0,03	0,38±0,03	0,61±0,04*

Примітка: \* – різниця достовірна порівняно з показниками КГ ( $p < 0,05$ ).

Слід відзначити, що нормальні показники дихальних рухів плода у переважній більшості вагітних можуть бути пов'язані з наявністю дистресу плода, оскільки на початкових етапах його розвитку має місце збільшення їх частоти і сили, викликане збільшенням концентрації вуглекислоти, яка стимулює рефлекторну відповідь центральної нервової системи плода. Однак така реакція плода є короточасною і при подальшому розвитку дистресу плода виникає пригнічення дихальних рухів плода.

Показники матково-плацентарного та плодового кровообігу у обстежених нами вагітних перед розродженням наведені у табл. 7.

Показники матково-плацентарного кровообігу в цей термін гестації у вагітних II групи порівняно з вагітними I групи, характеризувалися подальшим вірогідним посиленням кровообігу в артерії пуповини (СДВ КШК – до 3,1±0,2 і IR – до 0,79±0,2 проти 1,9±0,2 і 0,59±0,02;  $p < 0,05$ ) і в матковій артерії (СДВ КШК – до 2,3±0,3 і IR – до 0,61±0,02 проти 1,6±0,2 і 0,38±0,03;  $p < 0,05$ ) на фоні незначного зниження кровообігу в середньомозковій артерії плода (СДВ КШК – до 2,8±0,3 і IR – до 0,56±0,02 проти 4,6±0,7 і 0,72±0,01,  $p < 0,05$ ) що свідчить про подальше напруження та зрив компенсаторних реакцій в матково-плацентарному кровообігу.

Плацентарно-плодовий коефіцієнт (ППК) дещо знижений в II групі вагітних в порівнянні з показником в I групі (0,178±0,032 проти 0,186±0,003), що вказує на зниження плацентарної перфузії у цих вагітних, що, в свою чергу, призводить до збільшення значних порушень показників матково-плацентарного кровообігу та деяких змін у стані плода. У вагітних після ЕКЗ методом ІКСІ розвивається хронічна ПД та хронічний дистресу плода, що підтверджується нашими дослідженнями. При зростанні терміну вагітності в них відбувається пригнічення функціональної активності та компенсаторних можливостей ФПС, що супроводжується зниженням матково-плацентарно-плодового кровообігу.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, особливості формування і функціонування ФПК у вагітних після ЕКЗ методом ІКСІ, при наявності чоловічого та жіночого чинників безпліддя

(II група), характеризуються порушенням матково-плацентарно-плодової гемодинаміки: підвищенням IR в маткових артеріях до  $2,3 \pm 0,3$ , в артеріях пуповини до  $3,1 \pm 0,2$  та незначним зниженням в середньо-мозковій артерії до  $0,56 \pm 0,02$ , що свідчить про напруження компенсаторних реакцій та формування плацентарної недостатності. Отримані результати свідчать про недостатню ефективність загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів і необхідність їхнього удосконалення у цій групі вагітних.

**Кардиотографические и доплерометрические показатели маточно-плацентарно-плодового кровообращения у обследованных беременных после ЭКО методом ИКСИ**  
**Л.Е. Туманова, Е.А. Молчанова**

В статье на основании изученных основных ультразвуковых функциональных показателей, а также КТГ, была проведена оценка функционального состояния ФПК у беременных после ЭКО (ИКСИ). Полученные результаты свидетельствуют о напряжении компенсаторных реакций и формировании плацентарной недостаточности у данной категории женщин, подтверждают недостаточную эффективность общепринятых лечебно-профилактических мероприятий, а также необходимость их усовершенствования.

**Ключевые слова:** сердечная деятельность плода, фето- и плацентометрия, многоводие, маловодие, КТГ, плацентарно-плодовый коэффициент (ППК).

**Cardiotocographic and doppler velocimetric indexes of utero-placental-fetal circulation of the examined pregnant women after IVF with ICSI**  
**L.E. Tumanova, E.A. Molchanova**

In the article based on studied main ultrasonic functional indexes and CTG the estimation of functional state of FPC of pregnant women after IVF with ICSI was conducted. The received results indicate on voltage of compensatory reactions and the formation of placental insufficiency in this category of women, they also confirm the lack of efficacy of generally accepted treatment and preventive measures and the necessity to improve them.

**Key words:** fetal cardiac activity, and feto- placentalometry, polyhydramnios, oligohydramnios, CTG, fetal-placental ratio.

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Берестовой О.А. Результаты биохимического скрининга беременных как акушерская проблема // Вісник акушерів-гінекологів України. – 2002. – № 5–6. – С. 18–28.
2. Вдовиченко Ю.П., Шадлун Д.Р. Прогнозирование и профилактика перинатальных потерь // Междун. мед. журнал. – 2002. – № 4. – С. 96–99.
3. Евсюкова И.И., Маслянюк Н.А. Состояние новорожденных и их дальнейшее развитие при многоплодной беременности после экстракорпорального оплодотворения // Проблемы репродукции. – 2005. – № 2. – С. 49–52.
4. Ероян Л.Х., Курцер М.А., Краснополяская К.В. Перинатальные исходы у пациентов после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов // Акушерство и гинекология. – 2003. – № 2. – С. 60–61.
5. Жук С.И. Проблемы невынашивания беременности после экстракорпорального оплодотворения // Здоровье женщины. – 2006. – № 2. – С. 40–43.
6. Здановский В.М., Витязева И.И. Исход беременности и родов после лечения методами вспомогательной

репродукции (собственные результаты) // Лечение женского и мужского бесплодия под редакцией Кулакова В.И., Леонова Б.В., Кузьмичева Л.Н. – М.: МИА, 2005. – С. 487–491.

7. Игнатко И.В., Коломнина Е.А. Опыт применения Актовегина для профилактики гестоза и плацентарной недостаточности после экстракорпорального оплодотворения // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2002. – Т. 1, № 1. – С. 43–46.
8. Кулаков В.И., Бахарев В.А., Фанченко Н.Д. Современные возможности и перспективы внутриутробной генетической диагностики плода // Лечение женского и мужского бесплодия /Под редакцией Кулакова В.И., Леонова Б.В., Кузьмичева Л.Н. – М.: МИА, 2005. – С. 190–197.
9. Милованов А.П. Патология системы мать–плацента–плод: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1999. – 448 с.
10. Стрижаков А.Н., Медведев М.В., Давыдов А.И. Возможности эхографии в ранние сроки беременности // Акушерство и гинекология. – 1988. – № 10. – С. 63–65.
11. Allen V.M., Wilson R.D. Pregnancy outcomes after assisted reproductive technology // J Obstet. Gynec. Can. – 2006. – № 173. – P. 220–233.
12. Aboulghar M.A. Perinatal complications of assisted reproduction // Croat Med J. – 2005. – Vol. 46, № 5. – P. 751–758.
13. Bonduelle M., Wennerholm U.-B., Loft A., et al. A multi-centre cohort study of the physical health of 5-year-old children conceived after intracytoplasmic sperm injection, in vitro fertilization and natural conception // Human Reproduction. – 2005. – Vol. 20, № 2. – P. 413–419.
14. Kjellberg A.T., Carlsson P., Bergh C. Randomized single versus double embryo transfer: obstetric and pediatric outcome and a cost-effectiveness analysis // Human Reproduction. – 2006. – Vol. 21, № 1. – P. 210–216.

## Перинатальная патология при аномальном расположении плаценты: диагностика, тактика ведения беременности и родов

С.А. Курицина

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что тип плацентации и особенно наличие аномальной плацентации влияет на функциональное состояние фетоплацентарного комплекса, а также развитие перинатальной патологии. Для своевременной диагностики плацентарной дисфункции и снижения частоты перинатальной патологии необходимо раннее эхографическое обследование локализации плаценты с последующим динамическим обследованием пациенток для оценки процессов миграции плаценты. Способ и сроки родоразрешения женщин с аномальной плацентацией зависят от локализации плаценты, завершенности ее миграции и функционального состояния фетоплацентарного комплекса.

**Ключевые слова:** перинатальная патология, аномальная плацентация, диагностика, профилактика.

Своевременная диагностика и профилактика перинатальной патологии является одной из наиболее важных задач современного акушерства [1, 2]. Данные современной литературы свидетельствуют, что среди причин, которые влияют на повышение этих интегральных показателей, следует отметить аномальное расположение плаценты (АРП), то есть локализацию ее в области нижнего сегмента матки, а также варианты ее миграции [3–5].

С акушерской точки зрения АРП является одной из причин развития преждевременной отслойки плаценты, невынашивания беременности, плацентарной дисфункции и аномалий родовой деятельности [4]. В перинатологии данная проблема представляет интерес с позиций задержки внутриутробного развития плода и внутриутробного инфицирования [2].

Известно, что изменение положения плаценты (миграция) происходит в результате растягивания нижнего сегмента матки, регресса плацентарной ткани при регулярных микроотслаиваниях или под действием ферментов цервикальных желез [1]. Несмотря на значительное число научных публикаций по оценке функционального состояния фетоплацентарного комплекса нельзя считать все научные задачи данной проблемы полностью решенными, особенности в аспекте ранней диагностики и профилактики перинатальной патологии при аномальной плацентации.

Все изложенное выше появилось для нас основанием к проведению данного научного исследования, что позволяет решить важное научное задание современного акушерства.

**Цель исследования:** повышение эффективности ранней диагностики и профилактики перинатальной патологии у женщин с аномальной плацентацией на основе усовершенствования и внедрения усовершенствованного алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проспективно наблюдались 130 женщин (основная группа) с аномальным расположением плаценты (АРП). Низкая плацентация обнаружена при ультразвуковом исследовании (УЗИ) в сроке 14–16 нед беременности. Согласно классификации аномалий плацентации и вариантов миграции плаценты [1, 2], критерием включения пациенток в основную группу было расположение плаценты (в 14–16 нед) на расстоянии менее 2 см от внутреннего зева шейки матки.

Как контрольная группа обследовано 60 практически здоровых беременных с нормальной плацентацией.

С 16 нед беременности осуществлялся УЗ контроль процесса миграции с оценкой положения и расстояния нижнего полюса плаценты по отношению к внутреннему зеву. Получив разнообразие физических и функциональных параметров процесса миграции и плацентации, а также клинических характеристик обследуемых пациенток, нам представилось целесообразным деление вариантов миграции плацентации относительно внутреннего зева шейки матки. Проведенный анализ клинических характеристик, периода гестации и родов беременных основной группы в зависимости от положения плаценты и реализации процесса ее миграции.

Все пациентки основной группы (n=130) были распределены на следующие подгруппы:

1 подгруппа (23,0%) – 30 пациенток с полным и неполным предлежанием плаценты, процесс миграции отсутствовал.

2 подгруппа (38,5%) – 50 женщин с низким расположением плаценты в результате неполной (незавершенной) миграции (нижний край плаценты ниже 5 см от внутреннего зева).

3 подгруппа (38,5%) – 50 беременных, в которых в результате полной (завершенной) миграции плацента переместилась в верхние отделы матки (нижний край плаценты на 5 см более высок внутреннего зева).

Возраст беременных основной и контрольной группы колебался от 16 до 40 лет. Большинство пациенток основной группы ( $p < 0,01$ ) были в возрасте от 26 до 35 лет (62,1%), контрольной – от 20 до 25 лет (55,0%). Средний возраст в контрольной группе составил  $23,8 \pm 3,9$  года, в основной –  $29,4 \pm 6,6$  года. При предлежании и низком расположении плаценты (1 и 2 подгруппы) значительное число беременных (31,0%, 30,9%) наблюдалось в возрасте 26–35 лет; в 3 подгруппе обследованных с полной миграцией плаценты ( $p < 0,01$ ) – в возрасте 31–35 лет (35,9%). Наибольшее число пациенток в возрасте 36–40 лет были с предлежанием плаценты (20,7%). Проведенный анализ свидетельствует о том, что АРП и процесс ее миграции достоверно чаще встречаются в более позднем репродуктивном возрасте (старше 30 лет).

В комплекс проведенных исследований были включены клинические, эхографические, кардиотокографические, эндокринологические, биохимические, микробиологические и статистические.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что среди основных причин аномального расположения плаценты необходимо выделить следующие:

- возраст беременной старше 30 лет;
- хронические воспалительные заболевания половых органов;
- высокая частота искусственных и самопроизвольных абортот;
- осложненное течение предыдущих беременностей.

При аномальном расположении плаценты в 19,6% наблюдений ее миграция отсутствует, что приводит к полному и неполному ее предлежанию. Процесс миграции плаценты происходит в 80,4%, при этом, полная миграция встречается в 43,2% беременных и неполная – в 37,2% пациенток.

Клинический течение беременности при аномальном расположении плаценты характеризуется высокой частотой угрозы прерывания (56,1%), различными метроррагиями (27,9%) и плацентарной дисфункцией (43,8%), причем уровень всех осложнений зависит от процесса завершенности миграции плаценты.

С учетом закономерностей развития адаптационного процесса от начального повышения функциональной активности до его истощения, у беременных с АРП выделены три типа нарушений эндокринной регуляции фетоплацентарной системы:

- гиперфункция: повышение уровня одного/нескольких гормонов;
- дисфункция (начальная недостаточность): повышение плацентарных (РАРР-А; β-ХГЧ) и снижение фетальных (эстриол, АФП) показателей;
- гиподисфункция (хроническая, компенсированная недостаточность): снижение уровня плацентарных и фетальных гормонов на 30–50%.

Нарушение в кровотоке матки, плаценты и плода при аномальной плацентации свидетельствуют о наличии плацентарной дисфункции разной степени выраженности, при этом степень и частота данного осложнения находятся в прямой зависимости от расположения плаценты – чем ниже расположена плацента, тем выше частота нарушений маточно-плацентарного кровотока и задержки развития плода.

Суммарная частота абдоминального родоразрешения при аномальной плацентации составляет 52,7%, причем при предлежании – 100,0%; при низкой плацентации – 58,2% и при мигрирующей плаценте – 26,6%.

Частота преждевременных родов при аномальной плацентации зависит от локализации плаценты: суммарно – 25,7% (при предлежании плаценты – 41,4%; при низком расположении – 37,2% и при мигрирующей плаценте – 12,5%).

Перинатальные результаты родоразрешения зависят от варианта аномальной плацентации:

- перинатальные потери (13,5‰) имеют место при предлежании плаценты и ее низком расположении, а основной причиной является глубокая недоношен-

ность на фоне декомпенсированной плацентарной дисфункции и задержки развития;

- суммарная частота заболеваемости новорожденных составляет 50,7%, при этом при предлежании она составляет 79,3%; при низкой плацентации – 65,5% и при мигрирующей плаценте – 25,0%.

Для практического здравоохранения мы можем рекомендовать следующие моменты:

- для своевременной диагностики плацентарной дисфункции и снижения частоты перинатальной патологии необходимо раннее эхографическое обследование локализации плаценты с последующим динамическим обследованием пациенток для оценки процессов миграции плаценты.

- диагноз аномальной плацентации следует устанавливать по данным УЗИ в 16 нед беременности, при этом, каждые 2–4 нед (в зависимости от локализации плаценты) необходим динамический ультразвуковой контроль за характером миграции плаценты с использованием классификации, которая включает локализацию, тип и вариант ее сдвига.

- с целью контроля за состоянием фетоплацентарного комплекса с 20 нед беременности показано использование доплерометричного контроля и после 32 нед – кардиотокографии.

- способ и сроки родоразрешения женщин с аномальной плацентацией зависят от локализации плаценты, завершенности ее миграции и функционального состояния фетоплацентарного комплекса.

### ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют, что тип плацентации и особенно наличие аномальной плацентации влияет на функциональное состояние фетоплацентарного комплекса, а также развитие перинатальной патологии. Для своевременной диагностики плацентарной дисфункции и снижения частоты перинатальной патологии необходимо раннее эхографическое обследование локализации плаценты с последующим динамическим обследованием пациенток для оценки процессов миграции плаценты. Способ и сроки родоразрешения женщин с аномальной плацентацией зависят от локализации плаценты, завершенности ее миграции и функционального состояния фетоплацентарного комплекса.

### Перинатальна патологія при аномальному розташуванню плаценти: діагностика, тактика ведення вагітності та пологів

**С.А. Куріцина**

Результати проведених досліджень свідчать, що тип плацентації і особлива наявність аномальної плацентації впливає на функціональний стан фетоплацентарного комплексу, а також розвиток перинатальної патології. Для своєчасної діагностики плацентарної дисфункції та зниження частоти перинатальної патології необхідне раннє ехографічне обстеження локалізації плаценти з подальшим динамічним обстеженням пацієнток для оцінки процесів міграції плаценти. Спосіб і терміни розродження жінок з аномальною

плацентациєю залежать від локалізації плаценти, завершеності її міграції і функціонального стану фетоплацентарного комплексу.

**Ключові слова:** перинатальна патологія, аномальна плацентация, діагностика, профілактика.

**Perinatal pathology at an abnormal arrangement of a placenta:  
diagnostics, tactics of conducting pregnancy and labours  
S.A. Kuritsina**

Results of the spent researches testify that the type of placentation and especially presence abnormal placentation influences a functional condition fetoplacental complex, and also development of perinatal pathologies. For timely diagnostics placental dysfunction and frequency decrease perinatal it is necessary for a pathology early ehografical inspection of localisation of a placenta with the subsequent dynamic inspection of patients for an estimation of processes of migration of a placenta. The way and terms delivery women with abnormal placentation depend on localisation of a placenta, completeness of its migration and a functional condition of fetoplacental complex.

**Key words:** perinatal pathology, abnormal placentation, diagnostics, preventive maintenance.

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Абрамченко В.В. Беременность и роды высокого риска / В.В. Абрамченко. – М.: МИА, 2011. – 400 с.
2. Запорожан В.М. Акушерство і гінекологія / В.М. Запорожан, М.Р. Цегельський. – К.: Здоров'я, 2006. – 240 с.
3. Радзинский В.Е. Патология околоплодной среды / В.Е. Радзинский, Е.Н. Кондратьева, А.П. Милованов. – К.: Здоров'я, 2009. – 128 с.
4. Радзинский В.Е. Патогенез ранней недостаточности формирующегося плацентарного ложа / В.Е. Радзинский, А.П. Милованов, А.А. Оразмурадов // Рос. вестн акуш-гин. – 2012. – № 2 (3). – С. 8–10.
5. Федорова М.В. Плацента и ее роль при беременности / М.В. Федорова, Е.П. Калашникова. – М.: Медицина, 2006. – 253 с.

УДК 618.17/5-007.415-08:611.65

**Сучасні чинники ризику генітального  
ендометріозу**

**Абугалі Алаа**

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

Результати проведених досліджень свідчать, що у пацієнок з ендометріозом різної локалізації виділені основні клініко-анамнестичні чинники ризику, які поділяють п'ять великих груп. Використання отриманих результатів в практичній охороні здоров'я дозволяє підвищити ефективність ранньої діагностики і прогнозування такої серйозної патології, як генітальний ендометріоз.

**Ключові слова:** ендометріоз, чинники ризику.

Ендометріоз є одним з найпоширеніших захворювань жінок репродуктивного віку [1–9]. Частота цього захворювання, за даними різних авторів, варіює в досить широких межах – від 7% до 50% [1, 3, 7]. Збільшення частоти зустрічання ендометріозу зв'язане, з одного боку, із збільшеними діагностичними можливостями, і, з іншого боку – з погіршенням екології навколишнього середовища, що призводить до пошкодження ендокринної, імунної і антиоксидантної систем [1, 9].

Не дивлячись на значне число досліджень, присвячених різним аспектам ендометріозу [1–9], до сьогодні залишаються нез'ясованими багато питань етіології і патогенезу захворювання, особливості клінічної картини залежно від локалізації процесу. Крім того відсутні дані про порівняльну інформативність окремих методів діагностики захворювання і виявлення рецидивів, ефективність різних методів лікування і моніторингу, а також про клініко-анамнестичні чинники ризику даної патології.

Усе наведене вище свідчить про актуальність проблеми, що вивчається, а саме клініко-анамнестичні чинники ризику генітального ендометріозу.

**Мета дослідження:** вивчення сучасних клініко-анамнестичних чинників ризику розвитку генітального ендометріозу.

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

Були обстежені 100 хворих із генітальним ендометріозом різної локалізації і ступеня вираженості, які склали основну групу. В більшості випадків діагностували ендометріоз яєчників (39%) і аденоміоз (37%); у 17% – розповсюджений ендометріоз, у 12% – ендометріоз іншої локалізації (шийки матки і ретроцервікальний).

До контрольної групи увійшли 30 жінок 20–40 років, в яких були виключені виявлені гінекологічні і екстрагенітальні захворювання.

При цьому вік хворих коливався від 19 до 56 років, середній показник склав 32,4±3,4 року. 71% хворих були репродуктивного віку (19–35 років), 20% – пізнього репродуктивного (36–45 років) і 9% хворих були старші 45 років.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

З особливостей стану здоров'я батьків жінок з ендометріозом до моменту народження пацієнток виявлена наявність соматичних захворювань (хронічний холецистит, панкреатит і гастрит, ожиріння, артеріальна гіпертензія, хронічний пієлонефрит і ін.) – в 78%; гінекологічної патології (порушення менструального циклу, патологія шийки матки, міома матки, хронічні запальні процеси репродуктивної системи і ін.) – в 82%; шкідливих звичок (куріння, зловживання алкоголем) – в 16%; шкідливих чинників виробництва – у 63% батьків.

На різні ускладнення під час вагітності матері (ранній гестоз, прееклампсія, загроза невиношування і недонашивания), в пологах (аномалії пологової діяльності, маткові кровотечі) і в період новонародженості (респіраторний дистрес-синдром, порушення функції травного тракту) вказували відповідно 45%, 37% і 52% хворих. Штучне або змішане вигодовування відзначили 33% пацієнток. Неодноразові хвороби на першому році життя перенесли 47%, причому гострі респіраторні захворювання більше 2 раз на рік були в 55%.

Хронічні соматичні захворювання виявлені в 98%, а найбільш частими із них були: остеохондроз хребта – у 98%; нейроциркуляторна астенія – у 67%; хронічний тонзиліт – у 43%; дискінезія жовчовивідних шляхів – у 35%; патологія щитоподібної залози – у 33%; дисбактеріоз кишечника – у 29%; хронічні бронхіт, холецистит і гастрит – у 25%, 24% і 23% відповідно; артеріальна гіпертензія – у 23% пацієнток. Перенесені алергічні захворювання і реакції відзначили 22% і гемотрансфузії – 10% пацієнток.

Домогосподарками були 26% пацієнток; робітниками – 14% і службовцями – 60% (причому 28% – медпрацівниками і 14% – педагогами). Шкідливі чинники виробництва були в 75% хворих: постійні нейропсихічні перевантаження (невпевненість в завтрашньому дні, скорочення робочих місць, виробничі стреси, робота з людьми, конфліктні ситуації та ін.) – в 75%; несприятливий мікроклімат (переохолодження, протяги, різкі перепади температур, вогкість, підвищена вологість та ін.) – в 34%; важка фізична праця – в 10%; контакт із шкідливими хімічними речовинами – в 10% і радіація – в 5% відповідно.

При вивченні акушерсько-гінекологічного анамнезу хворих ендометріозом виявлені наступні особливості становлення менструальної функції: раннє менархе (у віці до 10 років) – в 12%; старше 14 років почали менструювати 10%; у більшості (74%) встановлення менструального циклу відбувалося більше 1 року. Середня тривалість менструального циклу (до діагностування ендометріозу) в обстежуваних складала  $26,3 \pm 2,9$  дня, тривалість менструації –  $6,9 \pm 1,8$  дня. Часті (більше 3 раз на рік) і тривалі (понад 3 міс) порушення менструального циклу зафіксовані у 72% пацієнток. Вік початку статевого життя з 18 по 26 років був у 52% пацієнток; молодше 18 років – в 29%; старше 26 років – в 16% і 3% з обстежених жінок відзначили відсутність статевого життя.

При аналізі репродуктивної функції на безпліддя вказали 49%: первинно були безплідні 28%, а в 21% безпліддя розвинулося повторно; у 10% пацієнток вагітностей не було у зв'язку з їх небажанням мати дітей. Серед останніх жінок перша вагітність до 18 років настала в 18%; старше 26 років – в 13%. Лише у 11% пацієнток результатом першої вагітності з'явилися пологи, а в останніх вона закінчилася ме-

дичним абортom (46%) або мимовільним викиднем (5%). Від 5 до 8 вагітностей мали 26%, а більше 8 – 4% обстежених. Патологічно вагітність протікала в 46%: у 28% – з раннім токсикозом; у 16% – з пре еклампсією, у 21% – із загрозою переривання вагітності. В 32% пологів ускладнилися аномаліями пологової діяльності, матковими кровотечами, дистресом плода; в 13% – передчасними пологами. Післяпологові ускладнення виникли в 18%, серед яких найбільш частими були гнійно-септичні захворювання (15%) і маткові кровотечі (5%). На ускладнені медичні аборти вказували 47% обстежуваних: 25% – на кровотечі; 28% – на гнійно-септичні захворювання.

Більшість пацієнток (72%) перенесли запальні гінекологічні захворювання: сальпінгофорити і ендометрити – відповідно 60% і 40%. Наявність різної патології шийки матки відзначили 55%; міоми матки – 58% і доброякісних пухлинних захворювання яєчників – 13% відповідно. На наявність передменструального синдрому вказували 76%, причому в 25% мав місце його важкий перебіг, а у більшості (70% з 76%) лікування було малоєфективним. Контрацепцію не використали 55%, а в останніх 45% переважали гормональні контрацептиви (23%); внутрішньоматкові спіралі (10%) і інші методи (22%): бар'єрні, біологічні календар і сперміциди.

Отже, при аналізі особливостей анамнезу у хворих з ендометріозом в порівнянні з контрольною групою можна виділити наступні групи чинників, що привертають і сприяють виникненню даної патології:

1-а група – гінекологічні захворювання в матері, наявність у батьків соматичної патології та шкідливих чинників виробництва;

2-а група – ускладнення в період вагітності в матері і в пологах, а також в стані новонародженої; штучне або змішане вигодовування;

3-я група – висока захворюваність у всі періоди життя і часті простудні захворювання; екстрагенітальна патологія (остеохондроз хребта, нейроциркуляторна астенія, хронічний тонзиліт, патологія щитоподібної залози і травного тракту);

4-а група – дія професійних шкідливих чинників (постійне нервово-психічне перенапруження, несприятливий мікроклімат на робочому місці);

5-а група – початково несприятливий стан репродуктивної системи до моменту становлення менструальної функції (тривале встановлення менструального циклу); часті і тривалі порушення менструальної функції; тривало існуючий і нелікований передменструальний синдром; часті вагітності і значне переважання медичних абортів над пологами; патологічний перебіг вагітності і пологів; кровотечі і гнійно-септичні ускладнення в післяпологовий і післяабортний періоди; запальні захворювання репродуктивної системи, що протікають хронічно і часто загострюються; патологічні зміни шийки матки; наявність пухлинних захворювань матки і яєчників.

### ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень у пацієнток з ендометріозом різної локалізації виділені основні клініко-анамнестичні чинники ризику, які розділяються на п'ять великих груп. Використання отриманих результатів в практичній охороні здоров'я дозволяє підвищити ефективність ранньої діагностики і прогнозування такої серйозної патології, як генітальний ендометріоз.



### Современные факторы риска генитального эндометриоза Абугали Алаа

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у пациенток с эндометриозом различной локализации выделены основные клинико-анамнестические факторы риска, которые разделяют на пять больших групп. Использование полученных результатов в практическом здравоохранении позволяет повысить эффективность ранней диагностики и прогнозирования такой серьезной патологии, как генитальный эндометриоз.

**Ключевые слова:** эндометриоз, факторы риска.

### The modern risk factors of genital endometriosis. Abugali Alaa

Results of the lead researches testify, that at patients with an endometriosis of various localization the basic are allocated clinical risk factors which are divided on five big groups. Use of the received results in practical public health services allows to raise efficiency of early diagnostics and forecasting of such serious pathology, as genital endometriosis.

**Key words:** an endometriosis, risk factors.

#### 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, 2011. – 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. – 2011. – 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

## Клінічне використання гормональних рилізінг-систем: ускладнення і побічні дії

Н.В. Адамчук

Вінницький національний медичний університет імені Н.І. Пирогова

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

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

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

У 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 (чезшкірний, вагінальний, внутрішньоматковий), що істотно розширило можливості контрацепції [1-4].

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

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

Усе наведене вище є підставою для проведення справжнього дослідження.

**Мета дослідження:** вивчення побічних дій основних ГРС.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

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

Критерії включення в дослідження: соматично і психічно здорові фертильні жінки репродуктивного віку від 18 до 40 років, регулярне статеве життя, бажання використовувати контрацепцію, відсутність прийому гормональних контрацептивів протягом 3 міс до дослідження.

Критерії виключення (ВООЗ, 2008) для призначення гормональних рилізінг-систем: наявність множинних чинників ризику серцево-судинних захворювань, артеріальна гіпертонія (АТ сист.  $>160$ , і АТ діаст.  $>100$ ), тромбоз, тромбоемболічні захворювання, порушення мозкового кровообігу, церебро-васкулярні інсульти, інфаркт міокарду (у анамнезі), хірургічні операції з тривалою іммобілізацією, тромбозні мутації (чинник Y Лейдена, недостатність протеїну S та ін.), захворювання клапанів серця з ускладненнями, мігрень з неврологічною симптоматикою, цукровий діабет з судинними ускладненнями або у поєднанні з іншими судинними захворюваннями або тривалістю більше 20 років, гостре захворювання печінки (гепатит), цироз печінки у стадії декомпенсації, доброякісні або злоякісні пухлини печінки, маткові кровотечі неясної етіології, рак грудної залози, грудне вигодовування до 6 тиж після пологів, вагітність, куріння (15 і більше сигарет у 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 (ІПСШ), туберкульоз внутрішніх статевих органів, кількість статевих партнерів більше одного, природжена аномалія статевих органів (дворога матка, сідловидна матка, однорога матка, перегородка в матці), міома матки (субмукозний вузол або вузол, що деформує порожнину матки), трофобластична хвороба, міхурний змет, хоріокарцинома в анамнезі).

Після скринінгу і оцінювання відповідності критеріям включення-виключення всіх 150 жінок було розподілено на 3 групи. Використовувались парні вибірки. До кожної з груп увійшли по 50 жінок.

Жінки 1 групи використовували вагінальне кільце «Нова Рінг»; 2 групи – нашірний пластир «Евра»; жінкам 3 групи була введена внутрішньоматкова гормональна система «Мірена».

Пацієнтки були обстежені за допомогою комплексу сучасних і інформативних методів дослідження: загальноклінічне, гінекологічне обстеження, обстеження по тестах функціональної діагностики, УЗД органів малого тазу і молочних залоз, визначення показників гемостазу (концентрація фібриногену, протромбінний індекс, тромбоеластограма, індекс тромбодинамічного потенціалу тромбоеластограми, кількість тромбоцитів, агрегаційна активність тромбоцитів, колаген-агрегація, АДФ-агрегація) і ліпідного спектру крові

дослідження бактеріоскопії і культурального вмісту піхви, цитологічне дослідження мазків з шийки матки, розширена кольпоскопія.

Оцінювалися: ефективність і правильність вживання, задоволеність використанням, наявність побічних ефектів і ускладнень. Пацієнтки були детально інформовані про методи контрацепції. Їм були роз'яснені можливості і особливості методу. Усі пацієнтки дали інформовану згоду на участь у дослідженні.

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

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

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

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

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

З анамнезу звертало на себе увагу, що раніше 17,5% жінок приймали з метою контрацепції комбіновані пероральні контрацептиви, 22,0% використовували ВМС, 38,0% – бар'єрні методи контрацепції: хімічні сперміциди (пігулки, креми, гелі), 20,0% – презервативи і 23,5% використовували природні методи контрацепції: «календарний» метод і coitus interruptus.

Результати комплексного обстеження пацієнток дозволили скласти картину соматичного і репродуктивного здоров'я жінок.

Різні екстрагенітальні захворювання раніше перенесли 56,0% пацієнток 1 групи, 54,0% пацієнток 2 групи і 56,0% – відповідно 3 групи. Основними варіантами були: вегето-судинна дистонія, гастрит, піелонефрит, патологія щитоподібної залози, бронхіт та ін.

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

При анкетуванні на симптоми передменструального синдрому (ПМС) скаржилися 24,0% пацієнток 1 групи, 26,0% – 2 групи і 30,0% – 3 групи, причому найбільш частими скаргами були дратівливість, плаксивість, агресивність, погіршення сну, головний біль, запаморочення, нудота, тахікардія, коливання АТ, нагубання молочних залоз, набряки, метеоризм.

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

Скарги на хворобливі менструації (дисменорея) пред'являли 39,5% пацієнток. Середній вік цих пацієнток склав  $20,1 \pm 3,1$  років. Органічні захво-

рювання репродуктивної системи були виключені. Для оцінювання ступеня тяжкості первинної дисменореї використовували загальноприйняті критерії.

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

Результати нашого дослідження продемонстрували високу контрацептивну ефективність вагінального кільця, нашкірного пластиру, ВМС «Мірена». При вживанні кожної з названих рилізінг-систем при спостереженні впродовж від 2 до 5 років у жодної пацієнтки не настала вагітність (Індекс Перля = 0).

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

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

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

Побічні реакції з боку травного тракту (ТТ) при використанні ГРС зустрічалися рідко, що безумовно, пов'язано з непероральними способами ведення контрацептивів. Так, нудота при використанні вагінального кільця і нашкірного пластиру була відмічена лише у 8,0% пацієнток, а при використанні ВМС «Мірена» цього побічного ефекту не спостерігалося, що пов'язане з відсутністю естрогенного компонента в контрацептиві. Масталгія була зареєстрована в 12,0% випадків при використанні естроген-гестагенних рилізінг-систем і 4,0% жінок, що використовують внутрішньоматкову рилізінг-систему, що може свідчити про вплив на тканину грудних залоз як естрогенного, так і гестагенного компонента препаратів. Емоційна лабільність

і зниження лібідо наголошувалися у 4,0% жінок в групі тих, що використовують внутрішньоматкову систему. Вплив гестагенів на настрій підтверджує припущення ряду авторів відносно виникнення дефіциту вітаміну В6 і серотоніна під впливом гестагенного компонента ОК.

## ВИСНОВКИ

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

### Клиническое использование гормональных рилізінг-систем: осложнения и побочные действия.

*Н.В. Адамчук*

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что частота и характер побочных реакций в целом различались по группам и были специфичными для каждой рилізінг-системы. Так, при применении влагалищного кольца наблюдалось усиление влагалищной секреции (14,0%), кожного пластыря – масталгии и кожные реакции в месте аппликации пластыря (14,0%), внутриматочного контрацептива – нарушения менструального цикла в виде межменструальных кровянистых выделений (28,0%). Большинство побочных реакций встречалось в период адаптации (в первые 3-4 мес) применения гормональных рилізінг-систем, при увеличении продолжительности применения их число значительно снижалось. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости проведения дальнейших исследований в этом направлении для оценки неконтрацептивных и лечебных эффектов гормональных рилізінг-систем.

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

### Clinical use of hormonal rilizing-systems: complications and collateral actions

*N. V. Adamchuk*

Results of the spent researches testify, that frequency and character of collateral reactions as a whole differed on groups and they were specific to each rilizing-system. So, at application vaginal rings strengthening vaginal secretions (14,0%), dermal plaster – mastalgia and skin reactions in a place of application of a plaster (14,0%), intrauterine contraceptive – infringements menstrual cycle in a kind between menstrual hemorragia (28,0 %) was observed. The majority of collateral reactions met in adaptation (in the first 3-4 months) applications of hormonal rilizing-systems, at increase in duration of application their number considerably decreased. The received results testify to necessity of carrying out of the further researches in

э that direction for an estimation of not contraceptive and medical effects of hormonal rilizing-systems.

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

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Влияние гормональных контрацептивов на состояние шейки матки / «Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы» / Под ред. В.Н. Прилепской. – М.: Медпрессинформ, 2012 – С. 895-911.
2. Комбинированные оральные контрацептивы / Прилепская В.Н., Назарова Н.М. // Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии // Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Серова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – С. 298-304.
3. Трансдермальная контрацептивная система ЕВРА: новый подход к контрацепции / Прилепская В.Н., Назарова Н.М. // Фарматека, 2011. – № 15. – С. 8-10.
4. Современные методы контрацепции / Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А. // Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. – М.: Литтерра, 2012. – С. 895-911.

УДК:618.31:617-089.844

## Лапароскопический метод лечения женщин с внематочной беременностью и восстановление репродуктивной функции

**С.С. Аникин**

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», г. Симферополь

Всесторонне проанализирован лапароскопический метод хирургического лечения трубной беременности, его влияние на состояние репродуктивного здоровья женщин. Представлен анализ отечественной и мировой литературы по изученной проблеме. Дана характеристика наиболее важным условиям для выполнения консервативных операций по поводу внематочной беременности. Клиническим материалом были 195 женщин с данной патологией, представлены преимущества по использованию метода эндохирургии перед лапаротомным доступом.

**Ключевые слова:** трубная беременность, хирургическое лечение, лапароскопия, репродуктивное здоровье женщин.

Внематочная беременность (ВБ) остается одной из наиболее актуальных проблем современного акушерства и гинекологии. Она представляет серьезную опасность для здоровья и жизни женщины, так как в связи с отсутствием условий для развития она чаще всего прерывается на ранних сроках, сопровождаясь внутрибрюшным кровотечением, и становится причиной «острого живота». При запоздалой диагностике без оказания неотложной помощи внематочная беременность может стать одной из причин материнской смертности. Кроме непосредственной угрозы жизни, эктопическая беременность опасна своими отдаленными последствиями, такими как развитие спаечного процесса органов малого таза, вторичным бесплодием, повторной внематочной беременностью и другими [2, 9].

Благодаря комплексу мероприятий, проводимых в рамках национальной программы «Планирование семьи», наметилась положительная динамика в сфере репродуктивного здоровья. Однако, стойкое сохранение тенденции роста частоты ВБ среди молодых нерожавших женщин с одной стороны, процессы глубокого демографического кризиса в Украине, с другой стороны, требуют усовершенствования, оптимизации и стандартизации помощи пациенткам с эктопической беременностью с целью сохранения и улучшения показателей репродуктивного здоровья.

Несмотря на то, что в современной практике по-прежнему применяется консервативный метод лечения ВБ, в настоящее время общепринятым является хирургическое лечение данной патологии [3, 5]. Оперативная помощь может быть оказана как лапаротомическим, так и лапароскопическим доступом. Выбор доступа зависит от оснащения клиники, соответствующей подготовки и квалификации хирурга, состояния пациентки.

Единственным абсолютным противопоказанием к малоинвазивному доступу является геморрагический шок, требующий быстрого и широкого доступа в брюшную полость. Наложение пневмоперитонеума в таком состоянии лишь усугубит прогноз [1, 8].

«Золотым» стандартом оказания помощи женщинам с ВБ принято считать лапароскопическую хирургию, среди преимуществ которой, в сравнении с лапаротомическим доступом, следует выделить сокращение длительности операции и послеоперационного периода, раннее восстановление работоспособности, уменьшение частоты развития спаечного процесса в послеоперационном периоде, лучший косметический эффект [7]. Использование малоинвазивных технологий позволило разработать и усовершенствовать ряд реконструктивно-пластических операций на маточных трубах, позволяющих восстановить фертильную функцию пациенток. Внедрение в практику малоинвазивных технологий позволило сократить количество операций с лапаротомическим доступом по поводу ВБ до 7–8% в клиниках, оснащенных современным лапароскопическим оборудованием и имеющих подготовленных специалистов [4, 6].

Решение вопроса о проведении радикальной или органосохраняющей операции индивидуально, требует оценки конкретной клинической ситуации. Возможность сохранения маточной трубы определяется характером оперативного доступа, репродуктивными планами пациентки на будущее, морфологическими изменениями стенки трубы [8]. При повторной беременности в ранее оперированной трубе по поводу ВБ или после реконструктивно-пластических операций по поводу трубно-перитонеального бесплодия, локализации плодного яйца в интерстициальном отделе маточной трубы, выраженном спаечном процессе органов малого таза, предпочтение отдается проведению сальпингэктомии [6].

Как при прогрессирующей, так и при прервавшейся трубной беременности (ТБ) возможно выполнение следующих оперативных вмешательств – сальпингоовариоэктомия, сальпингэктомия, выдавливание плодного яйца, сальпинготомия, рассечение маточного угла, сегментарная резекция трубы [2]. Сальпингоовариоэктомия при наличии неизмененного яичника представляет только исторический интерес. В прошлом же при наличии неизмененных придатков матки с противоположной стороны применялся именно этот вид оперативного вмешательства. В настоящее время удаление нормально-го яичника считается неоправданным. Это связано с активным развитием вспомогательных репродуктивных технологий, для которых необходимо максимальное сохранение и восстановление генеративного потенциала. Сальпингэктомия в настоящее время считается методом выбора при лечении ВБ. Наиболее оптимально ее выполнение для лечения прервавшейся ТБ при присоединении массивного кровотечения [5]. При значительных патологических изменениях другой трубы (гидросальпинкс, сактосальпинкс) рекомендуется двухсторонняя сальпингэктомия. Возможность ее выполнения, с целью профилактики повторной ВБ, необходимо заранее обговаривать с пациенткой, и получить согласие на указанный объем оперативного вмешательства.

Развитие и улучшение методов диагностики, а также стандартизация и внедрение общеобязательных алгоритмов ведения пациенток с ВБ, позволили увеличить число диагностируемых прогрессирующих ВБ. При обнаружении у больной прогрессирующей ТБ возможно применение более щадящих методов лечения, чем при прервавшейся. Выдавливание плодного яйца («milking») возможно у больной с прогрессирующей ТБ при локализации плодного яйца в ампулярном или фимбриальном отделе маточной

трубы [4]. Недостатком этого метода считается высокая вероятность повторного возникновения ТБ. Альтернативным методом является проведение продольной сальпинготомии. После удаления плодного яйца разрез обычно не ушивают. Если ворсины хориона не прорастают в мышечную оболочку трубы можно ограничиваться ее выскабливанием [7]. Рассечение маточного угла производят при локализации плодного яйца в интерстициальном отделе [2]. При сегментарной резекции маточной трубы удаляют сегмент, несущий плодное яйцо, после чего выполняют анастомоз двух концов трубы. При невозможности выполнения сальпинго-сальпингоанастомоза возможна перевязка обоих концов с наложением анастомоза позднее [3].

Кроме оперативного вмешательства по поводу ВБ, при наличии сопутствующей патологии органов малого таза, рекомендована симультанная ее коррекция – сальпингоовариолизис, коагуляция очагов эндометриоза, удаление кист яичников [5].

При проведении консервативно-пластических операций следует опасаться возможных осложнений: трансплантации частей хориона, оставшихся после его неполного удаления, в сальник и органы брюшной полости, что может привести к возникновению в последующем хорионэпителиомы. В связи с этим после органосохраняющих операций по поводу ВБ необходимо проводить контроль на присутствие пролиферирующего трофобласта. С этой целью рекомендовано определение ХГ в крови каждые 48 ч в динамике, начиная с 3-го дня после операции, до снижения его уровня ниже 10 мМЕ/мл. Если концентрация ХГ в крови через 2 дня после операции снижается в 2 раза и более по сравнению с дооперационной, то лечение можно считать успешным. Двухдневный показатель ХГ, превышающий 50% начального, либо стабильная концентрация ХГ без снижения является основанием для назначения цитостатика метотрексата по схеме 1 мг/кг массы тела, блокирующего пролиферацию клеточных элементов. В некоторых случаях требуется повторное введение препарата в той же дозе. Для более полного контроля необходимо сочетать динамический мониторинг ХГ в крови с эхографией органов малого таза и цветовым доплеровским картированием, позволяющего объективно оценить полноценность элиминации хориона. Неэффективность лечения является показанием к радикальной операции [1, 2]. После органосохраняющих операций, в том числе при единственной маточной трубе, риск повторной эктопической беременности существенно повышается. Однако частота маточной беременности после консервативно-пластических операций выше, чем в результате использования вспомогательных репродуктивных технологий [8].

Высокая вероятность повторной эктопической nidации плодного яйца после консервативных операций по поводу ТБ диктует необходимость совершенствования методов органосберегающего лечения и послеоперационной реабилитации, отсроченного исследования состояния труб после органосохраняющего лечения для выделения группы больных высокого риска возникновения повторной ВБ. Последовательное использование хирургических методов и вспомогательных репродуктивных технологий в несколько раз увеличивает частоту восстановления фертильности [9].

**Цель исследования:** сравнение преимуществ и недостатков лапароскопического и лапаротомического доступов при ТБ.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведен анализ 195 случаев у пациенток, прооперированных по поводу ВБ. У 165 женщин была использована эндоскопическая хирургия – 1-я группа, у 30 пациен-

ток был применен лапаротомный доступ – 2-я группа. Обе группы были репрезентативными по возрасту, росту-весовым показателям, социальному статусу; с одинаковой частотой указывали на перенесенную экстрагенитальную и гинекологическую патологию; были преимущественно жителями города, в основном домохозяйки; в большинстве случаев находились в официально зарегистрированном браке.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средняя продолжительность операции при использовании малоинвазивных технологий составила 31,7 мин, при лапаротомическом доступе – 41,2 мин. Средняя продолжительность пребывания в стационаре после операции в 1-й группе составила 1,88 койко/дней, при этом в 29,52% случаев нахождение в клинике ограничилось 1 койко/днем, в 58,1% – 2 койко/дня, в 7,62% – 3 койко/дня, в 4,76% – 4 койко/дня. Средняя продолжительность пребывания в стационаре после операции во второй группе составила 6,53 койко/дня, при этом в 16,67% случаев нахождение в отделении продолжалось 9 койко/дней, в 30,01% – 7 койко/дней, в 40,00% – 6 койко/дней, в 13,33% – 4 койко/дня. Таким образом, среднее количество дней нахождения в стационаре при лапаротомном доступе оказалось в 3,5 раза продолжительнее группы лапароскопической хирургии.

Хирургическое лечение при прогрессирующей ВБ проводилось у 43,2% 1-й группы и у 39,4% – 2-й второй. Прервавшаяся ВБ составила 56,8% и 60,6%, соответственно. По локализации плодного яйца в маточной трубе группы распределились следующим образом: ампулярный отдел – 78,1% и 73,33%, истмический – 16,19% и 20%, фимбриальный – 5,71% и 6,67%, соответственно. Выполнение радикальной операции в 1-й группе составило 54,3%, во 2-й – 90%. Выполнение органосохраняющего хирургического вмешательства оказалось возможным в 45,71% случаев при использовании эндоскопических методов, и лишь в 10% при лапаротомном доступе. Среди консервативных видов оперативного лечения основную долю составили операции сальпинготомии, эвакуации плодного яйца выдавливанием и аспирации плодного яйца при его расположении в фимбриальном отделе маточной трубы. Также следует отметить, что при применении лапароскопической хирургии оказалось возможным в 41% случаев провести коррекцию сопутствующей патологии органов малого таза: адгезиозис, сальпингоовариолизис, консервативная миомэктомия, цистэктомия, вапоризация и иссечение очагов эндометриоза. Во 2-й группе симультанное проведение лечения сопутствующей патологии органов малого таза было проведено всего у 13,33% пациенток.

Также в ходе исследования разработана шкала предоперационного прогнозирования объема оперативного лечения при трубной беременности (таблица).

### ВЫВОДЫ

Наши исследования полностью подтвердили то, что:

1. Неоспоримым преимуществом является использование малоинвазивных технологий в лечении внематочной беременности при условии адекватного оснащения клиники соответствующим оборудованием и высокой квалификационной подготовке специалистов.

2. Средняя продолжительность операции методом видеолапароскопии более чем на 20% короче в сравнении с лапаротомическим методом; средняя продолжитель-

### Предоперационное прогнозирование объема оперативного лечения при трубной беременности

Факторы риска	Оценка в баллах
Возраст матери	
< 20 лет	1
20-35 лет	2
> 35 лет	3
Срок гестации	
< 4 нед.	1
4-8 нед.	2
> 8 нед.	3
ВЗОМТ в анамнезе	
амбулаторное лечение	1
стационарное лечение	2
Оперативные вмешательства на ОМТ в анамнезе	
хирургическая патология	1
операции на яичниках	2
операции на маточных трубах	3
Повторная трубная беременность	3
Локализация плодного яйца (по данным УЗИ)	
ампулярный отдел	1
истмический отдел	2
интерстициальный отдел	3
УЗ-признаки спаечного процесса	2
Гематосальпинкс	2
Гемоперитонеум	2
ЗППП в анамнезе	1

При сумме баллов ≤ 5 риск радикальной операции низкий; 6–10 баллов – средний; ≥ 11 баллов – высокий.

ность пребывания в стационаре после операций в 3,5 раза меньше; возможность сохранения маточной трубы в 4,6 раза выше; одновременное лечение сопутствующей патологии органов малого таза осуществляется в 3,1 раза чаще, чем при лапаротомических операциях.

Дальнейшие исследования необходимо сосредоточить на разработке и усовершенствовании реконструктивно-пластических операций на маточных трубах; профилактике, выявлении и лечении спаечного процесса после операций; восстановлении репродуктивного здоровья.

### Лапароскопічний метод лікування жінок з позаматковою вагітністю та відновлення репродуктивної функції

**С.С. Анікін**

Всебічно проаналізований лапароскопічний метод хірургічного лікування трубної вагітності, його вплив на стан репродуктивного здоров'я жінок. Представлений аналіз вітчизняної і світової літератури з вивченої проблеми. Дана характеристика найбільш важливим умовам для виконання консервативних операцій з приводу позаматкової вагітності. Клінічним матеріалом були 195 жінок з даною патологією, представлені переваги щодо використання методу ендохірургії перед лапаротомним доступом.

**Ключові слова:** *трубна вагітність, хірургічне лікування, лапароскопія, репродуктивне здоров'я жінок.*

### The endosurgical treatment of ectopic pregnancy and fertility rehabilitation

**S.S. Anikin**

Comprehensively analyzed endosurgical method of treatment of ectopic pregnancy, its influence on the state of reproductive health of women. The analysis of native and world literature is presented on studied issue. An estimation is given to the most meaningful factors, which allow to provide conservative surgical therapy to patients with ectopic pregnancy. A statistical analysis of 195 cases with this pathology is presented, were made conclusions about the benefits of using laparoscopic technique instead of large open abdominal incision.

**Key words:** *tubal pregnancy, surgery, laparoscopy, women's reproductive health.*

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Беньюк В.А. Ведение послеоперационного периода после лапароскопических операций по поводу прогрессирующей внематочной беременности / В.А. Беньюк, И.А. Усевич, Т.Р. Никонок // *Здоровье женщины.* – 2009. – № 3 (39). – С. 40–42.
2. Волосовський П.Р. Фактори ризику ектопічної вагітності/ П.Р. Волосовський // *Педіатрія, акушерство та гінекологія.* – 2009. – Т. 71, № 3. – С. 70–72.
3. Гуриев Т.Д. Внематочная беременность: этиология, патогенез, диагностика, лечение, классификация: учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей/ Т. Д. Гуриев, И.С. Сидорова. – М.: Практическая медицина, 2007. – 94 с.
4. Каушанская Л.В. Особенности клинического течения внематочной беременности/ Л.В. Каушанская // *Российский вестник акушера-гинеколога.* – 2008. – Т. 8, № 4. – С. 59–61.
5. Мартинова Л.І. Клініко-діагностичні аспекти позаматкової вагітності // *Педіатрія, акушерство та гінекологія.* – 2002. – № 1. – С. 52–54.
6. Мартинова Л.І. Сучасні методи діагностики ектопічної вагітності // *Педіатрія, акушерство та гінекологія.* – 2003. – № 1. – С. 86–88.
7. Современные аспекты внематочной беременности/ А.Н. Рыбалка, Ю.К. Памфамиров, В.А. Заболотнов и др. // *Здоровье женщины.* – 2009. – № 3 (39). – С. 21–26.
8. Cracia C., Barnhart K. Diagnosing ectopic pregnancy: decision analysis comparing six strategies // *Obstet. Gynecol.* – 2001. – V. 97, № 3. – P. 464–470.
9. Kaplan B.C., Dart Robert G., Moskos M. Ectopic pregnancy: Prospective study with improved diagnostic accuracy // *Ann. Emergency med.* – 1999. – Vol. 28, № 1. – P. 10–17.

УДК 618.17-06:618.39

## Обтяжений репродуктивний анамнез у жінок, що перенесли різні методи переривання вагітності в I триместрі

**С.М. Бакшеев**

Національна медична академія післядипломного утворення 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].

Якщо врахувати, що велика частина вагітностей, що настали щорік, закінчується штучними абортами [1, 2], що половина всіх переривань вагітності доводиться на жінок в оптимальному репродуктивному віці – 20–29 років [1, 2] і більше 50% абортів спричиняють за собою ранні або пізні ускладнення, то має місце реальна загроза втрати здоров'я майбутнього населення країни.

В той же час, 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. При цьому 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 жінок з АА в анамнезі показало, що всі жінки у минулому мали артіфіційне 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% пацієнток. Подібне співвідношення пологів і абортів було типовим для всіх жінок, що вивчали.

При аналізі анамнезу вдалося встановити частоту екстрагенітальної патології, на тлі якої проводився АА. Так, захворювання верхніх відділів респіраторного тракту відмічені в 53,5%, хронічний пієлонефрит – у 29,6%, патологія органів травлення – у 12,3%, хронічний бронхіт – у 10,9% пацієнток.

При аналізі ускладнень після АА була встановлена їх сумарна частота, що дорівнює 25,1%, з них ранніх було 4,5%. Частота ранніх ускладнень після хірургічного аборту представлена на мал. 1.

Серед ранніх ускладнень слід виділити ЗЧПЯ (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 випадків після переривання вагітності методом ВА встановлено, до справжнього аборту, 1 аборт в анамнезі мали 26,3% пацієнток, до 3 – 29,9% і більше 3 – 8,7% жінок.

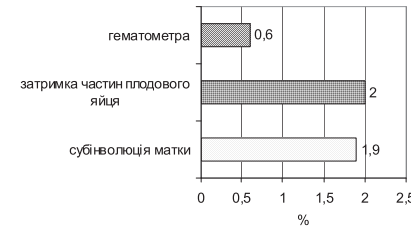
Аналіз історій показав, що ускладнення після ВА спостерігалися у 6,4% жінок, з них ранні – в 3,0% (мал. 3).

З даних мал. 3 виходить, 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.

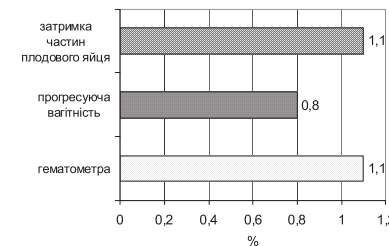
Пізні ускладнення після вакуум-аспірації (ВА) були відзначені у 3,3% жінок, з них запальні процеси матки і придатків – в 2,4%, поліпи ендометрія, що зажадали вискоблювання порожнини матки, – в 0,5%, порушення менструального циклу у вигляді ациклічних кров'яних виділень спостерігалось у 0,3% пацієнток (мал. 4).

Порівняльний аналіз 305 амбулаторних карт вагітних жінок, що перервали вагітність міфепрестонем і мізопростолом 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 відмічені у 19,6% пацієнток (мал. 5).

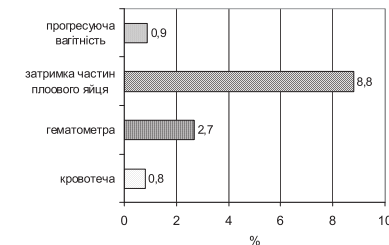
Ранні ускладнення склали 13,3%. У групі МА найчастіше зустрічалася ЗЧПЯ – 8,8% випадок. Детальний аналіз випадків ЗЧПЯ показав, що з 27 жінок з цим ускладненням, в 49,2% це було перше переривання вагітності, 35,8% пацієнток вже мали досвід переривання вагітності, найчастіше, шляхом ВА або МА і лише 14,9% – хірургічним шляхом. Вагітність прогресувала у 0,9% жінок, що зажадало її переривання шляхом ВА. Окрім гематометра була виявлена в 2,7%, причому кровотеча, що зажадала госпіталізації мало місце в 0,6%



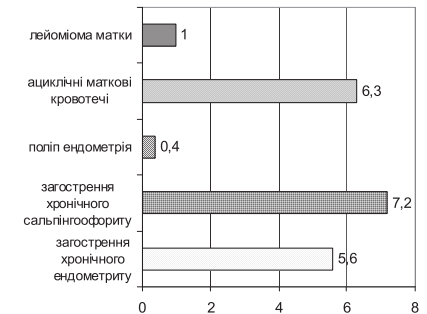
**Мал. 1. Характер ранніх ускладнень після переривання вагітності (n=523)**



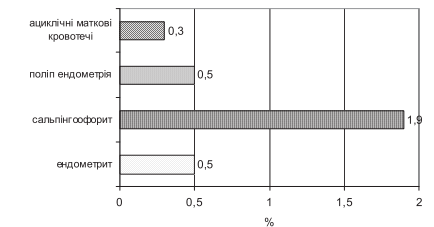
**Мал. 3. Характер і частота ранніх ускладнень після переривання вагітності вакуум-аспірацією (n=723)**



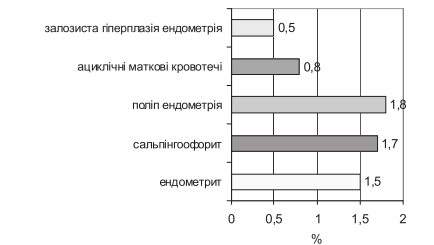
**Мал. 5. Характер і частота ранніх ускладнень після медикаментозного аборту (n=305)**



**Мал. 2. Характер пізніх ускладнень після переривання вагітності хірургічним шляхом (n=523)**



**Мал. 4. Характер і частота пізніх ускладнень після переривання вагітності вакуум-аспірацією (n=723)**



**Мал. 6. Характер і частота пізніх ускладнень після медикаментозного аборту (n=305)**



випадків. Серед жінок, лише з МА в анамнезі, частота ранніх ускладнень складала 4,5%, які були представлені прогресом вагітності у 1,4% і ЗЧПЯ – у 3,1%.

Пізнні ускладнення після МА встановлені у 6,3% пацієнток. Запальні процеси матки і придатків виявлені у 3,2% жінок, порушення менструального циклу, у вигляді АМК в 0,8%, залозиста гіперплазія ендометрія – в 0,5% (мал. 6).

У жінок виключно з МА пізнні ускладнення склали 3,6%, у 46,2% з них – поліпи ендометрія, у 30,8% – сальпінгофорити і в 23,0% – ендометрит.

Порівнюючи частоту ранніх і пізніх ускладнень після різних видів абортів можна укласти, що кожен вид аборту має свої особливості.

Так, по сумарній частоті ускладнень лідирувала 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 – чим 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 розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

### Отягощенный репродуктивный анамнез у женщин, перенесших различные методы прерывания беременности в I триместре 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 планирования беременности. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** прерывание беременности, осложнения.

### Burdened reproductive anamnesis at women who have transferred various methods of interruption of pregnancy in the first trimester 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 618.15-008.6-022.7:616.993.1:576.893.161.21

## Вплив специфічної інфекції на стан мікробіоценозу статевих шляхів у жінок репродуктивного віку

Г.А. Барановська

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

Результати проведених досліджень свідчать, що гостра трихомонадна інвазія є чинником розбалансування всіх ланок мікроекосистеми піхви, що призводить до формування умов для розвитку трихомонадного дисбактеріозу піхви. При трихомонадному дисбактеріозі піхви достовірні зміни відбуваються у функціональній активності епітелію, біохімічному складі вагінальної рідини, мікробіологічному співтоваристві піхви. Достовірно значимі зміни у складі вагінальної рідини визначені у вмісті сечовини, загального білка, заліза і міді, активності ферментів, рівні рН вагінальної рідини і вираженості амінового тесту. Гостра трихомонадна інвазія призводить до порушень чинників неспецифічної резистентності мікроекосистеми піхви. Збереження концентрації sIgA на рівні значень норми є прогностично сприятливою ознакою в плані нормоценозу вагінальної мікроекосистеми. Отримані результати необхідно використовувати для ефективної діагностики і лікування трихомонадного дисбактеріозу піхви.

**Ключові слова:** мікробіоценоз статевих шляхів, специфічна інфекція, репродуктивний вік.

Останніми роками трихомоніаз упевнено займає провідне місце в структурі інфекцій, що передаються статевим шляхом (ППСМ) і уражає в основному соціально активну групу населення [1–3]. Важливість проблеми визначається не лише небезпекою для здоров'я і епідеміологічною значущістю, але й важкими ускладненнями, що виражаються чоловічим і жіночим безпліддям, патологією вагітності і пологів, народженням неповноцінного потомства, виникненням психічної і сексуальної дисгармонії в сім'ї [4–6].

Подібна динаміка визначається наявністю низки причин. Завдяки недостатньо ефективним схемам антипротозойної терапії і біологічним особливостям трихомонад формуються стійкі до етіотропних препаратів штами мікроорганізмів. Цей феномен багато в чому визначає розвиток хронічних форм захворювання, труднощів у діагностиці і лікуванні трихомоніазу, а також стійких порушень біоценозу піхви [3, 4]. Негативні результати терапії в плані збереження синдрому патологічних білей багато в чому визначаються рутинністю терапевтичних схем, традиційно орієнтованих, в основному, на антипротозойний компонент, без урахування інших аспектів взаємин мікро- і макроорганізму.

Важливою стороною терапевтичної стратегії при трихомонадній інвазії є питання відновлення нормального стану мікроекосистеми піхви після санації від збудника. Відомо, що до 84% жінок, які перенесли гостру форму трихомоніазу в подальшому приречені на розвиток стійкого дисбіотичного стану мікроекосистеми піхви, що багато в чому нагадує бактеріальний вагіноз (БВ) [1, 5]. Трихомонадний дисбактеріоз піхви (ТДП), БВ і хронічний трихомоніаз мають багато схожих симптомів. Ймовірно, з цієї причини наявність в анамнезі трихомоніазу часто мотивує лікаря на постановку відповідного діагнозу, що є причиною гіпердіагностики і не-обгрунтованого призначення антипротозойних лікарських схем.

Завдяки наявності в асоційованій з трихомонадним дисбактеріозом піхви анаеробної мікрофлори перехресної чутливості до препаратів 5-нітроїмідазолового ряду досягається короткостроковий позитивний ефект від терапії, що проводиться. Проте, подальше відновлення синдрому патологічних білей часто призводить до помилок в діагностиці і лікуванні. Подібні порушення часто є причиною формування важковирішуваних родинно-побутових проблем. Саме по цьому визначення закономірностей розвитку ТДП представляє важливість не лише для медичної науки, але і для всього суспільства.

**Мета дослідження:** визначення лабораторних і клінічних особливостей розвитку трихомонадного дисбактеріозу піхви.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети під нашим спостереженням перебували 94 невагітних жінок у віці від 17 до 39 років (середній вік  $27,04 \pm 0,76$  року), які проходили курс обстеження і лікування з приводу гострого урогенітального трихомоніазу. Контрольну групу (перша група) склали 95 здорових невагітних жінок репродуктивного віку. У другу групу (52 жінки) були включені пацієнтки, хворі на гострий трихомоніаз. 42 пацієнткам після проведеного курсу антипротозойної терапії було проведено обстеження з метою визначення закономірностей формування трихомонадного дисбактеріозу піхви (третя група). На момент обстеження пацієнтки першої групи скарг на стан здоров'я не пред'являли.

Усім пацієнткам було проведено бактеріологічне обстеження жіночої статевої сфери з метою виявлення збудників сексуально-трансмісійних захворювань і оцінки біоценозу піхви.

Усі дослідження, що проводяться, були розподілені на клінічні і лабораторні. Клінічні дослідження включали загальногінекологічний комплекс, що проводиться під час прийому і консультування пацієнток.

Усі дослідження були об'єднані в клінічний і лабораторний комплекси. У клінічний комплекс були включені: гінекологічне обстеження; визначення рН вагінальної рідини; аміновий тест (реакція з гідроокисом калія); узяття матеріалу для лабораторних досліджень і визначення ефективності терапевтичних схем.

У лабораторний комплекс ми включили визначення у вагінальній рідині здорових невагітних жінок репродуктивного віку і при БВ визначення наступних показників:

- концентрація загального білка, сечовини, глюкози, холестерину, триглицеридов;

- активності ферментів: аспаргатамінотрансферази, аланінамінотрансферази (амілази, лактатдегідрогенази, креатинфосфокінази, лужної фосфатази;
- уміст іонів заліза, міді, магнію, цинку, кальцію, фосфору;
- дослідження чинників неспецифічної резистентності: вміст секреторного імунoglobуліну А, і перекису водню.

Мікробіологічні дослідження включали вивчення кількісного і видового складу мікрофлори піхви, ПЛР діагностика хламідійної, уреоплазменної, мікоплазменної інфекцій, трихомоніази. Проводили світлову мікроскопію нативних і фіксованих вагінальних мазків, а також посіви трихомонад на живильні середовища з визначенням чутливості до антипротозойних препаратів і їх комбінацій.

Досліджували показники стану епітелію піхви: визначення життєздатності епітеліальних клітин, вміст в них глікогену, а також вираженість вакуолізації цитоплазми і цитолізу при мікроскопії мазків.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Не дивлячись на чималу кількість досліджень направлених на визначення біології трихомонад, з'ясування мікробіологічних особливостей функціонування екосистеми піхви, дані про біохімічний склад вагінальної рідини і функціональної активності епітелію піхви при трихомоніазі нечисленні. До теперішнього часу немає єдиної думки про зміни в мікроекосистемі піхви і особливостях відновлення порушених параметрів в період трихомонадної реконвалесценції. Немає загальноприйнятої стратегії в плані проведення реабілітаційних заходів, направлених на профілактику і лікування трихомонадного дисбактеріозу піхви. У цьому відношенні отримані результати є пріоритетними.

При мікроскопії нативних препаратів у всіх обстежених жінок другої групи були виявлені характерні рухливі форми трихомонад. На підставі цього і характерного симптомокомплексу вульвовагініту був визначений діагноз – гострий трихомоніаз.

У результаті життєдіяльності трихомонади, забезпечуючи свої метаболічні потреби, істотно модифікують місце існування.

Саме на визначення вираженості цих змін були направлені наші дослідження.

Результати оцінювання характеристики вагінальних виділень при гострій трихомонадній інвазії і при ТДП свідчать, що на тлі збільшення кількості вагінальних виділень відбувається зміна їх загальних характеристик. Пацієнтки відзначали пінявість і характерний неприємний гнильний запах, забарвлених в жовтий колір виділень. У період реконвалесценції виділення набували рідкої, водянистої консистенції, з характерним неприємним запахом гниючої риби. На відміну від гострої форми захворювання лише в одному випадку (2,4%) виділення були пінявими, а забарвлення змінювало колір у 9 (21,4%) реконвалесценток.

При гострому трихомоніазі білі, як правило, піняві, гомогенні, з жовтуватим відтінком. Враховуючи, що при цьому захворюванні характерною є запальна реакція з боку слизової оболонки піхви на патогенний мікроорганізм, очевидна причина збільшення кількості виділень. При мікроскопії мазка в період реконвалесценції вираженість запальної реакції була мінімальною у 8 пацієнток (19%) або відсутня зовсім. Мікробіоценоз був представлений грампозитивними паличками, а

також кокко-бацилярною мікрофлорою з характерним переважанням відповідно типу мазка.

Не дивлячись на проведені ефективне протипротозойне лікування і ерадикацію збудника, об'єм вагінальних виділень зберігався підвищеним. Вони були рідкими, гомогенними, забарвленими в білий колір. При мікроскопії мазка і посівах визначалася мікробіологічна картина, відповідна БВ, а саме наявність ключових клітин, гіперколонізація піхви поліморфною мікрофлорою і зниження титру ацидофільних лактобактерій.

Кінетична, фагоцитарна і цитотоксична активність трихомонад, зміна мікробіологічного статусу вагінального середовища призводять до відповідних змін в інших складових мікроекосистемі піхви, а саме у функціональній активності епітелію, біохімічному складі вагінальної рідини, вираженості чинників неспецифічної резистентності піхви.

При цитологічному дослідженні параметрів, що характеризують стан клітин епітелію піхви, встановлено, що ознаки цитолізу і вакуолізації цитоплазми, характерні для гострого трихомоніази, зберігалися і в період реконвалесценції біліше, ніж у 80% пацієнток. Відсоток позитивних для глікогену клітин і середній вміст глікогену також свідчив про те, що мають місце істотні зміни у функціональній активності епітелію піхви.

Пов'язаною зі станом епітелію ланкою мікроекосистеми піхви є власне біохімічний склад вагінальної рідини. В результаті проведених досліджень встановлено, що при гострому трихомоніазі є достовірні зміни в біохімічному складі і активності ферментів вагінальної рідини.

Ці зміни настільки істотні, що навіть після ефективної антипротозойної терапії і ерадикації збудника не відбувається повного відновлення параметрів до значень близьких до нормальних. Навпаки, створюються умови для формування трихомонадного дисбактеріозу з відповідним симптомокомплексом. Найбільш істотні зміни спостерігаються в рівні сечовини, загального білка, глюкози, заліза, міді і кальцію, а також активності таких ферментів як АлАт, АсАт, амілази, креатинкінази, лактатдегідрогенази. Підвищення активності внутрішньоклітинних ферментів у вагінальній рідині свідчить про інтенсифікацію цитолітичних процесів.

Проведено вивчення чинників неспецифічної резистентності у вагінальній рідині (ВР) при гострому трихомоніазі та в період реконвалесценції.

Відомо, що перекису водню, що продукується відповідними штамми лактобактерій, є одним з основних чинників бактерицидності і вірицидності ВР, і багато в чому визначає стабільність мікроекосистеми піхви. Іншим чинником стабільності є рівень секреторного імунoglobуліну А.

Згідно з отриманими даними, при гострій трихомонадній інвазії має місце недостовірні тенденція до зниження концентрації перекису водню. У період реконвалесценції подібні зміни прогресують і стають достовірно значимими.

Ймовірно, подібна динаміка визначається формуванням таких змін в мікроекосистемі піхви, які істотно порушують активність колонізації ацидофільних лактобактерій, що продукують перекису водню.

Іншим чинником антимікробного захисту є продукований плазматичними клітинами епітелію піхви секреторний імунoglobулін А.

З отриманих даних виходить, що у ВР і при гострому трихомоніазі, і в періоді реконвалесценції рівень даного показника достовірно понижений. Подібна динаміка може бути пов'язана з тим, що в результаті дезінтеграційної, фагоцитарної і цитотоксичної активності трихомонад відбувається порушення функціональної активності клітин епітелію, у тому числі і тих, що продукують секреторний імуноглобулін А.

У 10 з 12 пацієнток, в яких в періоді реконвалесценції не розвинувся дисбактеріоз піхви, значення даного показника були досить високими. Отже, рівень секреторного імуноглобуліну А у ВР може розглядатися як прогностичний показник розвитку трихомонадного дисбактеріозу піхви.

### ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що гостра трихомонадна інвазія є чинником розбалансування всіх ланок мікроекосистеми піхви, що призводить до формування умов для розвитку трихомонадного дисбактеріозу піхви. При трихомонадному дисбактеріозі піхви достовірні зміни відбуваються у функціональній активності епітелію, біохімічному складі вагінальної рідини, мікробіологічному співтоваристві піхви. Достовірно значимі зміни у складі вагінальної рідини визначені у вмісті сечовини, загального білка, заліза і міді, активності ферментів, рівні рН вагінальної рідини і вираженості амінового тесту. Гостра трихомонадна інвазія призводить до порушень чинників неспецифічної резистентності мікроекосистеми піхви. Збереження концентрації sIgA на рівні значень норми є прогностично сприятливою ознакою в плані нормоценозу вагінальної мікроекосистеми. Отримані результати необхідно використовувати для ефективної діагностики і лікування трихомонадного дисбактеріозу піхви.

### Влияние специфической инфекции на состояние микробиоценоза половых путей у женщин репродуктивного возраста Г.А. Барановская

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что острая трихомонадная инвазия является фактором разбалансировки всех звеньев микроэкосистемы влагалища, что приводит к формированию условий для развития трихомонадного дисбактериоза влагалища. При трихомонадном дисбактериозе влагалища достоверные изменения происходят в функциональной активности эпителия, биохимическом составе влагалищной жидкости, микробиологическом сообществе влагалища. Достоверно значимые изменения в составе влагалищной жидкости определены в содержании мочевины, общего белка, железа и меди, активности ферментов, уровне рН влагалищной жидкости и выраженности аминового теста. Острая трихомонадная инвазия приводит к нарушениям факторов неспецифической резистентности микроэкосистемы влагалища. Сохранение концентрации sIgA на уровне значений нормы является прогностически благоприятным признаком в плане нормоценоза влагалищной микроэкосистемы. Полученные результаты необходимо использовать для эффективной диагностики и лечения трихомонадного дисбактериоза влагалища.

**Ключевые слова:** микробиоценоз половых путей, специфическая инфекция, репродуктивный возраст.

### Influence of specific infection on condition of microbiozenose of sexual ways at women of reproductive age G.A. Baranovsky

Results of the spent researches testify that sharp trihomonade invasion is the factor of disbalance of all links of a microecosystem of a vagina that leads to formation of conditions for development trihomonade vaginal dysbacteriosis. At trihomonade vaginal dysbacteriosis authentic changes occur in functional activity of epithelium, biochemical structure vaginal liquids, microbiological community of a vagina. Authentically significant changes in structure vaginal liquids are defined in the maintenance of urea, the general fiber, iron and copper, activity of enzymes, level pH vaginal liquids and expressiveness of aminove test. Sharp trihomonade invasion leads to infringements of factors of nonspecific resistance of a microecosystem of a vagina. Concentration preservation sIgA at level of values of norm is forecasting favorable sign in the plan normocenose of vaginal microecosystems. The received results are necessary for using for effective diagnostics and treatment trihomonade vaginal dysbacteriosis.

**Key words:** microbiozenose of sexual ways, specific infection, reproductive age.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Базолина Е.А., Молчанов О.Л., Носкова А.В. Микотические осложнения при лечении трихомониазу // Успехи медицинской микологии. – 2006. – Т. 8. – С. 250.
2. Молчанов О.Л., Базолина Е.А., Носкова А.В. Биохимический мониторинг посттрихомонадного дисбактериоза влагалища // Актуальные вопросы патологии репродуктивной функции: Материалы научно-практической конференции 20 октября 2006 г. – СПб.: ВМедА, 2006. – С. 52–53.
3. Олина А.А. Эпидемиологические и микробиологические аспекты неспецифических инфекционных заболеваний влагалища / А.А. Олина // Уральский медицинский журнал. Гигиена и эпидемиология. – 2008. – №8 (48). – С. 160–163.
4. Падруль М.М. Состояние микроэкологии влагалищного биотопа при бактериальном вагинозе // Бюллетень ВСЦН СО РАМН. – 2002. – Т. 1, № 4. – С. 119–121.
5. Теличко И.Н., Иванов А.М., Раздольская Н.В., Раводин Р.А., Базолина Е.А. Перспективы серологической диагностики трихомониазу. // Медицинская иммунология. – 2007. – Т. 9, № 2–3. – С. 249–250.
6. Ширева Ю.В. Аэробный вагинит – реальная угроза сохранению репродуктивного здоровья // Здоровье и образование ребенка: материалы I Всерос. науч.-практ. конф. – Пермь, 2002. – С. 428–430.

## Зміни біоценозу піхви у багатонароджуючих жінок з порушеннями менструальної функції і запальними захворюваннями статевих органів

О.О. Бунятова

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

Результати проведених досліджень свідчать, що порушення менструальної функції і запальні захворювання внутрішніх статевих органів протікають на фоні дисбіотичних станів, що характеризуються дефіцитом лактофлори і наявністю умовно-патогенних мікроорганізмів з персистентним потенціалом і високою колонізуючою здатністю. Отримані результати необхідно враховувати при роботі комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** мікрофлора, порушення менструальної функції, запальні захворювання.

Нормальна мікрофлора репродуктивного тракту жінок є показником здоров'я цієї екологічної ніші і відіграє велику роль в підтримці нормального мікроекологічного статусу будучи бактеріальною складовою резистентності колонізації [1–4].

При зміні фізіологічного стану жінки (пубертатний період, менструальний цикл, вагітність, клімактеричний період), що характеризується зрушенням балансу статевих гормонів, відбувається якісна і кількісна зміна мікрофлори статевих шляхів [3]. Це призводить до ризику виникнення запальних захворювань з подальшим розвитком жіночого безпліддя, особливо у багатонароджуючих жінок [4].

У зв'язку з цим особливого значення набувають питання діагностики і корекції генітального дисбіозу, які до теперішнього часу остаточно не вирішені і пов'язані з проблемою вибору критеріїв оцінки стану мікробіоценозу репродуктивної системи [1–4].

**Мета дослідження:** визначення біологічної ролі чинників персистенції при дисбіотичних станах жіночого репродуктивного тракту у багатонароджуючих жінок з порушеннями менструальної функції і запальними захворюваннями статевих органів.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

При проведенні досліджень було вивчено 648 штамів мікроорганізмів, виділених від 32 здорових багатонароджуючих жінок і 28 – багатонароджуючих жінок з порушеннями менструальної функції і запальними захворюваннями статевих органів.

Виділення і ідентифікацію мікроорганізмів проводили по загальноприйнятій методиці

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При вивченні мікрофлори біотопів репродуктивного тракту здорових жінок було визначено, що значення показника мікробного обсіменіння (ПМО) найбільшими були в лактобацил і стрептококів, виділених з піхви і каналу шийки матки і склали близько 5,0 lg КУО/мл. Інтенсивність обсіменіння біотопів репродуктивної системи іншими видами мікроорганізмів була менше і її значення коливалися в межах 3,0–4,0 lg КУО/мл. Частота виділення лактобацил з піхви і каналу шийки матки складала 100% і 78,1% відповідно.

При вивченні мікрофлори біотопів репродуктивного тракту багатонароджуючих жінок з порушеннями менструальної функції і запальними захворюваннями статевих органів відзначена низька частота виділення лактобацил з піхви (71,4%) і каналу шийки матки (21,4%), тоді як частота виділення умовно-патогенних мікроорганізмів (наприклад, стафілококів) переважала (89,3% і 75,0% відповідно). При цьому виявлялася невелика кількість лактобацил у вагіні (3,3 lg КУО/мл) і каналі шийки матки (3,1 lg КУО/мл), хоча обсіменіння інших видів бактерій складала від 2,5 до 5,0 lg КУО/мл. Порівняльне оцінювання даних по видовому складу біотопів репродуктивного тракту здорових багатонароджуючих жінок і хворих з порушеннями менструальної функції і запальними захворюваннями статевих органів значних відмінностей не виявила.

Визначення видової схожості епітопів репродуктивного тракту здорових багатонароджуючих жінок показало, що деякі види мікроорганізмів виділялися лише з піхви, наприклад, *E.coli*, а коефіцієнт схожості С'ерсена склав 0,62±0,07.

При порівнянні видової схожості мікрофлори біотопів здорових і хворих багатонароджуючих жінок з порушеннями менструальної функції і запальними захворюваннями було визначено зменшення відповідності видів вагінальної і цервікальної флори у жінок в групі пацієток, де показник С'ерсена склав 0,29±0,06.

Слід зазначити, що умови проживання мікроорганізмів у піхві і каналі шийки матки істотно розрізняються і пов'язані не лише з морфологічними особливостями конкретного епітопа, але і з особливостями чинників місцевого імунітету, що може визначати індивідуальні відмінності видового складу вагіни і цервікса. Це підтверджують отримані результати про відмінність видового складу мікрофлори піхви і каналу шийки матки у пацієток, тоді як при узагальненні даних були визначені одні і ті ж види мікроорганізмів, виділених з вказаних біотопів.

Порівняння показників мікробного обсіменіння в групах багатонароджуючих здорових і хворих виявило достовірне зниження ПМО лактобацил, виділених з піхви і цервікального каналу хворих жінок, що свідчило про наявність мікроекологічних порушень у вагінальному мікробіоценозі у багатонароджуючих жінок з порушеннями менструальної функції і запальними захворюваннями статевих органів. Відмінностей ПМО інших видів мікроорганізмів в групах порівняння виявлено не було. Дані про зниження частоти виділення і показника мікробного обсіменіння лактобацил можуть свідчити про низьку резистентність колонізації епітопів репродуктивної системи багатонароджуючої жінки, пов'язаної з кількістю представників нормальної мікрофлори.

Антилізоцимальна і антикомплемтарна ознаки були широко розповсюджені у мікроорганізмів, виділених з піхви і каналу шийки матки здорових багатонароджуючих жінок. Так, антилізоцимна активність (АЛА) рееструвалися в 61,3–99,5% штамів мікроорганізмів, а антикомплемтарна активність (АКА) була виявлена в 47,2–82,5% штамів.

При визначенні вираженості маркерів персистенції було виявлено, що вагінальні і цервікальні штами коринебактерій, стафілококів і кишкових паличок мали невисокі значення АЛА – від 1 мкг/мл до 2 мкг/мл і значно не відрізнялися в межах біотопів, що вивчалися. Антилізоцимна ознака стрептококів і ентерококів, виділених з відповідних біотопів, визначений фотометричним методом, коливалася в межах 0,154–0,322 мкг/мл.

Вивчення розповсюдження і вираженості адгезивної здатності показало, що більшість мікроорганізмів, складових біоценозу епітопів репродуктивної системи здорових багатонароджуючих жінок були середньо- і високоадгезивними.

Виявлене широке розповсюдження маркерів персистенції і виражена адгезія у мікроорганізмів, виділених із статевих шляхів здорових багатонароджуючих жінок визначають високу здатність до колонізації вказаних біотопів, що у відомому сенсі визначає стійкість мікробіоценозів. Рівень колонізації конкретної екологічної ніші мікроорганізмами визначається їх можливістю протистояти чинникам захисту макроорганізму і рівнем адгезивної здатності.

Аналіз даних розповсюдження чинників персистенції мікрофлори статевих шляхів багатонароджуючих жінок достовірних відмінностей не показав. У групі здорових і в групі хворих багатонароджуючих жінок було характерне широке розповсюдження чинників персистенції у виділених мікроорганізмів, проте вираженість персистентних властивостей відрізнялася.

Було визначено збільшення значень чинників персистенції (АЛА і АКА) мікроорганізмів ізольованих з біотопів репродуктивного тракту багатонароджуючих жінок із запальними захворюваннями внутрішніх статевих органів. При цьому була відмічена висока адгезивна здатність умовно-патогенної флори.

Вивчення мікрофлори репродуктивної системи багатонароджуючих жінок виявило, що порушеннями менструальної функції і запальні захворювання внутрішніх статевих органів протікають на фоні дисбіотичних станів, мікроорганізмів, що характеризуються виділенням, з вираженими персистентними властивостями. Вказані мікроекологічні порушення в досліджуваних біотопах виникають в результаті зміни балансу в системі «паразит-господар», наслідком якого є селекція штамів з персистентним потенціалом.

Представлені результати про наявність в мікробіоценозі піхви і цервікального каналу персистуючої мікрофлори можуть свідчити про патогенетичну роль останньої при порушеннях менструальної функції і запальні захворювання, а також дисбіотичні стани репродуктивного тракту багатонароджуючих жінок.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, порушення менструальної функції і запальні захворювання внутрішніх статевих органів протікають на фоні дисбіотичних станів, що характеризуються дефіцитом лактофлори і наявністю умовно-патогенних мікроорганізмів

з персистентним потенціалом і високою колонізуючою здатністю. Отримані результати необхідно враховувати при розробці комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

## Изменения биоценоза влагалища у многорожавших женщин с нарушениями менструальной функции и воспалительными заболеваниями половых органов Е.А. Бунятова

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что нарушения менструальной функции и воспалительные заболевания внутренних половых органов протекают на фоне дисбиотических состояний, характеризующихся дефицитом лактофлоры и наличием условно-патогенных микроорганизмов с персистентным потенциалом и высокой колонизирующей способностью. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** микрофлора, нарушения менструальной функции, воспалительные заболевания.

## Changes biocenose vaginas at multigiving birth women with infringements menstrual functions and inflammatory diseases of genitals E.A. Bunyatova

Results of the lead researches testify, that infringements menstrual functions and inflammatory diseases of internal genitals proceed on a background dysbiozes the conditions described by deficiency lactoflora and presence of conditional – pathogenic microorganisms with persistance in potential and high colonazation by ability. The received results are necessary for taking into account by development of a complex of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** microflora, infringements menstrual functions, inflammatory diseases.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абакарова П.Р. Урогенитальный хламидиоз: принципы диагностики и лечения //Гинекология. – 2009. – Т. 8, № 2. – С. 21–23.
2. Анкирская А.С. Бактериальный вагиноз и состояние микроэкологии влагалища // Тез. докл. Всерос. науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы инфекции в акушерстве и гинекологии». – СПб., 2010. – С. 77–78.
3. Байрамова Г.Р., Прилепская В.Н. Современные принципы диагностики и лечения бактериального вагиноза / Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2012. – № 4. – С. 103–104.
4. Бойчук А.В. Стан системи імунного захисту у хворих із загостренням хронічного аднекситу на тлі різних видів місцевого лікування //Вісник наукових досліджень. – Тернопіль, 2006. – № 2. – С. 75–77.

УДК 618.17/5-007.415-08:611.65

## Найближчі і віддалені ускладнення ендоскопічного лікування генітального ендометріозу

**А.А. Волошин**

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

Результати проведених досліджень свідчать, що хворі з поширеними формами ендометріодної хвороби представляють складний контингент для хірургічного лікування. Оптимальна діагностична тактика дозволяє виявити характер і ступінь ураження ендометріозом і визначити вибір доступу і об'єму хірургічного втручання. Поєднані форми ендометріодної хвороби вимагають участі в операції хірурга і уролога. З урахуванням можливих інтра- і післяопераційних ускладнень, ця категорія хворих підлягає ретельному моніторингу в ранній післяопераційний період і проведенню протирецидивного лікування.

**Ключові слова:** ендометріоз, хірургічне лікування, найближчі і віддалені ускладнення.

Ендометріоз є поширеною гінекологічною патологією і виявляється в 5–15% клінічно здорових жінок репродуктивного віку [1, 2]. Серед пацієнток з безпліддям або хронічним рецидивуючим больовим синдромом в області малого тазу частота ендометріозу перевищує 60% [3–4].

У даний час ендометріоз розглядають не лише як специфічне місцеве гінекологічне захворювання, але і як системний патологічний процес («ендометріодна хвороба») [5, 6]. Причини виникнення, діагностика, і лікування цього захворювання залишаються предметом суперечок від моменту опису до теперішнього часу. Саме недостатнє розуміння основних механізмів розвитку ендометріозу не дозволяє добитися ефективності його лікування [7–9].

Молодий вік хворих ендометріозом, тривалий і прогресуючий перебіг захворювання, тяжкість клінічних проявів (наполегливий больовий синдром, маткові кровотечі, хронічна анемія, нейроендокринні розлади), стійке порушення репродуктивної функції, зниження працездатності і якості життя визначають як медичне, так і соціальне значення цієї поширеної патології. Значне ушкодження ендометріозом статевих органів і очеревини малого тазу і недостатній об'єм оперативного втручання розглядаються як чинники ризику рецидиву захворювання [1–9]. Тому проблема своєчасної діагностики і ефективного лікування ендометріодної хвороби представляється актуальною.

Серед основних спірних і невіршених питань даної проблеми особливе значення надають найближчим і віддаленим наслідкам хірургічного лікування ендометріозу.

**Мета дослідження:** вивчення найближчих і віддалених наслідків хірургічного лікування хворих з ендометріодною хворобою.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Клінічні дослідження були виконані у 90 жінок з поширеними формами ендометріозу, яких було розподілено на три групи:

1 група – 30 жінок із ушкодженими ендометріозом яєчників, матки, очеревини малого тазу і маткових труб.

2 група – 30 жінок із аденоміозом і ретроцервікальним ендометріозом.

3 група – 30 жінок із поєднаними формами ендометріозу.

Вік обстежених жінок коливався від 19 до 47 років, середній вік склав  $34,3 \pm 2,5$  року. Всім хворим проводилося обстеження, що включає клінічні, інструментальні і лабораторні і патоморфологічні методи дослідження. Вивчення скарг, збір анамнезу, огляд і інструментальне обстеження хворих багато в чому сприяли клінічній діагностиці і визначенню свідчень до оперативного лікування.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При аналізі клініко-анамнестичних даних відмічено, що у жінок за наявності поєднаних форм ендометріодної хвороби були багаточисельні супутні захворювання. Найчастіше в анамнезі зустрічалися запальні захворювання жіночих статевих органів – 46,7%, захворювання серцево-судинної системи – 33,3%, виразкова хвороба шлунку і дванадцятипалої кишки – 6,7%, захворювання сечовивідних шляхів – 10,0%. У 6,7% обстежених жінок встановлений чинник спадковості.

Передуючі хірургічні втручання на матці і придатках матки (цистаденома яєчника, міома матки з виконанням органозберігаючих операцій) склали 3,3%, медичні аборти – 33,3%, використання внутрішньоматкових контрацептивів – 10,0%. Невиношування вагітності і ектопічна вагітність в анамнезі склали відповідно 13,3% і 10,0% випадків.

Залежно від поширеності ендометріодного процесу були використані три основні хірургічні доступи: лапаротомічний (16,7%), лапароскопічний (76,7%) і комбінований (лапаро-вагінальний) (6,7%).

При аналізі клінічних проявів ендометріодної хвороби встановлено, що основною скаргою пацієнток був больовий синдром, який мав місце у 93,3% жінок. Порушення менструальної і репродуктивної функції в обстежених зустрічалися в 46,7% і 26,7% випадків відповідно. У 6,7% пацієнток наголошувалося порушення функції сечовидільної системи. Психоемоційні розлади виявлені у 83,3% жінок.

Детальний аналіз отриманих даних показав, що інтенсивність больового синдрому багато в чому залежала від локалізації і поширеності ендометріозу. При генітальній локалізації ендометріозу основними скаргами були болі внизу живота (73,3%), дисменорея (63,3%), розлади сечовипускання (6,7%). При поєднанні ендометріодних кіст з міомою матки або аденоміозом хворі частіше пред'являли скарги на хворобливі і рясні (86,7%), а також нерегулярні менструації (66,7%), порушення репродуктивної функції (50,0%). Ендометріоз кишечника виявлявся клінічно дискомфортом і болями в животі (93,3%). Симптоми захворювання у цих хворих мали особливості, пов'язані з глибокою поразкою стінки кишки. У зв'язку з цим ми спостерігали дві основні форми ушкодження: поверхневий ендометріоз, при якому наголошувалося ушкодження серозною і частково м'язовою оболонкою, і глибокий (проникаючий) ендометріоз, де патологічний процес стенозував просвіт кишки.

При поверхневому ендометріозі кишечника переважали ознаки роздратування кишки – здуття і переймоподібні болі в животі (86,7%), що виникають частіше під час менструацій, нудота, зрідка блювота. При глибокому ендометріозі разом з більш вираженим характером вказаних симптомів наголошувалися порушення евакуаторної функції товстої кишки (замки) (70,0%). Характерними ознаками проникаючого ендометріюидного ушкодження кишечника у цих хворих були домішка крові в калі, що збігалася з менструаціями, і виявлені ендоскопічно і рентгенологічно ознаки стенозування кишки.

При вагінальному дослідженні у хворих з поширеними формами ендометріозу визначалися щільні, хворобливі вузли різного об'єму. Іншими ознаками поширеного ендометріозу були облітерація ректо-маткового простору, фіксована ретрофлексія матки. У хворих з ендометріюидним ушкодженням придатків матки в області їх проекції визначалися об'ємні утворення, фіксовані з довколишніми тканинами, які у більшості (53,3%) обстежених мали двосторонній характер. При огляді в дзеркалах у 10,0% жінок виявлені голубувато-синюваті вузли в задньому зведенні піхви.

Проте навіть детальний аналіз отриманих клініко-анамнестичних даних не завжди дозволяє визначити поширеність ендометріюидного процесу. У зв'язку з цим, розроблений нами діагностичний алгоритм що включає лабораторні, неінвазивні і інвазивні методи дослідження, необхідні для діагностики як генітального, так і поєднаних форм ендометріюидної хвороби.

Трансвагінальне і трансректальне УЗД відносили до скринінгових методів діагностики. Використання сонографії показало, що точність ультразвукової діагностики поширених форм ендометріозу була різною і залежала від анатомічної локалізації патологічного процесу.

Зіставлення даних УЗД з інтраопераційними знахідками виявило високий ступінь збігу (80,0%). Найбільша інформативність ультразвукової діагностики ендометріозу (90,0%) відмічена при ушкодженні яєчників і сечового міхура. У теж час, наявність рубцово-спайкових зрощень в малому тазі і черевній порожнині при поширеному ендометріозі обумовлювала труднощі інтерпретації отриманих сонограм. Невідповідність ехографічного і хірургічного діагнозів констатовано у 20,0% жінок. Псевдопозитивний результат відмічений в 3,3% спостережень.

Інформативність ультразвукової діагностики ретроцервікального ендометріозу складала 36,7%. Псевдонегативні результати відмічені в 26,7% спостережень. У 56,7% пацієнток за ретроцервікальний ендометріоз помилково прийняті інтерстиціально-субсерозні міоми, що локалізувалися в області перешийка і вузлові форми внутрішнього ендометріозу з низьким розташуванням вузлів, поєднувалися із спайковим процесом в малому тазі. Не виявленими виявилися ендометріюидні інфільтрати параметріїв і ендометріюидні гетеротипії діаметром 1–1,5 см зважаючи на їх не кістозну природу і вищу щільність. Іншою причиною помилкових результатів були множинні міоми, розташовані в області задньої стінки матки, що істотно утрудняло візуалізацію ендометріозу.

У всіх обстежених нами хворих ендометріюидне ушкодження підтверджено гістологічно.

Розроблений алгоритм обстеження хворих з поширеними формами ендометріюидної хвороби дозволив верифікувати діагноз і визначити локалізацію ектопічних вогнищ 76,7% обстежених.

Хірургічному лікуванню було піддано 90 жінок. Досвід роботи по веденню пацієнток з поширеними формами ендометріозу показав, що тактика ведення має бути диференційованою залежно від віку хворої, її зацікавленості в збереженні репродуктивної функції, тяжкості клінічних проявів захворювання, локалізації і ступеня його поширення. Основним принципом хірургічного лікування захворювання є максимальне видалення ендометріюидних вогнищ. У теж час при виборі об'єму хірургічного лікування у жінок молодого віку з нереалізованою або порушеною репродуктивною функцією виправданою є тактика виконання органозберігаючих і реконструктивно-пластичних втручань.

Із 90 хворих реконструктивний і органозберігаючий об'єм операції виконаний у 63,3% пацієнток, радикальний – у 36,7%.

Всі органозберігаючі операції виконані ендовідеохірургічним методом. З них у 26,7% була виконана одностороння аднексектомія, в 36,7% видалення ендометріюид з посіченням ендометріюидних інфільтратів очеревина малого тазу і крижово-маткових зв'язок.

Радикальне хірургічне лікування виконане у жінок з поширеними і поєднаними формами ендометріозу з порушенням функції сусідніх органів. Ендометріюидне ушкодження кишечника діагностовано нами у 26,7% жінок. У 16,7% пацієнток виконана гістеректомія з видаленням придатків матки і посіченням глибоких ендометріюидних вогнищ крижово-маткових зв'язок і ректо-вагінальної перегородки виконана ендовідеохірургічним шляхом. У 6,7% хворих операція по посіченню ендометріюидних інфільтратів була завершена лапароскопічно-вагінальним доступом.

У 10,0% пацієнток у зв'язку з виявленою інтраопераційно обтурувальною ушкодженням ректосигмоїдного відділу товстої кишки і додатковим виявленням ендометріюидних інфільтратів малого тазу лапароскопія мала діагностичний характер. Об'єм і поширеність поразки у цих хворих визначали можливість виконання втручання із збереженням сфінктерного апарату прямої кишки. Основний об'єм операції був здійснений лапаротомічним доступом. У 6,7% пацієнток з ретроцервікальним ендометріюидом виконана лапаротомія в об'ємі пангістеректомії з клиновидною резекцією передньої стінки прямої кишки. У 3,3% пацієнток у зв'язку із залученням до ендометріюидного процесу органів сечовидільної системи хірургічне лікування було доповнене резекцією сечоводів і резекцією задньої стінки сечового міхура.

Поширені форми ендометріозу з проростанням кишечника або залученням сечової системи супроводилися вираженим спайково-інфільтративним процесом в черевній порожнині і малому тазі, що зумовило технічні труднощі і стало сприяючим чинником ризику розвитку інтра- і післяопераційних ускладнень.

Інтраопераційні ускладнення спостерігалися у 13,3% пацієнток. Найбільша частота їх наголошувалася у жінок з ретроцервікальним і поєднаними формами ендометріозу. Одним з ускладнень (3,3%) була інтраопераційна кровотеча, що було обумовлене вираженим рубцово-спайковим процесом. Кровотечі ранньому післяопераційному періоді діагностовані у 6,7% пацієнток, що зажадало накладення гемостатичних швів на куксу. В 3,3% хворих на 7-8 діб післяопераційного періоду розвинулася тонкокишкова спайкова непрохідність, що потребувала виконання релапаротомії. Інфекційно-запальні ускладнення післяопераційної рани передньої черевної стінки мали місце в 3,3% хворих, що перенесли лапаротомічні втручання, а після лапароскопічних операцій такі ускладнення були відсутні.



Динамічне післяопераційне спостереження здійснювалося в період від 1 до 5 років. Результати хірургічного лікування поширених форм ендометріозу проаналізовані в двох групах: хворі, яким виконані органозберігаючі операції (57 жінок) і хворі, яким виконані радикальні операції (33 жінки).

Основною метою виконання органозберігаючих операцій було усунення больового синдрому і відновлення репродуктивної функції. При аналізі отриманих результатів купірування симптомів захворювання відмічене у 93,3% жінок. Використання лапароскопічного доступу в цій групі хворих дозволило у 26,7% жінок відновити репродуктивну функцію. Рецидиви захворювання діагностовані у 6,7% жінок: в 3,3% хворих в перших 6 місяців спостереження і в 3,3% хворих через два роки після хірургічного лікування.

Радикальні операції виконувалися при поширених і поєднаних формах ендометріозу з тривалим персистуючим перебігом з ушкодженням кишечника і сечовидільної системи. Метою хірургічного лікування в цій групі хворих було усунення основних симптомів захворювання і одномоментне виконання реконструктивно-відновних операцій на сусідніх органах (пряма кишка, сигмоподібна кишка, сечовий міхур, сечоводи).

Аналіз отриманих даних дозволив нам оцінити результати хірургічного лікування цих хворих як хороші, задовільні і незадовільні. Хороші: повне усунення основних симптомів захворювання, стійкий лікувальний ефект відмічений у 73,3% жінок. Задовільні: стабілізація больового синдрому, відновлення функції сусідніх органів отримані в 16,7%. Незадовільні: рецидив захворювання в перший рік спостереження виявлений в 10,0%.

Таким чином, хворі з поширеними формами ендометріозу представляють складний контингент для хірургічного лікування. Оптимальна діагностична тактика дозволяє виявити характер і ступінь ураження ендометріозом і визначити вибір доступу і об'єму хірургічного втручання. Поєднані форми ендометріозу вимагають участі в операції хірурга і уролога. З врахуванням можливих інтра- і післяопераційних ускладнень, ця категорія хворих підлягає ретельному моніторингу в ранньому післяопераційному періоді і проведенню протирецидивного лікування.

### **Ближайшие и отдаленные осложнения эндоскопического лечения генитального эндометриоза** **А.А. Волошин**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что больные с распространенными формами эндометриоза представляют сложный контингент для хирургического лечения. Оптимальная диагностическая тактика позволяет выявить характер и степень поражения эндометриозом и определить выбор доступа и объема хирургического вмешательства. Сочетанные формы эндометриоза требуют участия в операции хирурга и уролога. С учетом возможных интра- и послеоперационных осложнений, эта категория больных подлежит тщательному мониторингу в раннем послеоперационном периоде и проведению протирецидивного лечения.

**Ключевые слова:** эндометриоз, хирургическое лечение, ближайшие и отдаленные осложнения.

### **The nearest and remote complications of endoscopic treatment of genital endometriosis** **A.A. Voloshin**

Results of the spent researches testify, that patients with widespread forms endometriosis represent to illness a difficult contingent for surgical treatment. Optimum diagnostic tactics allows to reveal character and degree of defeat by an endometriosis and to define a choice of access and volume surgical intervention. Complex the form endometriosis illnesses demand participation in operation of the surgeon and the urologist. Taking into account possible intra- and postoperative complications, this category of patients is subject to careful monitoring in the early postoperative period and to carrying out antirecursive treatments.

**Key words:** an endometriosis, the surgical treatment, the nearest and remote complications.

#### **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., Літвінов В.В., Хомуленко І.А. Використання декапептилу-3,75 у комплексі реабілітаційних заходів після лапароскопічного лікування ендометріозу // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1999. – № 5. – С. 120–121.
5. Давыдов А.И., Пашков В.М. Генитальный эндометриоз / Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2010. – С. 241–261.
6. Коханевич Е.В., Дудка С.В., Судомо И.О. Современные методы диагностики и лечения генитального эндометриоза // 36. науч. праць асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Фенікс, 2001. – С. 340–342.
7. Antoni J. Duleba Diagnosis of endometriosis // Obstet. Gynecol. Clin. – 2008. – V. 24. – P. 331–332.
8. Audebert A.J.M. formes occultes et minimes de l'endometriose: strategie therapeutique // Rev. Franc. Gynecol. Obstet. – 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 618.145-007.415:618.173-02-07-08

## Оптимізація діагностики і лікування жінок з різними формами гіперпластичних процесів ендометрія

**Д. М. Гаврюшов**

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

Отримані позитивні результати лікування гіперпластичних процесів ендометрія з урахуванням імуногістохімічних детермінант свідчать про ефективність запропонованої моделі лікувальної тактики у цих пацієнток. Це відкриває широкі перспективи в лікуванні і профілактиці різної патології ендометрія.

**Ключові слова:** гіперпластичні процеси ендометрія, лікування.

Гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ) є однією з актуальних проблем сучасної гінекології. Гіперплазія ендометрія може бути проявом гормональних порушень, запального процесу геніталій, порушень в ендокринній і імунній системі. Висока частота малигнізації ГПЕ (10–50%) відносить дану патологію не лише до медичної, але і до соціальної проблеми в даний час [1–7].

ГПЕ є одним з основних чинників виникнення аномальних маткових кровотеч і складають від 10% до 25% всіх причин звернення жінок до гінеколога. Частота виникнення ГПЕ істотно збільшується до періоду вікових гормональних перебудов в організмі жінки [1–7]. Біологічна своєрідність ендометрія в тому, що ця гормончутлива тканина володіє здатністю не лише до циклічного оновлення, але і до чуйного реагування на всі зміни гормональних впливів на рівні цілого організму, тобто гіперплазія ендометрія є свідомством гормональних, змінно-ендокринних і імунних порушень в організмі жінки [1, 3, 7].

Не дивлячись на значне число наукових публікацій з проблеми ГПЕ не можна вважати всі питання повністю вирішеними, особливо це стосується тактики ведення пацієнток з ГПЕ в перименопаузальному періоді, коли ризик розвитку рецидивуючих і злоякісних форм найбільш високий [2, 4, 6].

Усе наведене вище свідчить про актуальність вибраного наукового завдання.

Мета дослідження: підвищення ефективності консервативної терапії ГПЕ на основі вивчення основних ехографічних, ендокринологічних, біохімічних і морфологічних змін, а також розробки алгоритму різних методів використання гормональної і антигомотоксичної терапії.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Організаційно-методичний підхід до вибору методу лікування пацієнток з ГПЕ у перименопаузальний період полягав у створенні певної програми обстеження, що пе-

редбачає клініко-анамнестичні і інструментальні методи діагностики (ультразвукові, ендоскопічні); лабораторні (мікробіологічні, цитологічні, морфологічні, імуногістохімічні) дослідження; оперативне лікування (гістероскопія і роздільне вишкрібання слизової оболонки матки).

Відповідно до поставленої мети і завдань дослідження були обстежені 100 жінок в перименопаузальному віці. Усі пацієнтки знаходилися у віці від 45 до 55 років, середній їх вік склав  $49,7 \pm 4,3$  року.

У їх пацієнток ретроспективно було розподілено на три групи залежно від морфологічної характеристики: 1 група – 50 пацієнток із залізистою і залозисто-кістозною гіперплазією ендометрія; 2 група – 25 пацієнток з гіперплазією атипії ендометрія; 3 група – 25 пацієнток із залозисто-фіброзними і фіброзними поліпами ендометрія.

Пацієнтки всіх груп було порівняно за віком, соціальним статусом, паритетом, гінекологічною і соматичною захворюваністю.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що у пацієнток з ГПЕ в перименопаузі частота супутньої генітальної патології складає 71,0% з переважанням в структурі запальних процесів (57,0%); фібро-кістозної мастопатії (52,0%); лейоміоми (44,0%); ендометріозу (28,0%) і доброякісних захворювань шийки матки (25,0%). При цьому 2 гінекологічні захворювання мали місце в 23,0% спостережень і 3 – в 15,0%.

Серед несприятливих чинників преморбідного фону у пацієнток з ГПЕ в перименопаузі можна виділити високу частоту супутньої екстрагенітальної патології (90,0%); атрифіційних абортів (74,0%); перенесених гінекологічних операцій (50,0%); мимовільних абортів (40,0%) і тривалої внутрішньоматкової контрацепції (21,0%).

У пацієнток з різними типами ГПЕ імуногістохімічне дослідження дозволило встановити, що у пацієнток із залізистою і залозисто-кістозною гіперплазією ендометрія має місце помірна ( $282,5 \pm 6,1$  і  $261,8 \pm 4,5$ ) експресія рецепторів до естрогену і прогестерону, тоді як при атиповій гіперплазії ендометрія встановлена низька ( $111,3 \pm 5,3$  і  $137,2 \pm 7,3$ ) експресія цих же рецепторів.

Аналіз результатів імуногістохімічного дослідження маркера Ki67 свідчить про високу проліферативну активність клітин ендометрія, які знаходяться в стані атипії (23,0%), залозистої і залозисто-кістозної гіперплазії (20,0%) в порівнянні з показниками при поліпах ендометрія (9,0%). Число інтенсивно забарвлених ядер клітин епітелію залоз при атиповій гіперплазії в 2,5 разу, а клітин строми – в 2,7 разу вище, ніж при поліпах ендометрія, а при залозистій і залозисто-кістозній гіперплазії – відповідно у 2,1 і 1,5 разу.

У пацієнток з різними варіантами ГПЕ в перименопаузе експресія білка p53 при простій гіперплазії в 2,9 разу нижче в клітинах епітелію залоз і в 2,7 разу нижче в клітинах в порівнянні із залізистою і залозисто-кістозною гіперплазією ендометрія і в 2,5 і 2,3 – у порівнянні з поліпами ендометрія відповідно, що свідчить про низьку активність процесів апоптозу і високий ризик малигнізації клітин.

Використання запропонованого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів дозволяє добитися низького рівня рецидивування ГПЕ: у 4,0% спостережень була проведена гістерорезектоскопічна абляція ендометрія і в 2,0% – оперативне лікування в об'ємі тотальної гістеректомії.

### ВИСНОВКИ

Таким чином, отримані позитивні результати лікування гіперпластичних процесів ендометрія з врахуванням імуногістохімічних детермінант свідчать про ефективність запропонованої моделі лікувальної тактики у цих пацієнток. Це відкриває широкі перспективи в лікуванні і профілактиці різної патології ендометрія.

#### Оптимизация диагностики и лечения женщин с различными формами гиперпластических процессов эндометрия

*Д.Н. Гаврюшов*

Полученные позитивные результаты лечения гиперпластических процессов эндометрия с учетом иммуногистохимических детерминант свидетельствуют об эффективности предлагаемой модели лечебной тактики у этих пациенток. Это открывает широкие перспективы в лечении и профилактики различной патологии эндометрия.

**Ключевые слова:** гиперпластические процессы эндометрия, лечение.

#### Optimisation of diagnostics and treatment of women with different forms of hyperplastic processes of endometrium

*D.N. Gavryushov*

The received positive results of treatment of hyperplastic processes эндометрия with the account immunohistochemistry determinant testify to efficiency of offered model of medical tactics at these patients. It opens wide prospects in treatment and preventive maintenance of a various pathology of endometrium.

**Key words:** hyperplastic processes of endometrium, treatment.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Манухин И.Б. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии / И.Б. Манухин, Л.Г. Тумилович, М.А. Геворкян. – М.: МИА, 2008. – 247 с.
2. Сімрок В.В. Гормональні показники у хворих із доброякісною патологією матки / В.В. Сімрок // Ендокринологія. – 2008. – Т. 5, № 1. – С. 10–15.
3. Коханевич Е.В. Гиперпластические процессы и рак эндометрия / Е.В. Коханевич, К.П. Ганина, В.Е. Мицкевич [и др.] // Журнал практического врача. – 2008. – № 4. – С. 23–31.
4. Горин В.С. Роль патологии щитовидной железы в развитии гиперпластических процессов в эндометрии: Обзор / В.С. Горин, С.Н. Болдырева, Г.Я. Голиков [и др.] // Вестн. Рос. ассоц. акушеров-гинекологов. – 2011. – № 4. – С. 24–27.
5. Чернуха Г.Е. Особенности гормональных взаимоотношений при различных вариантах гиперплазии эндометрия / Г.Е. Чернуха, А.А. Кангельдиева, Г.В. Слукина // Проблемы репродукции. – 2008. – Т. 8, № 5. – С. 36–40.
6. Практическое руководство по гинекологической эндокринологии / В.Н. Серов, В.Н. Прилепская, Т.Я. Пшеничкова [и др.] – М.: Русфармамед, 2007. – 427 с.
7. Чайка В.К. Прогнозирование рецидивирования гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста / В.К. Чайка, Т.И. Холодник, Г.Д. Мисуна / Медико-социальные проблемы семьи. – 2010. – Т. 8, № 2. – С. 103–108.

УДК 618.14-007.415-036.4

## Чинники ризику розвитку ендометріозу різної локалізації

*І.П. Гнип*

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

Результати проведених досліджень свідчать, що у пацієнток з ендометріозом різної локалізації виділені основні клініко-анамнестичні чинники ризику, які розділяються на п'ять великих груп. Використання отриманих результатів в практичній охороні здоров'я дозволяє підвищити ефективність ранньої діагностики і прогнозування такої серйозної патології, як генітальний ендометріоз.

**Ключові слова:** ендометріоз, чинники ризику.

Ендометріоз 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 зустрічання ендометріозу пов'язане, з одного боку, із збільшеними діагностичними можливостями, з іншого боку – з погіршенням екологічної обстановки, що призводить до пошкодження ендокринної, імунної і антиоксидантної систем [1, 9].

Не дивлячись на значне число досліджень, присвячених різним аспектам ендометріозу [1–9], до цих пір залишаються невиясненими багато питань етіології і патогенезу захворювання, особливості клінічної картини залежно від локалізації процесу. Крім того відсутні дані про порівняльну інформативність окремих методів діагностики захворювання і виявлення рецидивів, ефективність різних методів лікування і моніторингу, а також про клініко-анамнестичні чинники ризику даної патології.

Усе наведене вище свідчить про актуальність проблеми, що вивчається, а саме клініко-анамнестичних чинниках ризику генітального ендометріозу.

**Мета дослідження:** вивчення сучасних клініко-анамнестичних чинників ризику розвитку генітального ендометріозу.

#### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було обстежено 100 хворих з генітальним ендометріозом різної локалізації і ступеня вираженості, які склали основну групу. В більшості випадків було діагностовано ендометріоз яєчників (39%) і аденоміоз (37%); у 17% – розповсюджений ендометріоз і в 12% – ендометріоз іншої локалізації (шийки матки і ретроцервікальний).

До контрольної групи увійшли 30 жінок 20–40 років, в яких були виключені виражені гінекологічні і екстрагенітальні захворювання.

При цьому вік хворих коливався від 19 до 56 років, середній показник склав  $32,4 \pm 3,4$  року. 71% хворих відносилися до репродуктивного віку (19–35

років), 20% – до пізнього репродуктивного (36–45 років) і 9% хворих були старші 45 років.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

З особливостей стану здоров'я батьків жінок з ендометріозом до моменту народження пацієнток виявлена наявність соматичних захворювань (хронічний холецистит, панкреатит і гастрит, ожиріння, артеріальна гіпертензія, хронічний пієлонефрит тощо) – у 78%; гінекологічної патології (порушення менструального циклу, патологія шийки матки, міома матки, хронічні запальні процеси репродуктивної системи тощо) – у 82%; шкідливих звичок (куріння, зловживання алкоголем) – у 16%; шкідливих чинників виробництва – у 63% батьків.

На різні ускладнення під час вагітності матері (ранній гестоз, прееклампсія, загроза невиношування і недонашивания), в пологах (аномалії пологової діяльності, маткові кровотечі) і в період новонародженості (респіраторний дистрес-синдром, порушення функції шлунково-кишкового тракту) вказували відповідно 45%, 37% і 52% хворих. Штучне або змішане вигодовування відзначили 33% пацієнток. Неодноразові хвороби на першому році життя перенесли 47%, причому гострі респіраторні захворювання більше 2 раз на рік були в 55%.

Хронічні соматичні захворювання виявлені в 98%, а найбільш частими їх них були: остеохондроз хребта – в 98%; нейроциркуляторна астенія – в 67%; хронічний тонзиліт – в 43%; дискінезія жовчовивідних шляхів – в 35%; патологія щитовидної залози – в 33%; дисбактеріоз кишечника – в 29%; хронічні бронхіт, холецистит і гастрит – в 25%, 24% і 23% відповідно; артеріальна гіпертензія – у 23% пацієнток. Перенесені алергічні захворювання і реакції відзначили 22% і гемотрансфузії – 10% пацієнток.

Домогосподарками були 26% пацієнток; робітниками – 14% і службовцями – 60% (причому 28% – медпрацівниками і 14% – педагогами). Вказівки на шкідливі чинники виробництва були в 75% хворих: постійні нейропсихічні перевантаження (невпевненість в завтрашньому дні, скорочення робочих місць, виробничі стреси, робота з людьми, конфліктні ситуації тощо) – в 75%; несприятливий мікроклімат (переохолодження, протяги, різкі перепади температур, вогкість, підвищена вологість тощо) – в 34%; важка фізична праця – в 10%; контакт з шкідливими хімічними речовинами – в 10% і радіація – в 5% відповідно.

При вивченні акушерсько-гінекологічного анамнезу хворих ендометріозом виявлені наступні особливості становлення менструальної функції: раннє менархе (у віці до 10 років) – в 12%; старше 14 років почали менструювати 10%; у більшості (74%) встановлення менструального циклу відбувалося тривало (більше 1 року). Середня тривалість менструального циклу (до діагностування ендометріозу) в обстежуваних склала  $26,3 \pm 2,9$  дня, тривалість менструації –  $6,9 \pm 1,8$  дня. Часті (більше 3 раз на рік) і тривалі (більше 3 місяців) порушення менструального циклу зафіксовані у 72% пацієнток. Вік початку статевого життя з 18 по 26 років був у 52% пацієнток; молодше 18 років – в 29%; старше 26 років – в 16% і 3% з обстежених жінок відзначили відсутність статевого життя.

При аналізі репродуктивної функції на безпліддя вказали 49%: первинно були безплідні 28%, а в 21% – безпліддя розвинулося повторно; у 10% пацієнток вагітностей не було у зв'язку з їх небажанням мати дітей. Серед останніх жінок перша

вагітність до 18 років настала в 18%; старше 26 років – в 13%. Лише у 11% пацієнток результатом першої вагітності з'явилися пологи, а в останніх – вона закінчилася медичним абортom (46%) або мимовільним викиднем (5%). Від 5 до 8 вагітностей мали 26%, а більше 8 – 4% обстежених. Патологічно вагітність була у 46%: у 28% – з раннім токсикозом; у 16% – з пре еклампсією, у 21% – із загрозою переривання вагітності. 32% пологів ускладнилися аномаліями пологової діяльності, матковими кровотечами, дистресом плода, 13% – передчасними пологами. Післяпологові ускладнення виникли у 18%, серед яких найчастішими були гнійно-септичні захворювання (15%) і маткові кровотечі (5%). На ускладнені медичні аборти вказували 47% обстежуваних: 25% – на кровотечі; 28% – на гнійно-септичні захворювання.

Більшість пацієнток (72%) перенесли запальні гінекологічні захворювання: сальпінгоофорити і ендометрити – відповідно 60% і 40%. Наявність різної патології шийки матки відзначили 55%; міоми матки – 58% і доброякісних пухлинних захворювання яєчників – 13% відповідно. На наявність передменструального синдрому вказували 76%, причому в 25% мав місце його важкий перебіг, а у більшості (70% з 76%) лікування було малоефективним. Контрацепцію не використовували 55%, а в останніх 45% – переважали гормональні контрацептиви (23%); внутрішньоматкові спіралі (10%) і інші методи (22%): бар'єрні, біологічні календар і сперміциди.

Отже, при аналізі особливостей анамнезу у хворих з ендометріозом в порівнянні з контрольною групою можна виділити наступні групи чинників, що привертають і сприяють виникненню даної патології:

- 1 група – гінекологічні захворювання в матері, наявність у батьків соматичної патології і шкідливих чинників виробництва;
- 2 група – ускладнення в період вагітності в матері і в пологах, а також у стані новонародженої; штучне або змішане вигодовування;
- 3 група – висока захворюваність у всі періоди життя і часті простудні захворювання; екстрагенітальна патологія (остеохондроз хребта, нейроциркуляторна астенія, хронічний тонзиліт, патологія щитоподібної залози і травного тракту);
- 4 група – дія професійних шкідливих чинників (постійне нервово-психічне перевантаження, несприятливий мікроклімат на робочому місці);
- 5 група – початково несприятливий стан репродуктивної системи до моменту становлення менструальної функції (тривале встановлення менструального циклу); часті і тривалі порушення менструальної функції; тривало існуючий і нелікований передменструальний синдром; часті вагітності і значне переважання медичних абортів над пологами; патологічний перебіг вагітності і пологів; кровотечі і гнійно-септичні ускладнення в післяпологовому і післяабортних періодах; запальні захворювання репродуктивної системи, що протікають хронічно і часто загострюються; патологічні зміни шийки матки; наявність пухлинних захворювань матки і яєчників.

### ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, у пацієнток з ендометріозом різної локалізації виділені основні клініко-анамнестичні чинники ризику, які розділяються на п'ять великих груп. Використання отриманих результатів в практичній охороні здоров'я дозволяє підвищити ефективність ранньої діагностики і прогнозування такої серйозної патології, як генітальний ендометріоз.

**Факторы риска генитального эндометриоза различной локализации**  
**И.П. Гнип**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у пациенток с эндометриозом различной локализации выделены основные клинико-анамнестические факторы риска, которые разделяются на пять больших групп. Использование полученных результатов в практическом здравоохранении позволяет повысить эффективность ранней диагностики и прогнозирования такой серьезной патологии, как генитальный эндометриоз.

**Ключевые слова:** эндометриоз, факторы риска.

**Risk factors genital an endometriosis of different localisation**  
**I.P. Gnyp**

Results of the lead researches testify, that at patients with an endometriosis of various localization the basic are allocated clinical risk factors which are divided on five big groups. Use of the received results in practical public health services allows to raise efficiency of early diagnostics and forecasting of such serious pathology, as genital endometriosis.

**Key words:** an endometriosis, risk factors.

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Адамьян Л.В., Бобкова М.В. Современные подходы к лечению эндометриоза // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 3. – С. 10–14.
2. Адамьян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. – М.: Медицина, 2008. – 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, 2009. – 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. – 2009. – 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

**Особенности патогенезу лейоміоми матки різної локалізації**

**С.В. Грідчин**

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

Проведений аналіз показав, що вивчення особливостей рецепторного апарату утероміоцитів у хворих з лейоміомою матки має суттєве науково-практичне значення. Отримані результати дозволяють встановити нові аспекти патогенезу лейоміоми матки та обґрунтувати необхідність удосконалення лікувально-профілактичних заходів.  
**Ключові слова:** лейоміома матки, морфологічні особливості.

Порушення репродуктивної функції у вигляді первинної і вторинної неплідності у пацієнток з лейоміомою матки досягає 60–70% [3, 4]. Ця проблема заслуговує на особливу думку у зв'язку із зростанням частоти жінок активного репродуктивного віку хворих на лейоміому, з одного боку, пізнім плануванням вагітності (після 40 років) – з іншого. Це обумовлено зростанням ризику виникнення лейоміоми саме у жінок даної вікової групи. Згідно з даними літератури [1–5], у жінок з неплідністю в 12–20% випадків лейоміома матки є єдиною причиною репродуктивних невдач. Проте, питання про роль лейоміоми матки у формуванні порушень репродуктивної функції залишається дискусійним [1–5].

Не зважаючи на широке впровадження сучасних ендоскопічних технологій, абдомінальні реконструктивно-пластичні операції не втратили своєї актуальності, оскільки відсоток хворих молодого віку, охочих зберегти репродуктивну функцію і які страждають на неплідність або невиношування вагітності при лейоміомі матки великих і гігантських розмірів, атипovому розташуванні вузлів, не має тенденції до зниження. Виходячи з вищесказаного, слід зазначити, що абдомінальна міомектомія при поодиноких і множинних вузлах лейоміоми матки великих і гігантських розмірів залишається актуальною і дискусійною темою. У зв'язку з цим, очевидна необхідність вдосконалення хірургічної техніки реконструктивно-пластичних операцій на матці поза та 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.

**Мета дослідження:** вивчення особливостей рецепторного апарату утероміоцитів у хворих з лейоміомою матки.

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

Під нашим спостереженням знаходилось 208 пацієнток репродуктивного віку від 19 до 45 років, яким було виконано консервативну міомектомію лапаротомічним доступом під час вагітності або поза вагітності, простежені найближчі та віддалені результати.

Усіх жінок було розподілено на дві клінічні групи. До першої (I) клінічної групи увійшла 61 пацієнтка, яка звернулася з клінікою загрози переривання вагітності при наявності лейоміоми матки.

Критеріями відбору для дослідження серед усіх, хто звернувся з вагітністю та лейоміомою матки було: бажання жінки мати дітей; вузли лейоміоми, що перешкоджають невиношуванню вагітності чи представляють небезпеку для здоров'я пацієнтки: великі, гігантські, атипично розташовані вузли, швидке їх збільшення під час вагітності, ознаки деструкції вузла, підтвержені даними УЗД. Практично у всіх випадках були симптоми загрози переривання вагітності. Пацієнток з дрібними вузлами, що перешкоджають невиношуванню вагітності, в дослідження не включали. Відбір пацієнток проводили амбулаторно в науково-консультативному відділенні, призначали обстеження, необхідне для госпіталізації, в тому числі на інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). При відсутності показань для екстреної госпіталізації призначали терапію, спрямовану на збереження вагітності та лікування виявлених інфекційних процесів, а потім планово госпіталізували їх на 14–15-й тиждень вагітності для підготовки до операції. При наявності великих, гігантських вузлів, розташованих шийочно-перешійчно, 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 лейоміомою матки. Критеріями відбору було: великі й атипично розташовані вузли, неплідність або невиношування вагітності, бажання відновити репродуктивну функцію. Віддалені результати простежено від 1 до 5 років.

Клінічні й лабораторні методи дослідження включали загальне стандартне обстеження хворих з використанням клінічних, біохімічних, мікробіологічних, гемостазіологічних, функціональних та морфологічних методів, проводились дослідження, спрямовані на виявлення ІПСШ (ПЛР), а також інструментальні (ультразвукові, ендоскопічні) методи дослідження.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У 15 хворих I групи ретроспективно ми намагалися виявити взаємозв'язок між станом рецепторного апарату утероміоцитів лейоміоматозного вузла та клінічним перебігом вагітності при лейоміомі матки великих та гігантських розмірів.

Термін вагітності у обстежених пацієнток складав 10–18 тижнів. Вік варіював від 25 до 46 років, причому до 30 років було всього три пацієнтки. В анамнезі у семи жінок були пологи зі сприятливим наслідком, у восьми мали відбутися перші пологи. Перебіг даної вагітності у всіх пацієнток ускладнився наявністю лейоміоми матки великих розмірів. Слід відмітити, що у восьми вагітних було діагностовано перешійчне розташування вузла, що перешкоджає нормальному розвитку плода, у решти виявлено гігантські розміри пухлини (від 22 до 30 тиж вагітності).

У однієї вагітної 25 років було діагностовано гігантську лейоміому матки в 9–10 тиж гестації. Ця вагітність у пацієнтки була першою. Приймаючи до уваги розміри пухлини (діаметр до 21 см), в 10 тиж вагітності їй було виконано міомектомію

Таблиця 1

Показники рівня естрадіолу та прогестерону в плазмі периферичної крові вагітних I групи з естроген- та прогестеронзалежною лейоміомою матки

Показники	Група I			
	Естрогензалежна лейоміома матки		Прогестеронзалежна лейоміома матки	
	Естрадіол (нМ)	Прогестерон (нМ)	Естрадіол (нМ)	Прогестерон (нМ)
Медіана	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

й за бажанням жінки під час операції трансвагінально виконано переривання вагітності шляхом вишкрябання стінок порожнини матки. Через 1 рік ця пацієнтка сприятливо завагітніла та народила здорову дитину.

Решта 14 пацієнток була зацікавлена у пролонгуванні вагітності, термін якої коливався від 12 до 18 тиж, причому у чотирьох він складав 12–14 тиж, а у решти – 15–18 тиж. Враховуючи неможливість пролонгування вагітності без хірургічного лікування, консервативну міомектомію було виконано при термінах 12–18 тиж гестації.

Усіх 14 вагітних було госпіталізовано до стаціонару за 5–7 днів до операції, де їм проводили терапію, спрямовану на прологування вагітності. Хірургічне лікування у всіх випадках полягало в енуклеації декількох міоматозних вузлів без розрізу порожнини матки. В одному спостереженні відбувся інтраопераційно розріз порожнини матки, після чого було виконано видалення плідного яйця. Післяопераційний період у всіх хворих протікав без ускладнень. В трьох випадках відмічено формування великих гематом шва на матці (розмірами не більше 1,0×1,3×2 см), які не представляли загрози для реабілітації пацієнток. Після операції 13 вагітним було продовжено терапію, спрямовану на прологування вагітності. Однак, у двох випадках, незважаючи на лікування, вагітність зберегти не вдалось: на першу та четверту добу відповідно відбувся самовільний викидень. У 11 жінок ми отримали позитивний результат, і після комбінованого медикаментозно-хірургічного лікування вагітність було пролонговано, пацієнток виписано додому у задовільному стану з рекомендаціями для подальшого лікування.

Надалі 10 пацієнток були розроджені при доношеному терміні гестації: 7 – шляхом операції кесарева розтину і 3 – через природні пологові шляхи. Всі діти народились живими та здоровими. В одному спостереженні передчасні пологи відбулися у терміні 32 тиж, дитина загинула на третю добу життя.

Результати проведених нами досліджень гормонального статусу показали, що серед 11 вагітних з пролонгованою вагітністю після комбінованого медикаментозно-

Таблиця 2

## Рівні експресії рецепторів до прогестерону та естрадіолу та їх співвідношення у вагітних з естроген- та прогестеронзалежною лейоміомою

Показники	Група I					
	Естрогензалежна лейоміома матки			Прогестеронзалежна лейоміома матки		
	RE (Фмоль/ мг білка)	RP (Фмоль/ мг білка)	RP/RE	RE (Фмоль/ мг білка)	RP (Фмоль/ мг білка)	RP/RE
Медіана	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

хірургічного лікування у більшості випадків (9) концентрація статевих стероїдів у плазмі периферичної крові відповідала середнім значенням для даного терміну гестації. У одній вагітній ми спостерігали підвищений вміст естрадіолу, у другій зниження прогестерону.

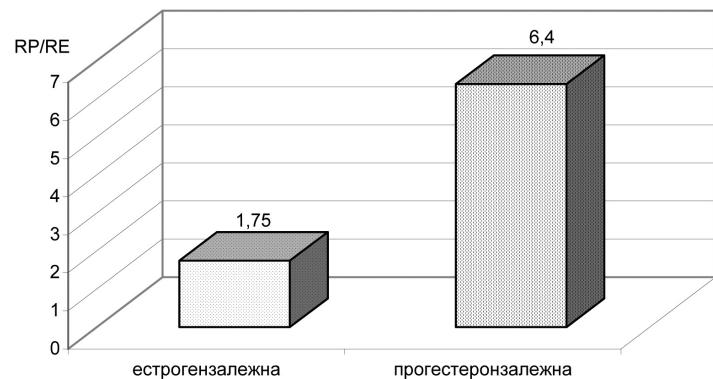
Показники рівнів естрадіолу та прогестерону в плазмі периферичної крові вагітних з естрогензалежною та прогестеронзалежною лейоміомою наведені в табл. 1.

Найбільший інтерес, на наш погляд, представляє аналіз результатів тих трьох випадків, коли відбулося переривання вагітності (в двох випадках самовільні викидні на першу та четверту добу після операції, в одному – інтраопераційне видалення плідного яйця). У двох спостереженнях ми відмічали збільшення вмісту прогестерону в плазмі крові в 1,6 та 2,0 рази при нормальному рівні естрадіолу. В одному випадку концентрація обох гормонів знаходилась у фізіологічній межі для даного терміну вагітності. Ми не виявили чіткої залежності перебігу вагітності при лейоміомі матки великих та гігантських розмірів від рівня статевих гормонів та їх співвідношення. Це можна пояснити тим, що при пасажі через печінку метаболізується до 80% стероїдів. Отже, вміст стероїдів в плазмі периферичної крові лише частково відображає дійсну ситуацію гуморального забезпечення матки. Однак раніше було показано, що реалізація дії гормонів залежить, в основному, не від вмісту статевих гормонів в плазмі периферичної крові, а від чутливості до них міометрія, тобто від функціонування рецепторного апарату утероміоцитів.

В табл. 2 представлено значення рівнів експресії рецепторів до прогестерону та естрадіолу та їх співвідношення у вагітних з естроген- та прогестеронзалежною лейоміомою матки.

Найінформативнішим є не аналіз окремих параметрів концентрації статевих стероїдів та рецепторів до них у тканині лейоміоматозного вузла, а співвідношення рівнів експресії рецепторів до прогестерону та естрадіолу, що відображено на малюнку.

Проведене ретроспективне вивчення отриманих результатів показало, що у 11



Співвідношення рівнів експресії рецепторів прогестерону та естрадіолу при естроген- та прогестеронзалежній лейоміомі у вагітних I групи.

вагітних (у 10 – з пролонгованою вагітністю, у 1, яка відмовилась від її збереження) величина коефіцієнта RP/RE у лейоміоматозних вузлах варіювала від 0,5 до 3,0, складаючи в середньому 1,86. При цьому, у 8 (72,7%) вагітних значення даного показника коливались від 1,5 до 1,9.

Приділяючи особливу увагу репродуктивному прогнозу, хотілося б описати один випадок інтраопераційного переривання вагітності трансвагінальним доступом за бажанням жінки. При аналізі гістологічного матеріалу співвідношення RP/RE складало 1,4, що, за нашими спостереженнями було цікавим моментом в плані реалізації репродуктивної функції у цієї пацієнтки в майбутньому. Через 1,5 року вона завагітніла і була сприятливо розроджена.

На відміну від цього, співвідношення RP/RE у трьох жінок з вагітністю, що перервалася, складало 6,0, 6,4 і 7,5, тобто більше ніж в три рази перевищувало величину аналогічного параметру у решти пацієнток. Слід відмітити, що у одній з них розріз порожнини матки та видалення плідного яйця відбулося інтраопераційно при спробі енуклеації найбільшого інтерстиціального лейоміоматозного вузла 11 см в діаметрі, що розташовувався в області плацентарної площадки та збільшувався доцентрово, різко деформуючи порожнину матки та плідне яйце. Ця пацієнтка хотіла зберегти вагітність, але високий показник співвідношення RP/RE (6,0) ставив під сумнів пролонгування даної вагітності, навіть у випадку проведення успішного хірургічного лікування.

Виходячи з наведено вище, ми припустили, що величина співвідношення RP/RE 6,0 та вище може бути розцінена як показник, характерний для прогестеронзалежної пухлини матки. Це свідчить про переважаючий вплив прогестерону на розвиток лейоміоми матки у цих пацієнток. Іншими словами, можна сказати, що у 3 (20%) з 15 вагітних з лейоміомою матки ми виявили прогестеронзалежну пухлину. Даний висновок має велике значення для практичного акушерства, так як терапія гестагенами на ранніх термінах гестації у цих жінок, мабуть, не завжди є обґрунтованою, і, напав-

ки, у деяких випадках може сприяти швидкому зростанню лейомиоми. Мабуть, ці дослідження необхідно продовжити на достатній кількості матеріалу.

### ВИСНОВКИ

Таким чином, проведений аналіз показав, що вивчення особливостей рецепторного апарату утероміоцитів 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.

#### Особенности патогенеза лейомиомы матки различной локализации С.В. Гридчин

Проведенный анализ показал, что изучение особенностей рецепторного аппарата утероміоцитов 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.

#### Features patogenesis of leiomyoma of uterus different localisation S.V. Gridchin

The carried out analysis has shown, that studying of features receptors the device uteromіocytes 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 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, 2012. – 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, 2011. – 4: 136–138.
3. Кулаков В.И., Адамьян 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: 487–570.
5. Хирш Х.А., Кезер О., Икле Ф.А. Оперативная гинекология / Пер. с англ. М.: ГЭОТАР, 2006. – 649 с.

УДК 618.14-006.36

## Роль оперативного лечения миомы матки в восстановлении репродуктивной функции женщин

А.А. Довгань

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

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

**Ключевые слова:** миома матки, оперативное лечение, репродуктивная функция.

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

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

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



остаются нерешенными, а по ряду принципиальных вопросов в литературе имеются противоречивые мнения.

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

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

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

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

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

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

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

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

Особый интерес представляют данные о количестве удаленных узлов. Так, миомэктомию 1 узла была произведена у 50,0% пациенток, 2х узлов – у 17,0%, что в

сумме составляет 67,0%. У 18,0% пациенток было удалено более 5 узлов, причем у 10,0% их количество превысило 10.

Очень важное значение имеет факт вскрытия полости матки во время операции, что наблюдалось у 18,0% женщин, при том, что только у 6,0% имело место субмукозное расположение узла. Достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) лейомиома располагалась в толще миометрия и вскрытие полости происходило в связи с энуклеацией интерстициальных узлов с центрипетальным ростом, что наблюдалось у 12,0% пациенток. При этом размер опухоли был от 3 до 12 см, причем в 8,0% случаях он превышал 5 см.

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

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

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

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

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

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

Кисты яичников были диагностированы у 6,0% пациенток. На первом году – у 1-й, на втором – у 2-х, и еще 3 случая выявлены спустя 4 года после операции. После проведения курса противовоспалительной и гормональной терапии у 5,0% женщин при контрольном ультразвуковом исследовании яичники имели нормальную структуру. Один случай закончился лапароскопией и резекцией яичника в пределах здоровых тканей. По результатам гистологического исследования киста оказалась фолликулярной. Помимо этого интраоперационно был выявлен спаечный процесс в области рубца на матке с петлями кишечника, что вызывало некоторые технические трудности при проведении операции.

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

Обострение хронического воспалительного процесса органов малого таза за наблюдаемый период времени было зафиксировано только у 9,0% оперированных женщин. И лишь у 1-й лечение проводилось в условиях стационара и потребовало проведения оперативной лапароскопии. Хотя данный показатель достоверно отличается от количества воспалительных процессов у наших пациенток до операции, мы не можем делать какие-либо выводы ввиду существенной разницы по временному и возрастному фактору.

### ВЫВОДЫ

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

### Роль оперативного лікування міоми матки у відновленні репродуктивної функції жінок

**А.А. Довгань**

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

**Ключові слова:** міома матки, оперативне лікування, репродуктивна функція.

### Role of operative treatment of myoma of uterus in restoration of reproductive function of women

**A.A. Dovgan**

The carried out analysis has shown positive influence myomectomy on normalisation reproductive functions of women with a uterus myoma. Operation carrying out has allowed to get rid of the basic complaints at the majority of patients. Thus by us it is not revealed influences of operation on gynecologic disease, and the quantity of relapses is insignificant.

**Key words:** uterus myoma, operative treatment, reproductive function.

### 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. – 2012, 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. – 2011, 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, 2010. – С. 487–570.
5. Хирш Х.А., Кезер О., Икле Ф.А. Оперативная гинекология / Пер. с англ. М.: ГЭОТАР, 2012. – 649 с.

УДК 618.17-02:618.14-007.66

## Роль сучасних технологій в діагностиці дворогої і сідлоподібної матки

**А.В. Заболотін**

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 сідлоподібної матки складають групу високого ризику щодо розвитку порушень репродуктивної функції, причому при дворогій матці – первинного безпліддя, а при сідлоподібній – 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, діагностика.

Уроджені аномалії розвитку (ВАР) матки і піхви серед дівчаток з гінекологічною патологією складають до 6% і мають тенденцію до зростання [1–3]. Клінічні прояви ВАР матки і піхви залежать від форми аномалії і частіше характеризуються дисменореєю, первинною аменореєю, тазовим болем [2, 3]. При ВАР з порушенням відтоку менструальної крові в 80% зустрічається спайковий процес малого тазу і ендометріоз [1, 2].

Серед різних варіантів ВАР матки найчастіше зустрічаються дворога і сідлоподібна матка, проте наукові публікації в даному напрямі небагаточисельні і носять фрагментарний характер, при тому, що частота даної патології зростає.

**Мета дослідження:** вивчення ролі сучасних технологій в діагностиці сідлоподібної і дворогої матки.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети було обстежено 45 пацієнток, з яких в 24 була діагностована дворога матка і в 21 – сідлоподібна.

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 при варіанті 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 внутрішньої контури 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 пороку 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 боки 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 сідлоподібній формі матка дещо розширена в поперечнику, дно має невелике поглиблення, розщеплювання на два роги виражене трохи, тобто наголошується майже повне злиття маткових рогів, за винятком області дна матки. При гістероскопії видно обоє гирла маткових труб, а дно виступає в порожнину матки у вигляді дуги.

При аналізі репродуктивної функції обстежених пацієнток нами встановлено, що частота безпліддя у жінок з дворогою маткою складає 17 випадків 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 запізненою. 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 відобразилася і на методі розродження пацієнток. Так, всі 4 випадки доношеної вагітності закінчилися абдомінальним розродженням у зв'язку з наявністю АРМ і високим перинатальним ризиком

(ПД і ЗРП). З випадки передчасних пологів були проведені консервативно, а основною причиною дострокового розродження був передчасний розрив плодових оболонок.

При оцінюванні клінічних і репродуктивних аспектів пацієнток з сідлоподібною 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 сідлоподібної 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 – у 2 (28,6%) і мимовільне переривання вагітності відзначене 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 пологові шляхи, а в 2 (40,0%) спостереженнях – шляхом операції кесарева розтину у зв'язку з наявністю дискоординованої пологової діяльності. Передчасні пологи були в 2 з 9 жінок (22,2%), а основною причиною був також як при попередньому варіанті – передчасний розрив плодових оболонок. Частота мимовільного переривання вагітності в I триместрі склала 22,2%, а основними причинами були вагітність, що не розвивається, і повне відшарування хоріону.

### ВИСНОВКИ

Результати проведення досліджень свідчать, що жінок з аномаліями розвитку матки у вигляді дворогої або сідлоподібної матки складають групу високого ризику щодо розвитку порушень репродуктивної функції, причому при дворогій матці – первинного безпліддя, а при сідлоподібній – 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 современных технологий в диагностике двурогой и седловидной матки А.В. Заболотин

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что женщины 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, диагностика.

### Role of modern technologies in diagnostics two-horn and saddle uterus A. V. Zabolotin

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, diagnostic.

### 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, 2009. – 267 с.

УДК [618.17+618.17-053.2]-06:616-056.52-084

## Возможности использования антигомотоксической терапии для коррекции нарушений менструальной функции у девочек групп высокого риска

**Т.С. Зорина**

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

Изучены сравнительные аспекты клинического течения, эхографических особенностей, эндокринологических и обменных нарушений у девочек с различной массой тела при рождении. Показана роль массы тела при рождении в генезе нарушений репродуктивной системы и соматической заболеваемости. Установлена взаимосвязь между клиническими, эхографическими, эндокринологическими и биохимическими изменениями у девочек с различной массой тела при рождении. Предложены методы контроля за клиническим течением пубертатного периода и эффективностью проводимых лечебно-профилактических мероприятий. Разработаны и внедрены практические рекомендации по снижению частоты и степени выраженности нарушений репродуктивной системы у девочек с крупной массой тела при рождении на основе использования комплексных гомеопатических препаратов.

**Ключевые слова:** пубертатный период, нарушения менструальной функции, коррекция.

Репродуктивное здоровье девочек и девушек является основой нормальной демографической ситуации в стране. В этой связи развитие детской и подростковой гинекологии имеет очень важное значение, потому именно в пубертатном периоде закладывается основа репродуктивного здоровья будущих матерей [1, 2, 6]. В последние годы в отечественной и зарубежной литературе [3, 5, 7] все чаще поднимается вопрос о наличии взаимосвязи между особенностями перенесенной акушерской патологии и состоянием репродуктивного здоровья девочек-подростков. В то же время, в современной литературе имеются только единичные публикации [1, 4] о физическом и половом развитии девочек, родившихся с различной массой тела. Хотя здесь можно допустить возможное развитие соматической заболеваемости и патологии пубертатного периода. Все изложенное выше является основанием для проведения настоящего научного исследования.

**Цель исследования:** изучение возможности использования антигомотоксической терапии для коррекции нарушений менструальной функции у девочек групп высокого риска.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с целью и задачами настоящего научного исследования было проведено комплексное клиничко-лабораторное и функциональное обследование 90 девочек пубертатного периода, которые были разделены на три группы: контрольная группа – 30 соматически здоровых девочек, родившихся через естественные родовые пути от матерей без акушерской и экстрагенитальной патологии с весом 3000–3500 г; 1 группа – 30 девочек, родившихся с весом более 4000 г и получавших общепринятые лечебно-профилактические мероприятия; 2 группа – 30 девочек, родившихся с весом более 4000 г и у которых был использован предлагаемый нами дифференцированный подход к коррекции патологии репродуктивной системы.

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

Общепринятые лечебно-профилактические мероприятия включали в себя следующие моменты: витаминотерапия (Е, С, фолиевая кислота); физиотерапия (эндоназальный электрофорез) и биостимуляторы (алоз, стекловидное тело, гумизоль).

Дифференцированный подход к коррекции нарушений репродуктивной системы состоял из следующих аспектов:

1. При варианте рождения крупного плода вследствие конституциональных особенностей использовали:

- коэнзим композитум по следующей схеме: еженедельно по 1 ампуле № 10;
- гинекохель – по 10 капель 2 раза в день в течение 14 дней ежемесячно № 3.

2. В случае рождения крупного плода по причине наличия у матери соматической (сахарный диабет, тиреоидная патология) и/или акушерской патологии (преэклампсия, фетоплацентарная недостаточность, резус-конфликт, переносная беременность) применяли:

- препараты коэнзим композитум и овариум композитум по следующей схеме: по 1 ампуле через 1, 2, 3, 4 и 5 дней с последующим введением каждые 5 дней всего № 10–20 в зависимости от клиническо-функционально-лабораторных показателей;
- гинекохель – 1 день – 10 капель 8 раз в сутки; 2 день – 10 капель 4 раза в сутки; с 3 дня по 10 капель 2 раза в сутки до 14 дней ежемесячно № 3–6;
- церебрум композитум по 1 ампуле еженедельно № 5–10.

Началом проведения предлагаемых лечебно-профилактических мероприятий считали возраст девочек 12–12,5 лет, что предшествует началу менструальной функции по Закарпатскому региону на 3–6 мес.

Наш выбор для коррекции нарушений репродуктивной системы у девочек, родившихся с крупной массой тела, был сделан на производных фирмы «Heel» (Германия) в связи с тем, что они являются комплексными гомеопатическими препаратами, обладающими широким спектром действия по отношению к различным звеньям эндокринной и репродуктивной систем. Они не обладают побочными и аллергическими эффектами, хорошо переносятся пациентами.

В комплекс проведенного обследования были включены основные клинические, лабораторные и функциональные методы исследования.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Как показали результаты клинической характеристики матерей крупновесных девочек, у них отмечена высокая частота различных гестационных осложнений, в том числе и в критические для гонад сроки. Это, в свою очередь, может нарушать процессы структурной и функциональной дифференцировки гонад у женского пола. Перинатальная патология у новорожденных с крупной массой тела была в несколько раз выше по сравнению с контрольной группой, что может иметь отрицательное влияние на формирование и становление центральных механизмов регуляции физического и полового развития, а также менструальной функции. Полученные результаты являются убедительным основанием для изучения сравнительных аспектов физического и полового развития девочек, родившихся с различной массой тела.

При анализе сравнительных аспектов полового развития девочек, рожденных с различной массой тела, прослеживается четкая зависимость последовательности и степени выраженности пубархе. Так, средний возраст телархе был выше, в среднем, на 1 год у крупновесных девочек, однако темпы развития молочных желез (показатель Ма 3 меньше на 10–13%) в этих группах были существенно ниже. Весьма показательным является в этом аспекте и значительный уровень (33,3%) у крупновесных девочек лобкового оволосения по мужскому типу с переходом на белую линию живота и внутреннюю поверхность бедер. Эти данные свидетельствуют об их отставании в половом развитии по целому ряду параметров, по сравнению с девочками, родившимися с массой тела 3000–3500 г, и указывают на необходимость дополнительного изучения гормонального статуса в сравнительном аспекте.

Особый интерес представляют данные об эндокринологическом статусе обследованных девочек в 12 лет. Характерной особенностью полученных результатов является отсутствие достоверных различий со стороны ряда показателей: ФСГ ( $p > 0,05$ ); пролактин ( $p > 0,05$ ); кортизол ( $p > 0,05$ ); трийодтиронин ( $p > 0,05$ ) и тироксин ( $p > 0,05$ ). По сравнению с этим у крупновесных девочек было отмечено достоверное увеличение содержания ЛГ ( $p < 0,05$ ) и ТТГ ( $p < 0,05$ ) при одновременном достоверном снижении уровня эстрадиола ( $p < 0,05$ ) и прогестерона ( $p < 0,05$ ). Полученные данные свидетельствуют о сложности генеза гормональных нарушений у крупновесных девочек. Это проявляется нарушением функции гипоталамо-гипофизарной области (достоверное увеличение содержания ЛГ); яичников (достоверное снижение уровня эстрадиола и прогестерона) и щитовидной железы (рост содержания ТТГ). Такая ситуация, по нашему мнению, указывает на возможности поиска щадящих вариантов корригирующей терапии у девочек, рожденных с массой более 4000 г для возможного предупреждения более серьезных гормональных изменений. Кроме того, это диктует необходимость дополнительного ультразвукового обследования органов репродуктивной системы девочек различных групп именно в ранний пубертатный период.

Основной особенностью полученных эхографических данных является наличие достоверного увеличения основных размеров матки (длина, передне-задний размер,

ширина и длина шейки матки) и яичников (толщина, длина и ширина) у крупнорожденных девочек ( $p < 0,05$ ). Кроме того, были изучены особенности созревания фолликулов у девочек разных групп в 12 лет. Полученные результаты позволяют констатировать у крупновесных девочек наличие множественных фолликулов в 1,5 раза чаще по сравнению с контрольной группой, также в единичных случаях (6,7%) и формирование функциональных кист яичников. По нашему мнению, результаты проведенных эхографических исследований указывают о повышенном риске формирования мелкокистозной дегенерации яичников у крупновесных девочек.

Как было уже отмечено выше, нами был использован дифференцированный подход к коррекции нарушений репродуктивной системы у крупновесных девочек. Основным обоснование такого решения были различные причины рождения детей с весом более 4000 г: конституциональные особенности и наличие сопутствующей экстрагенитальной и акушерской патологии. На основании установленных выше закономерностей первый вариант лечебно-профилактических мероприятий был использован во 2 группе в 56,7% случаев, а второй – соответственно у 43,3% пациенток. Весьма важным является отсутствия аллергических реакция и индивидуальной непереносимости гомеопатических препаратов во всех наблюдениях. Для оценки влияния предлагаемой корригирующей методики следующим этапом обследования всех клинически-функциональных и лабораторных показателей явился единый срок – 14 лет. Это связано с адекватностью и объективностью трактовки полученных данных.

К 14-летнему возрасту между крупновесными девочками 1 и 2 групп имели место достоверные различия со стороны всех антропометрических показателей. На наш взгляд, особого внимания заслуживает более низкая масса тела ( $p < 0,05$ ); меньшая окружность груди ( $p < 0,05$ ) и талии ( $p < 0,05$ ), также ширина плеч ( $p < 0,05$ ). При этом, достоверных различий между контрольной и 2 группой по всем параметрам нами не установлено ( $p > 0,05$ ). При сравнительной характеристике основных размеров таза девочек в этом же возрасте показано, что при использовании предлагаемой нами корригирующей терапии у крупновесных девочек 2 группы параметров таза были достоверно ниже, в среднем, на 1–1,5 см.

Для оценки клинической эффективности предлагаемой методики по отношению к соматической заболеваемости нами изучена их структура к 14-летнему возрасту. Основные различия отмечена со стороны следующих параметров: заболевания легких (33,3% и 10,0%); нейроциркуляторная астенция (33,3% и 13,3%) и заболевания желудочно-кишечного тракта (1 группа – 26,7% и 2 – 10,0%). Очень показательным является и предупреждения развития во 2 группе новой эндокринной патологии, уровень которой вырос на фоне общепринятых лечебно-профилактических мероприятий в 1,5 раза. При изучении среднего показателя соматической заболеваемости на одну девочку было установлено снижение этого параметра во 2 группе в 2,1 раза по отношению к 1 группе, что, безусловно, подчеркивает эффективность предлагаемой корригирующей терапии по отношению к экстрагенитальной патологии у крупновесных девочек.

Становление менструальной функции наиболее полно отражает имеющиеся гормональные изменения в пубертатном периоде. Наиболее выраженные различия констатированы при изучении основных параметров становления менстру-

альной функции. При оценке среднего возраста начала менархе можно констатировать, что использование корригирующей терапии способствовало своевременному началу менархе относительно контрольной группы (контрольная – 12,8±0,1 года; 1 – 13,5±0,1 года; p<0,05 и 2 – 12,9±0,1 года; p<0,05). Своевременно месячные установились у 70,0% девочек 2 группы, при том, что в группе сравнения этот параметр был в 1,6 раза меньше (43,3%). Весьма показательным является тот факт, что к 14-летнему возрасту у 23,3% девочек 1 группы имели место различные нарушения менструального цикла, а при использовании нашей методики данный показатель был ниже в 3,5 раза (6,7%). Аналогичную закономерность можно было наблюдать и при оценке продолжительности менструального цикла: показатель «31 и более дней» (30,0% и 6,7%); частоте болезненных менархе (53,3% и 26,7%); количестве теряемой крови: «обильные месячные» (40,0% и 20,0%) и продолжительности менструации: «более 6 дней» (43,3% и 16,7%). Полученные данные о становлении менструальной функции являются достаточно убедительным подтверждением эффективности предлагаемых нами лечебно-профилактических мероприятий.

Подтверждением клинической эффективности предлагаемой методики являются результаты дополнительных лабораторных (эндокринологических и биохимических) и эхографических методов исследования.

Таким образом, как показатели результаты проведенных исследований дифференцированный подход к коррекции нарушений репродуктивной системы по предлагаемым нами схемам позволяет предупредить нарушения физического и полового развития; снизить общую соматическую заболеваемость в 2 раза, частоту нарушений менструального цикла в 3,5 раза, мультифолликулярных форм яичников в 1,7 раза и предотвратить образование функциональных кист яичников при одновременной нормализации эндокринологического статуса и липидного обмена.

**Можливості використання антигомотоксичної терапії  
для корекції порушень менструальної функції  
у дівчаток груп високого ризику  
Т.С. Зоріна**

Вивчено порівняльні аспекти клінічного перебігу, ехографічних особливостей, ендокринологічних і змінних порушень у дівчаток з різною масою тіла при народженні. Показана роль крупної маси тіла при народженні в генезі порушень репродуктивної системи і соматичної захворюваності. Встановлений взаємозв'язок між клінічними, ехографічними, ендокринологічними і біохімічними змінами у дівчаток з різною масою тіла при народженні. Запропоновані методи контролю за клінічним перебігом пубертатного періоду і ефективністю лікувально-профілактичних заходів. Розроблені і упроваджені практичні рекомендації щодо зниження частоти і ступеня вираженості порушень репродуктивної системи у дівчаток з крупною масою тіла при народженні на основі використання комплексних гомеопатичних препаратів.

**Ключові слова:** пубертатний період, порушення менструальної функції, корекція.

**Possibilities of use antigomotoxice therapies for correction of  
infringements of menstrual fuction at the girls groups of high risk  
T.S. Zorina**

The relative aspects of clinical flow, ultrasound of features, endocrinological and metabolic infringements at the girls with various mass of a body are investigated at birth. The role of large mass of a body is shown at birth in a genesis of infringements of reproductive system and somatic case rate. The interrelation between clinical, ultrasound, endocrinological and biochemical changes at the girls with various mass of a body fixed at birth. The methods of the control behind clinical flow pubertate term and efficacy of spent treatment-and-prophylactic measures are offered. Are developed and the practical references on drop of frequency and degree of manifestation of infringements of reproductive system at the girls with large mass of a body are introduced at birth on the basis of use of complex homeopathic preparations.

**Key words:** pubertate term, infringements of menstrual fuction, correction.

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Вдовиченко Ю.П., Палагусинец А.Ю., Данкович Н.О. Особливості фізичного і статевого розвитку дівчаток, які народилися з крупною масою тіла // Науковий вісник Ужгородського ун-та. Серія «Медицина». – 2011. – Вип. 13. – С. 170–172.
2. Вовк І.Б., Ромащенко О.В. Сучасні функціональні методи дослідження в дитячій та підлітковій гінекології // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2010. – № 4. – С. 36–38.
3. Гуркин Ю.А., Соломкина Н.Ю., Кропотин П.Н. Перспективы реабилитации в детской гинекологии // Пути развития современной гинекологии. – М., 2010. – С. 94–98.
4. Данкович Н.О., Палагусинец А.Ю., Бакучава Р.О. Взаємозв'язок соматичного статусу і порушень менструального циклу у дівчаток у пубертатному періоді // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2001. – № 2. – С. 80–81.
5. Куликов А.М. Заболевания желудочно-кишечного тракта у девушек с нарушениями полового развития // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2010. – № 4. – С. 343–344.
6. Ромащенко О.В. Запальні захворювання органів малого тазу у юних жінок // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – № 1. – С. 113–117.
7. Шабанова Л.Ф., Ландина О.Ю., Куликов А.М. Оценка эффективности реабилитации при соматических заболеваниях у подростков // Международный журнал иммунореабилитации. – 2010. – № 4. – С. 53–55.

УДК 618.14-0926612.627

## Поєднана патологія матки у жінок репродуктивного віку в аспекті морфологічних досліджень

**Г.В. Колесник**

Національна медична академія післядипломної освіти імені 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 розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** поєднана патологія матки, репродуктивний вік.

Останніми роками наголошується закономірне ушкодження матки всіма типами гіперпластичних процесів – аденоміоз, лейоміома, гіперплазія ендометрія – особливо у жінок репродуктивного віку з попередніми запальними захворюваннями органів малого тазу, що свідчить про деякі загальні закономірності розвитку цих патологічних процесів [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:** вивчення морфологічних особливостей 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 розміром 15 і більше тижнів вагітності також був критерієм виключення.

На підставі результатів власного дослідження 153 пацієнток з поєднаною патологією матки (аденоміоз) і ендометрія було розподілено 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±3,5 року і по групах достовірно не відрізнявся, тобто всі пацієнтки були репродуктивного віку.

Гіперменорею 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 крововтрати. У наших дослідженнях рясні менструації спостерігали у 95(62%) хворих. Поліменорею 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. Метрорагія – маткові кровотечі, що не пов'язані з менструальним циклом зустрічалася в 87 (56,7%) хворих, кров'яні виділення, що мастять 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; підозра на гіперпластичний процес ендометрія – у 75 (49%); аденоміоз у поєднанні із зростаючою лейоміомою матки – у 10 (6,5%); загострення хронічних запальних захворювань матки і придатків – 22 (14,6%); гіперплазія атипії ендометрія – у 42 (27,5%); підозра на наявність пухлини і пухлиноподібного утворення яєчника – у 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 мастять до і після менструації і рясні, тривалі менструації. Більш за третину хворих 1 групи – пацієнтки з аденоміозом у поєднанні з ендометритом скаржилися на рясні 14 (35%) і тривалі 12 (30%) менструації. Більше половини 12 (52,5%) страждали дисменореєю і в 27 (67,5%) наголошувалися кров'яні виділення, що мастять, до і після менструації. Ці дані можуть говорити на користь «активного» аденоміозу. Порушення менструального циклу в 2, 3, 4 групах, такі, як мено- і метрорагія, є симптомами супутньої гіперплазії ендометрія з атипією і без атипії і супут-



нього 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 сальпінгофорит спостерігався в 20 (48,8%) хворих, хронічний ендометрит – в 13 (31,7%). У 3 групі хронічний сальпінгофорит і ендометрит зустрічався в 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). Роздільне діагностичне вишкрібання (РДВ) з приводу кровотеч було виконано 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 вишкрібанню матки в 25 (60,9%) випадках. Гормональне лікування проводилося 10 (24%) пацієнтці (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). РДВ раніше було виконано 27 (64,3%) хворим. Кісти яєчників за даними анамнезу діагностувалися в 12 (28,6%) випадків.

У хворих раком ендометрія лейоміома матки спостерігалася більш ніж в третини, утворення яєчників раніше виявлялися в 11 (36,7%) хворих. РДВ виконано у 26 (86,7%) пацієнток.

Після проведення бімануального ректовагінального і ультразвукового дослідження нами були визначені розміри матки. У більшості хворих 59 (38,6%) розмірів матки не перевищували 6–8 тиж вагітності. У 1 групі переважали розмір матки 9–11 тиж – у 11 (27,5%) хворих, у 2 групі – 6–8 тиж – у 21 (51,2%), у 3 групі – 12–15 тиж – у 19 (45,3%), у 4 групі – у 14 (46,7%) розмірів матки не перевищували 6–8 тиж вагітності.

Найбільш достовірним методом діагностики аденоміозу є комплексне морфологічне дослідження. Були вивчені видалені матки і придатки від 153 прооперованих хворих і зскрібки ендометрія після РДВ 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 ступеню ми орієнтувалися глибини інвазії ендометрія в міометрій 2,5–3 мм і більше, а для II ступеню аденоміозу – понад 5 мм до середини міометрія, III ступеня – ушкодження аденоміозом всього м'язового шару до серозної оболонки.

Дифузний аденоміоз зустрічався у 91,5% жінок, причому аденоміоз II ступеня – в 66,2% хворих і III ступеня – у 22,2% пацієнток. У 1 групі II ступінь аденоміозу зустрічалася у 85,1% хворих, II ступінь – у 15,0%. У 2 групі аденоміоз II ступеня спостерігався у 78,2%, III ступеня – у 22,1%. У 3 групі аденоміоз II ступеня – у 64,3% і III ступеня – у 26,2%. У 4 групі аденоміоз II ступеня виявлений у 30,2%, а аденоміоз III ступеня – у 40,1% хворих.

Тканина при аденоміозе на розрізі має вигляд ділянок ущільнення неоднорідної будови, без капсули і чітких кордонів, інфільтрати, що є, вузли і дрібнокістозні утворення. Часто в товщі міометрія виявлялися 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) нами використовувалася класифікація 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, міксоїдна, лейоміома атипії, ліполейоміома і так далі). У нашому 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 вигляду. Переважали вузли міжм'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, представленої вузлами з щільної білястої волокнистої тканини 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. Суттєвою 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 полях зору при великому збільшенні ( $\times 400$ ).

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 ступеню зміни архітекtonіки тканин – зміни співвідношення епітеліального і стромального компонентів.

В цілому поліпи зустрічалися в 6,5% випадках, у хворих 2 групи. Поліпи ендометрія в 91,1% спостережень виявилися поодинокими, у 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 деревовидної 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 багаторядно розташованими ядрами. Ядра овальні або декілька 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 розміру і формі, кількість мітозів варіює. Через переважання залозистого компонента стромальні клітини здавлені і набувають веретеноподібної форми.

У наших дослідженнях для визначення атипової гіперплазії ми дотримувалися наступних критеріїв: 1) втрата полярності розташування ядер; 2) незвичайна форма ядер (частіше округла форма); 3) поліморфність ядер; 4) порізана ядерна мембрана; 5) щільний хроматин.

У власних спостереженнях в 21,6% випадків зустрічалася проста атипова гіперплазія, яка схожа по будові з простою типовою гіперплазією ендометрія. Залози при простій атиповій 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 атипова гіперплазія зустрічалася в 10,4% в репродуктивному і в 11,1% – у перименопаузальному віці.

Складна атипова 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 атипова гіперплазія ендометрія 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 гіперхромним, так і гіпохромним забарвленням. Блідіше 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 вияв-

лені 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-плазмодклітинної, 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 спостерігається 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 безвічатих 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 безвічатих 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 пацієток 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 (ендцервіцити), 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% пацієток. 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% пацієток.

### 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 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.

### Сочетанная патология матки у женщин репродуктивного возраста в аспекте морфологических исследований

*А.В. Колесник*

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что обтяженный акушерско-гинекологический анамнез, приводящий к дисбалансу гормонального гомеостаза, 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.

### Combination pathologies of uterus at women of reproductive age in aspect of morphological researches

*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 эндометрия, 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. – 2012. – Т. 67, № 3. – С. 31–34.
3. Ашрафян Л.А., Киселев В.И. Опухоли репродуктивных органов (этиология и патогенез). – М.: Димитрейд График Групп, 2007. – 216 с.
4. Баскаков В.П., Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф. Эндометриодная болезнь. – СПб.: ООО «Издательство Н-Л». – 2012. – 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.

## Особливості лікування ендоцервікозу в жінок, які не народжували

*І.М. Купчак, Н.І. Генік*

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

**Фонові захворювання шийки матки у молодих жінок, котрі ще не народжували, до теперішнього часу залишаються актуальною проблемою сучасної гінекології. Проведено вивчення методу комплексного лікування ендоцервікозу у жінок, що не народжували, з використанням локальної деструкції патологічного вогнища методом аргоноплазмової коагуляції в поєднанні із використанням протимікробних та регенеруючих препаратів у післяопераційному періоді. Згідно результатів дослідження можна рекомендувати застосування комплексного протимікробно-го препарату з регенеративною дією Депантол в післяопераційному періоді в пацієнток з ендоцервікозом, що не народжували.**

**Ключові слова:** ендоцервікоз, жінки, які не народжували.

Збереження репродуктивного здоров'я жіночого населення – невід'ємна частина демографічної політики, тому що онкологічна захворюваність жінок є однією з проблем, які потребують вирішення на державному рівні [1].

За останні два десятиліття сталися значні зміни в структурі онкологічної патології. Відзначається ріст захворюваності серед жінок репродуктивного віку. Рак шийки матки займає друге місце серед онкологічної патології жіночих репродуктивних органів в Україні. Питома вага жінок репродуктивного віку серед усіх хворих на рак шийки матки становить 48,5% [1, 2]. Збільшується кількість дисплазій у молодих жінок до 30 років, зростає кількість початкових форм раку у віці 33–34 роки, а також смертність у віковому інтервалі 25–49 років [3].

Актуальність вивчення фонових патологій шийки матки зумовлена значним ступенем виявлення у молодих жінок, які ще не народжували і ймовірністю подальшої малігнізації. За даними літератури ендоцервікоз зустрічається у 38,8% жіночого населення і у 54,2% гінекологічних хворих; в 49,2% ектопія виявляється в групі молодих жінок до 25 років [3, 5]. Збільшення частоти фонових патологій шийки матки (в тому числі й ендоцервікозу) у жінок, які не народжували, корелює з ростом захворювань генітальної системи, що передаються статевим шляхом, включаючи вірус папіломи людини (ВПЛ) високого онкогенного ризику [4]. Ці патологічні стани привертають увагу практикуючих лікарів і вчених, оскільки можуть бути основою малігнізації [3].

Оптимальними методами лікування фонових захворювань у молодих жінок, які не народжували, є такі, що поєднують ефективний вплив на патологічний процес з відсутністю травматичного пошкодження шийки матки, і не здійснюють негативний вплив на репродуктивне здоров'я жінки та майбутній перебіг пологів. Спектр використання сучасних методів деструкції патологічного вогнища шийки

матки у молодих жінок, які не народжували, обмежений тими, що не залишають рубцевого деформування. Серед останніх можна виділити хіміодеструкцію, лазерну вапоризацію і аргоноплазмову коагуляцію. Важливе значення у виборі методу деструкції відіграє тривалість медичної реабілітації пацієнток, процеси регенерації епітелію і пов'язана з ними ймовірність інфікування, патологічної проліферації і метастазування епітелію [4, 6].

Останнім часом в гінекологічній практиці для проведення деструкції патологічних вогнищ використовують метод аргоноплазмової коагуляції тканин (АПК) за допомогою апарату «ФОТЕК-ЕА 142». Аргоноплазмова коагуляція тканин – це метод монополярної високочастотної хірургії, при якому енергія струму високої частоти електродом подається на тканину безконтактним способом за допомогою іонізованого інертного газу аргону, в результаті чого між електродом і тканиною утворюється аргоноплазмовий факел. Під впливом факела проходить локальний нагрів тканини і коагуляція на глибину не більше 3 мм. Перевагами методу АПК є відсутність контакту електроду з тканинами, що виключає його мікробну контамінацію, можливість контролю глибини і площі коагуляції, відсутність пошкодження сполучної тканини [6]. При використанні аргоноплазмової коагуляції для лікування патологічних процесів шийки матки загонення проходить в короткі терміни, не утворюються грубі рубці, що дозволяє застосовувати цей метод у жінок, що не народжували.

**Мета дослідження:** вивчення методу комплексного лікування ендоцервікозу у жінок, що не народжували, з використанням локальної деструкції патологічного вогнища методом аргоноплазмової коагуляції в поєднанні із використанням протимікробних та регенеруючих препаратів у післяопераційному періоді, в контексті дослідження процесів регенерації цервікального епітелію, виникнення ускладнень після проведеного лікування.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

В основу дослідження покладено обстеження 60 жінок, які не народжували, віком від 18 до 25 років з фоновими процесами шийки матки. Жінки були відібрані для дослідження після проведеного обстеження: проведено огляд, анкетування, розширену фотокольпоскопію, гінекологічне дослідження, забір мазків на флору та онкоцитологію, обстеження на ІПСШ і TORCH-інфекції, визначення вірусів папіломи людини високого онкогенного ризику та їх типів, взяття біопсії шийки матки для гістологічного дослідження. В групу дослідження увійшли жінки, в яких гістологічно підтверджений ендоцервікоз.

Обстеженням пацієнток деструкцію патологічно змінених ділянок шийки матки проводилось шляхом аргоноплазмової коагуляції тканин. В дослідження були включені пацієнтки без ознак запального процесу геніталій. При наявності ознак запального процесу та виявленні інших генітальних інфекцій проводилось комплексне етіотропне протизапальне лікування за загально прийнятою методикою. Групи були рандомізовані по віку жінок, анамнестичних даних, результатах комплексного обстеження. Операцію здійснювали на 3–7-й день менструального циклу з метою створення оптимальних умов для відновлення тканин та профілактики ендометріозу шийки матки. Деструкцію патологічно змінених ділянок шийки мат-

ки проводили шляхом аргоноплазмової коагуляції тканин в режимі «Спрей» потужністю 36 Вт, розхід аргону – 7 л за 1 хв. Коагуляція проводилася факелом аргонної плазми круговими рухами від периферії до центру в межах здорових тканин до утворення світло-жовтої ділянки шийки матки.

Залежно від проведеного післяопераційного лікування жінки були поділені на групи.

До I групи включено 20 жінок, яким після проведення АПК призначено вагінальні супозиторії Депантол двічі на день протягом 10 днів для протимікробного та регенеруючого впливу. Депантол – комбінований препарат з регенеруючим, протимікробним і метаболічним ефектом для місцевого застосування в гінекологічній практиці. Одна свічка містить дві активних речовини декспантенол 100 мг, хлорексидину біглоконат – 16 мг і поліетиленоксидну основу.

До II групи ввійшло 20 пацієнок, яким в післяопераційний період на 10 днів призначали санацію піхви вагінальними супозиторіями Гексикон, а з метою поліпшення регенерації – вагінально метилурацилові свічки.

III група – 20 жінок, яким після аналогічної АПК санацію піхви проводили антисептичним розчином хлорексидином та призначали метилурацилові супозиторії для покращення заживлення.

Клінічну ефективність терапії оцінювали за позитивною динамікою симптоматики, кольпоскопічної, цитологічної картини та результатів бактеріологічного дослідження.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У досліджуваних хворих ми порівнювали клінічну симптоматику. В результаті опитування після виконання процедури АПК було виявлено, що больові відчуття у вигляді помірного поколювання відмічали 18 жінок (30%) із всіх досліджуваних. Скарги по тривалості були протягом 2–5 хв, в подальшому відчуття дискомфорту не було. Патологічних виділень після виконання АПК не було в жодному випадку.

В процесі проведення післяопераційного лікування в I групі 1 жінка (5%) відмічала дискомфорт та незначне відчуття печіння при застосуванні препарату Депантол. В II групі 3 пацієнтки (15%) скаржилися на печіння в ділянці зовнішніх статевих органів та піхви під час застосування свічок Гексикон. В III групі жінки відмічали незручність при проведенні спринцювань з хлорексидином та неприємні відчуття печіння під час процедури – 8 пацієнок (40%).

В результаті проведеного дослідження після лікування Депантолом кольпоскопічно виявлено наявність ранньої епітелізації тонким шаром багатшарового плоского епітелію вже через 2 тиж у 12 жінок (60%), що перевищувало відповідну кількість в цей період пацієнок з II групи – 8 жінок (40%) та третьої – 6 жінок (30%). Через 1 міс в I групі питома вага повної епітелізації дещо вища, ніж в II і III групах, що свідчить про кращу регенеруючу дію пантенолу, що входить до складу Депантолу, порівняно з метилурацилом. Через 1,5 міс суттєвої різниці в частоті повної епітелізації у всіх трьох досліджуваних групах не було (табл. 1).

Слід відзначити, що через 1 міс після початку лікування у 6 (30%) жінок III групи спостерігалась часткова епітелізація – наявність невеликих неепітелізованих

Таблиця 1

### Кількість жінок з повною епітелізацією ектоцервіксу в динаміці спостереження

Група жінок	Час дослідження		
	Через 2 тиж	Через 1 міс	Через 1,5 міс
I група	12 (60%)	17 (85%)	20 (100%)
II група	8 (40%)	15 (75%)	20 (100%)
III група	6 (30%)	14 (70%)	19 (95%)

Таблиця 2

### Кольпоцитологічна картина через місяць після дослідження

Група жінок	Неповна епітелізація		Наявність запального процесу	
	Абс. кількість	%	Абс. кількість	%
I група	3	15	0	0
II група	5	25	2	10
III група	6	30	3	15

ділянок, в той час як в II групі неповна епітелізація мала місце в 5 (25%) випадках, а в I групі – в 3 (15%) випадках.

У 3 пацієнок III групи (15%) і в 2 (10%) – в II групі був виявлений запальний процес після лікування, який виражався в гіперемії, набрякості і кровоточивості тканин ектоцервіксу. У пацієнок першої групи явищ запалення відмічено не було (табл. 2)

Протягом року пацієнтки знаходилися на диспансерному спостереженні. Випадків рецидивів ектоцервікозу та запальних ускладнень не було. Слід відмітити також, що 5 жінок після проведеного лікування завагітніли протягом 1 року.

### ВИСНОВКИ

Результати дослідження довели високу ефективність застосування препарату Депантол у молодих жінок, які не народжували, після проведення деструкції патологічного вогнища методом аргоноплазмової коагуляції. До переваг застосування Депантолу належить практично відсутність неприємних відчуттів в порівнянні з іншими препаратами хлорексидину, відсутність запального процесу після лікування. Наявність пантенолу в складі препарату дозволяє пришвидшити процеси епітелізації до двох тижнів, зменшення кількості пацієнок з неповною епітелізацією ектоцервіксу після проведеного лікування. Згідно результатів дослідження можна рекомендувати застосування комплексного протимікробного препарату з регенеративною дією Депантол в післяопераційному періоді в пацієнок з ектоцервікозом, що не народжували.

### Особенности лечения эндоцервикоза у нерожавших женщин

*И.М. Купчак, Н.И. Генык*

Фоновые заболевания шейки матки у молодых нерожавших женщин на сегодняшний день остаются актуальной проблемой современной гинекологии. Проведено изучение метода комплексного лечения эндоцервикоза в нерожавших женщин с использованием локальной деструкции патологического очага методом аргоноплазменной коагуляции в сочетании с использованием противомикробных и регенирирующих препаратов в послеоперационном периоде. Согласно с результатами исследования можно рекомендовать использование комплексного противомикробного препарата с регенирирующим действием Депантол в послеоперационном периоде в нерожавших женщин с эндоцервикозом.

**Ключевые слова:** эндоцервикоз, нерожавшие женщины.

### Peculiarities of endocervicosis treatment in nulliparae

*I.M. Kupchak, N.I. Genyck*

Phone cervix diseases in nulliparae are still being actual problems in present gynecology. The complex endocervicosis treatment in nulliparae using local destruction of pathological place by means of argonoplasmatic coagulation accompanied with the use of antimicrobial and regenerative preparations in postoperative period was studied. Due to the results of investigation the use of complex antimicrobial preparation with regenerative action Depanthol may be recommended for nulliparae patients ill with endocervicosis in postoperative period.

**Key words:** endocervicosis, nulliparae

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Козаченко В.П. Рак шейки матки // Современная онкология. – 2001; 2 (2): 2–4.
2. Кулавский В.А. Методы лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки / В.А. Кулавский, С.Ф. Насырова, Ф.А. Хайруллина и др. // Мать и дитя: матер. VI-го Росс, форума. – М., 2004. – С. 392–393.
3. Кустаров В.Н. Патология шейки матки / В.Н. Кустаров, В.А. Линде. – СПб.: Изд-во «Гиппократ», 2002. – 141 с.
4. Прилепская В.Н. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы. – М.: МЕДпрессинформ, 2003. – 430 с.
5. Прилепская В.Н. Эктопии и эрозии шейки матки / В.Н. Прилепская, Е.Б. Рудакова, А.В. Кононов. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 176 с.
6. Роговская С.И., Прилепская В.Н., Бебенева Т.Н. Диагностика и лечение заболеваний шейки матки и наружных половых органов широкогополосной радиоволновой хирургии и аргоноплазмовой абляции. // Пособие для врачей. – М., 2008. – 44 с.

УДК 618.14-006.36

## Консервативная миомэктомия — как метод восстановления нарушенной репродуктивной функции

*Е.О. Литвак*

Национальная медицинская академия последипломного образования  
имени П.Л. Шупика, г. Киев  
Государственное управление делами  
Научно-практический центр профилактической  
и клинической медицины, г. Киев

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

**Ключевые слова:** консервативная миомэктомия, репродуктивная функция.

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

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

Анализ научных работ, посвященных проблеме реконструктивно-пластических операций на матке у больных лейомиомой матки, показывает, что основной це-

лю проводимых операций является стремление оставить матку, сохранить или восстановить репродуктивную, менструальную функции и поддержать гомеостаз организма в целом. Однако до настоящего времени многие вопросы этой проблемы остаются нерешенными, а по ряду принципиальных вопросов в литературе имеются противоречивые мнения.

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

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

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

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

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

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

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

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

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

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

Очень важное значение имеет факт вскрытия полости матки во время операции, что наблюдалось у 18,0% женщин, при том, что только у 6,0% имело место субмукозное расположение узла. Достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) лейомиома располагалась в толще миометрия и вскрытие полости происходило в связи с энуклеацией интерстициальных узлов с центрипетальным ростом, что наблюдалось у 12,0% пациенток. При этом размер опухоли был от 3 до 12 см, причем в 8,0% случаях он превышал 5 см.

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

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

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

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

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

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

ткани не удалось. Во всех случаях диагноз гиперплазии эндометрия были подтверждены гистологически. В дальнейшем назначались гестагенные препараты в течение 3–12 мес.

Кисты яичников были диагностированы у 6,0% пациенток. На первом году – у 1-й, на втором – у 2-х, и еще 3 случая выявлены спустя 4 года после операции. После проведения курса противовоспалительной и гормональной терапии у 5,0% женщин при контрольном ультразвуковом исследовании яичники имели нормальную структуру. Один случай закончился лапароскопией и резекцией яичника в пределах здоровых тканей. По результатам гистологического исследования киста оказалась фолликулярной. Помимо этого интраоперационно был выявлен спаечный процесс в области рубца на матке с петлями кишечника, что вызывало некоторые технические трудности при проведении операции.

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

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

### ВЫВОДЫ

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

### Консервативна міомектомія – як метод відновлення порушень репродуктивної функції О.О. Литвак

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

**Ключові слова:** консервативна міомектомія, репродуктивна функція.

### Conservative myomectomy – as a method of restoration of the broken reproductive function E. O. Litvak

The carried out analysis has shown positive influence myomectomy on normalisation reproductive functions of women with a uterus myoma. Operation carrying out has allowed to get rid of the basic complaints at the majority of patients. Thus by us it is not revealed influences of operation on gynecologic disease, and the quantity of relapses is insignificant.

**Key words:** conservative myomectomy, reproductive function.

### 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, 2012, 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, 2012, 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, 2011. – С. 487–570.
5. Хириш Х.А., Кезер О., Икле Ф.А. Оперативная гинекология / Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР, 2012. – 649 с.



УДК 618.16-007.415-02:616.441-008.64

## Роль тиреоїдної дисфункції в розвитку і клінічному перебігу генітального ендометріозу

**Б.М. Лисенко**

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

Державне управління справами

Науково-практичний центр профілактичної і клінічної медицини, м. Київ

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 розробленні тактики ведення цих пацієнток.

**Ключові слова:** генітальний ендометріоз, тиреоїдна дисфункція, клінічний перебіг.

У даний час ендометріоз є однією з найбільш важливих проблем гінекології. Не дивлячись на більш ніж столітній період, що минув 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 частої і тривалої непрацездатності та безпліддя. Ендометріоз частіше зустрічається у жінок інтелектуальної праці, з високим соціальним рівнем, великим емоційним напруженням, хронічним стресом, що живуть в несприятливих екологічних обставинах і мають невелику кількість пологів [6–9].

Патогенез цього захворювання до кінця не вивчений і представляється хронічним, багатофакторним, прогресуючим, рецидивуючим захворюванням, з ознаками 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 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 нечисленні 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 нами були обстежені 110 хворих репродуктивного віку від 20 років до 41 року із зовнішнім генітальним ендометріозом.

Жінок були розподілені на дві групи. До 1-ї групи увійшли 50 пацієнток із зовнішнім генітальним ендометріозом (ЗГЕ) без патології ШЗ, до 2-ї – 60 жінок із ЗГЕ і супутнім гіпотиреозом.

Клінічні групи пацієнток сформовані таким чином: 1-у групу склали 10 (20%) пацієнток, які лікувалися з приводу безпліддя і в ході обстеження в них були виявлені вогнища ЗГЕ по черевині малого тазу; ще 15 (30%) звернулися до гінеколога із скаргами на дисменорею, диспареунію, біль в області тазу і при комплексному обстеженні був виявлений ЗГЕ; 25 пацієнток (50%) поступили на планове оперативне лікування з приводу ендометріодних кіст яєчників.

По локалізації процесу хворі 1-ї групи розподілені таким чином: 8 хворих (16%) мали ретроцервікальний ендометріоз (РЦЕ); 17 (34%) – ендометріоз черевини малого тазу (ЕО); 25 (50%) – ендометріодні кісти яєчників (ЕКЯ).

2-у 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%) пацієнток з них звернулися до гінеколога із скаргами на безпліддя, при дообстеженні у п'яти з них були ендометріодні кісти яєчників, у семи – вогнища ЗГЕ по черевині малого тазу; 21 пацієнтка (35%) скаржилася на постійний біль в області тазу 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 2-ї групи у 30 був виявлений субклінічний гіпотиреоз, у 30 – маніфестний, що дозволило розподілити 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 ЕО і 13 (43,3%) – з ЯКЯ.

Середній вік жінок 1-ї групи склав  $31,7 \pm 1,7$  року і виявився достовірно нижче ( $p < 0,05$ ) порівняно з хворими 2-ї групи ( $35,4 \pm 1,3$  року).

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, лабораторні і функціональні методи.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У власних дослідженнях ми провели 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 1-й групі і 35% (21 жінка) – в 2-й групі.

Що стосується ретроцервікального ендометріозу (РЦЕ) та кількість його в 2-й 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-ю групою (8 жінок – 16%) пацієнток.

Поширені форми ЗГЕ (поєднання ендометріодних кіст яєчників, ретроцервікального ендометріозу, ендометріозу очеревини малого тазу і шийки матки) мали місце лише в 2-й групі: у 6 (20%) жінок із супутнім субклінічним гіпотиреозом і в 4 (13,3%) – з 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 доріг 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-ї групи, що достовірно рідше ( $p < 0,05$ ) порівняно з 1-ю 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-ї і 60% (36 жінок) 2-ї 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 важкий перебіг, 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 мастять, після менструації, що є проявом гіполютеїзму при ЗГЕ, нами відмічено у 33 пацієнток (66%) 2-ї групи, що достовірно ( $p < 0,001$ ) частіше порівняно з 1-ю 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-ю групою (7 хворих – 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 часто є єдиною гінекологічною скаргою цих хворих.

У наших дослідженнях виявлено, що кількість пацієнток з безпліддям у 2-й групі склала 36,7% (22 жінки), що достовірно вище ( $p < 0,05$ ) порівняно з хворими з ЗГЕ без патології ЩЗ (10 жінок – 20%). Слід зазначити, що у жінок із ЗГЕ і субклінічним гіпотиреозом безпліддя зустрілося в 23,3% випадків (7 жінок), а з маніфестним – у 50% випадків (15 жінок). Виявлено достовірне збільшення числа безплідних жінок з ЗГЕ і маніфестним гіпотиреозом порівняно з пацієнтками 1-ї 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-й групі (у хворих з гіпофункцією ЩЗ) виявилася вищою (58,1% – 18 жінок), порівняно з аналогічним показником в 1-й групі (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 пацієнтками з ЗГЕ без патології ЩЗ (3 хворі – 10,7%).

Згідно власним спостереженням при поєднанні ЗГЕ і гіпотиреозу досить частий має місце легкий ступінь анемії (25% випадків – 15 жінок), що достовірно вище порівняно з 1-ю групою хворих (10% – 5 жінок)  $p < 0,05$ . Слід зазначити що, у всіх пацієнток унеможливлено постгеморагічної анемії.

Звертає на себе увагу також частіша наявність доброякісних гіперпластичних процесів ендометрія в 2-й групі жінок. Так, кількість хворих з гіперплазією ендометрія в 2-й групі (15% – 9 жінок) була достовірна вище порівняно з 1-ю групою (4% – 2 жінки –  $p < 0,05$ ).

Усі пацієнтки 1-ї і 2-ї групи були обстежені 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-ї групи, що виявилось достовірно частіше ( $p < 0,05$ ) порівняно із хворими 1-ї групи.

Клінічний прояв ЗГЕ при ушкодженні ІПСШ у хворих 2-ї групи мав деякі особливості. Так, у жінок з уреоплазменною інфекцією за наявності субклінічного гіпотиреозу (8 жінок – 26,7%) достовірно частіше ( $p < 0,05$ ) зустрічалися ЕКЯ порівняно з 1-ю групою пацієнток (4 жінки – 8%), а також в 20% випадків (6 жінок) мали

місце поширені форми ЗГЕ. Це стосується герпесвірусної інфекції, то вона виявлена у всіх пацієнток 2-ї групи з поширеними формами ЗГЕ.

### ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про наявність особливостей клінічного перебігу зовнішнього генітального ендометріозу поєднано з гіпофункцією щитоподібної залози. При гіпотиреозі спостерігається 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 ступеню. 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 часте інфікування пацієнток із зовнішнім генітальним ендометріозом у поєднанні з гіпотиреозом герпесвірусної і уреоплазмової інфекціями. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні тактики ведення цих пацієнток.

### Роль тиреоидной дисфункции в развитии и клиническом течении генитального эндометриоза В.М. Лысенко

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о наличии особенностей клинического течения наружного генитального эндометриоза в сочетании с гипофункцией щитовидной железы. При гипотиреозе наблюдается значительно более частая локализация ретро-цервикального 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 гипофункции щитовидной железы достоверно чаще отмечают бесплодие и невынашивание беременности на ранних сроках, причем в подавляющем большинстве случаев на фоне неразвивающейся беременности. Выявлено также более частое инфицирование пациенток с наружным генитальным эндометриозом в сочетании с гипотиреозом герпесвирусной и уреоплазмової інфекціями. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке тактики ведения этих пациенток.

**Ключевые слова:** генитальный эндометриоз, тиреоидная дисфункция, клиническое течение.

### Role thyreoidal dysfunctions in development and a clinical current of genital endometriosis В.М. 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:** genital endometriosis, thyreoidal dysfunction, 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 618.15-002-022-07

## Вплив стану мікробіоценозу статевих шляхів на вибір методів гормональної корекції

Н.П. Михайлів

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

Результати проведених досліджень свідчать, що мікродозовані гормональні контрацептиви не залежно від способу їх введення формують сприятливі умови для розмноження лактобацил у вагінальній екосистемі, надаючи через них опосередковану імунотулюючу дію на чинники місцевого імунітету, в першу чергу підвищуючи активність його гуморальної ланки, що є додатковим чинником стабільності вагінальної екосистеми. Отримані результати дають нам право рекомендувати інтравагінальні і пероральні контрацептиви для широкого використання в практичній охороні здоров'я. **Ключові слова:** гормональна корекція, мікробіоценоз статевих шляхів.

У даний час частота артифіційних абортів в Україні залишається однією з найбільш високих серед країн Європейської співдружності [1–5]. В умовах, що склалися, необхідність запобігання небажаній вагітності стає невід'ємною складовою охорони репродуктивного здоров'я. Тому проблема контрацепції, її вплив на організм жінки продовжує носити актуальний характер. Сучасні контрацептивні технології повинні відповідати високим вимогам ефективності і безпеки для організму жінки. Цим вимогам відповідає гормональна контрацепція, яку в світі використовують 16–48% жінок дітородного віку, в Україні до 7–10% [2, 3].

Одним із об'єктивних і чутливих тестів для визначення безпеки контрацептивних гормональних препаратів, на думку деяких вчених [4, 5], є вагінальний мікробіоценоз, що є динамічною екосистемою, утвореною в ході еволюції мікрофлори в межах вагінального біотопа. Фізіологічний стан рівноваги вагінального мікробіоценозу підтримується гормональною, нервовою і імунною системами, що взаємодіють як єдине ціле. Порушення в одній з указаних ланок незмінно призводить до певних захворювань піхви з подальшим розвитком дисбіотичних станів [1, 3].

До чинників, що здатні викликати дисбіотичні порушення в молодих жінок, окрім частой зміни статевих партнерів, відносять методи контрацепції. Патогенетичні механізми розвитку дисбіозу вагінальної екосистеми при використанні бар'єрних, хімічних і внутрішньо маткових засобів досить широко висвітлені у вітчизняній і світовій літературі, і їхня етіологічна роль загально визнана [1–5]. Вплив гормональної контрацепції у виникненні дисбіотичних станів залишається питанням дискусійним, хоча є дослідження, що підтверджують дію гормональних протизаплідних засобів на вагінальний мікробіоценоз і стан місцевого імунітету [2, 4].

В останні десятиліття найбільшу поширеність набули комбіновані мікродозовані гормональні таблетовані контрацептиви. Низька концентрація гормонів в препаратах цього класу робить їх особливо привабливими, у зв'язку з чим вони найчастіше рекомендуються жінкам наймолодшого репродуктивного віку, які ще не реалізували свій репродуктивний потенціал.

Останніми роками з'явилися нові інтравагінальні форми гормональних контрацептивів, проте публікації, присвячені порівняльним аспектам різних способів використання препаратів є поодинокими і носять фрагментарний характер, хоча необхідність рішення даної наукової задачі не викликає сумнівів. Проте широкому практичному вживанню інтравагінальних методів контрацепції у зв'язку з локальною дією гормональних компонентів повинно передувати в цілях збереження репродуктивного здоров'я жінки поглиблене комплексне вивчення їх впливу на мікробіоценоз піхви.

**Мета дослідження:** зниження частоти порушень мікробіоценозу піхви при використанні різних видів гормональної контрацепції на основі розроблення і впровадження диференційованого підходу до вживання інтравагінальних і пероральних препаратів.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для проведення справжнього дослідження відібрані 100 практично здорових жінок репродуктивного віку (20–35 років), які дали згоду на використання різних методів гормональної контрацепції. Критерієм включення в групу дослідження згідно розробленому нами протоколу було соматичне і психічне здоров'я, що дозволяє використовувати гормональну контрацепцію без обмежень, і відсутність інфекцій, що передаються статевим шляхом, виключених на підставі анамнезу і заздалегідь проведеною ПЛР-діагностики з використанням стандартних тест-наборів. Крім того, жінки протягом 3 міс до обстеження не використовували антибіотики і хімічні вагінальні контрацептиви.

Залежно від вибраного типу гормональної контрацепції, жінки розподілені на два рівні за чисельністю групи. До основної групи (I) увійшли 50 жінок, які віддали перевагу інтравагінальній контрацепції, в групу порівняння (II) – 50 жінок, які віддали перевагу таблетованій формі контрацепції.

З великої кількості гормональних засобів контрацепції ми обрали близькі по якісному і кількісному складу гормональні препарати, що відносяться до групи мікродозованих комбінованих монофазних контрацептивів, але відрізняються шляхом їх введення в організм. Принцип контрацептивної дії гормональних засобів, як відомо, заснований на пригніченні гонадотропної функції гіпофіза, знижуючи виділення гонадотропнів, пригнічуючи розвиток фолікула і перешкоджаючи овуляції. Контрацептивна дія посилюється підвищенням в'язкості цервікального слизу, а також порушенням процесів імплантації в разі запліднення яйцеклітини.

Інтравагінальна форма гормональної контрацепції є гладким, гнучким прозорим, безбарвним кільцем з еватана діаметром 54 мм, завтовшки в перетині – 4 мм. Курсова концентрація етинілестрадіолу рівна 2,7 мг, етоногестрелу (активний метаболіт дезогестрелу) – 11,78 мг. За принципом біологічного градієнта з кільця в піхві щодня шляхом дифузії виділяється 15 мкг естрогенового компонента і 120 мкг – гестагена. Етинілестрадіол, вивільняючись з кільця, швидко всмоктується через слизову оболонку піхви в системний кровотік, минувши первинну інактивацію в печінці. Максимальна концентрація естрогену в крові (35 пг/мл) стає на третю добу введення

кільця в піхві і зменшується до 18 пг/мл після його видалення. При проходженні через печінку етінілестрадіол піддається ароматичному гідроксилюванню з утворенням різних метаболітів, які присутні як у вільному вигляді, так і у вигляді глюкоронідних і сульфатних кон'югатів, які виводяться з сечею і жовчю протягом 1,5 доби. Максимальна концентрація етоногестрелу в системному кровотоці (1700 пг/мл) реєструється через 1 тиждень після введення кільця. Він метаболізується шляхом гідроксилювання і відновлення з утворенням сульфатних і глюкуроїдних кон'югатів. Період напіввиведення метаболітів етоногестрелу складає 29 год. Кожне кільце призначене для вживання протягом одного менструального циклу в режимі: 3 тиж знаходиться в піхві, 1 тиждень – перерва.

Для пероральної гормональної контрацепції використовували препарат, одна таблетка якого містить 20 мкг етінілестрадіолу і 150 мкг дезогестрелу. Після вживання таблетки компоненти препарату швидко і майже повністю абсорбуються в шлунково-кишковому тракті. Етінілестрадіол піддається пресистемному метаболізму і кишково-печінковій рециркуляції. Дезогестрел біотрансформується в печінці з утворенням активного метаболіта. Період піввиведення складає 24 год для етінілестрадіолу і 31 год для дезогестрелу, метаболіти яких виводяться із сечею і жовчю.

Комплексне обстеження, що включало вивчення стану гормонального гомеостазу, ультразвукову діагностику органів малого тазу, а також вивчення вагінальної мікрофлори і локального імунного статусу, проводили в 2 етапи – до прийому контрацептивів (вивчення початкового стану) і після закінчення тримісячного терміну їх використання. Двофазний менструальний цикл, обумовлений циклічною експресією гонадотропних (ФСГ, ЛГ), а потім і статевих гормонів (естрадіол і Прогестерон) є одним з основних маркерів жіночого репродуктивного здоров'я. Адекватна естрогенна стимуляція органів-мішеней, до яких відноситься слизова оболонка піхви, обумовлює появу великої кількості зрілих поверхневих епітеліоцитів, що містять основний живильний субстрат мікроорганізмів – глікоген.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що стан мікробіоценозу статевих шляхів практично здорових жінок молодого репродуктивного віку залежно від вмісту лактобацилл: у 41,7±4,4% випадків класифікується як «нормоценоз» при середньому числі лактобацилл 173,5±6,9; у 40,0±4,3% – як граничний стан з середнім числом лактобацилл 59,3±4,9 і в 18,3±2,0% – як безсимптомний дисбіоз з середнім числом лактобацилл – 6,6±0,6%.

Гормональний мікродозований інтравагінальний контрацептив підвищує естрогенну стимуляцію епітеліоцитів піхви, забезпечуючи підвищений синтез глікогену – живильного субстрата для життєзабезпечення мікроорганізмів. Підвищення синтезу глікогену стимулює розмноження лактобацилл, в чому виявляється протективний вплив інтравагінального контрацептиву на мікробіоценоз піхви: збільшилося як число їх клітин при мікроскопії мазка (з 97,4±9,8 до 139,1±13,4;  $p<0,01$ ), так і концентрація при бактеріологічному дослідженні матеріалу з піхви (з 104,7±0,3 до 106,0±0,3 КУО/мл;  $p<0,05$ ). Відносне число біфідобактерій зростає з 18,2±1,6% до 44,4±4,7%;  $p<0,05$ ).

Уживання інтравагінального контрацептиву сприяє зменшенню частота трикомпонентних асоціацій коків: *Peptostreptococcus* spp. + *Staphylococcus* spp. + *Streptococcus* spp. з 66,7±8,8% до 46,7±5,1% і збільшення частоти двокомпонентних асоціацій з 13,3% до 30% в різних поєднаннях, а також числа жінок (з 10% до 36,7%), в яких не було зростання коків не дивлячись на їх елімінацію.

Використання перорального гормонального контрацептиву стимулює зростання дріжджоподібних грибів роду *Candida*, що підвищує ризик розвитку вульвовагінального кандидозу. Збільшується як число клітин дріжджоподібних грибів роду *Candida* при мікроскопії мазка (з 6,3±2,8 до 18,0±4,1;  $p<0,05$ ), так і концентрація їх при бактеріологічному дослідженні матеріалу з піхви (з 1,9±0,5 до 3,2±0,4 КУО/мл;  $p<0,05$ ).

Мікродозований інтравагінальний контрацептив активує гуморальну ланку локального імунітету піхви, що виявляється підвищенням концентрації sIgA (з 58,7±4,1 до 77,7±6,4 нг/мл;  $p<0,05$ ). Це є додатковим чинником формування і підтримки нормоценозу, особливо у жінок з межовим станом вагінальної екосистеми.

Запропонований і впроваджений в практику лікувальних установ науково-обґрунтований алгоритм диференційованого підходу до призначення мікродозованих контрацептивів з врахуванням початкового стану біоценозу вагінального середовища дозволяє скоротити частоту зростання *Clostridium* spp. у 3,7 рази, *Enterobacteriaceae* – у 3 рази, вібріони роду *Mobiluncus* – у 2,3 рази, *Bacteroides* spp. – у 1,5 рази, а також попередити розвиток кандидозу піхви в 78,4±3,4% випадків.

Для практичної охорони здоров'я можна рекомендувати наступні моменти:

- призначення гормональних мікродозованих контрацептивів рекомендується після попередньої мікроскопічної, а при необхідності і мікробіологічної оцінки початкового стану вагінального мікробіоценозу.
- вживання гормональних мікродозованих контрацептивів недоцільне за наявності у вагінальному біотопі дріжджоподібних грибів роду *Candida* зважаючи на ризик розвитку вульвовагінального кандидозу. Їх вживання можливе після проведення адекватної медикаментозної корекції.
- у випадках підвищеної вегетації у вагінальному біотопі кокової або анаеробної палочковидної мікрофлори використання гормональної мікродозованої контрацепції показано як протектор мікробіоценозу піхви.
- розроблений алгоритм диференційованого підходу до призначення гормональних мікродозованих контрацептивів дозволить уникнути побічних ефектів з боку вагінальної екосистеми і тим самим збереже репродуктивне здоров'я молодих жінок.

### ВИСНОВКИ

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

**Влияние состояния микробиотенноза половых путей на выбор методов гормональной коррекции**  
**Н.П. Михайлив**

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

**Ключевые слова:** гормональная коррекция, микробиотенноз половых путей.

**Condition influence microbiocenose of sexual ways on various methods of hormonal correction**  
**N.P. Mihayliv**

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

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

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Кузьмин А.А. Гормональные контрацептивы нового поколения // Контрацепция и здоровье женщины. – 2010. – № 1. – С. 2–10.
2. Лебедева О.П. Особенности местной иммунореактивности на фоне гормональной контрацепции // Наука та інновації 17–31 октября 2009 г. – Т. 6. – Днепропетровск, 2009. – С. 29–32.
3. Набережнев Ю.И. Микробиологические аспекты использования интравагинальной гормональной контрацепции // Вестник РГМУ. – 2011. – Т. 55, № 2. – С. 355–356.
4. Орлова В.С. Микробиотенноз влагалища при использовании интравагинальной гормональной контрацепции // Сборник научно-практических работ I Межрегиональной конференции «Современные технологии в перинатологии». – Белгород, 2012. – С. 297–302.
5. Орлова В.С. Нормотенноз влагалища у женщин репродуктивного возраста, механизмы его регуляции и дисбиотические варианты // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2012. – Т. 7, № 4. – С. 36–39.

УДК 618.1-071:616.35-018

**Порівняльні аспекти впливу тотальної і субтотальної гістеректомії на стан яєчників у жінок репродуктивного віку**

**О.В. Мотренко**

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

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

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

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

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

У той же час, проблема реабілітації жінок після гінекологічних операцій є важливою, особливо у жінок репродуктивного віку. Не дивлячись на те, що спроби обговорення цього наукового завдання були зроблені ще в 90-і роки ХХ століття, у тому числі, і вітчизняними гінекологічними школами, в даний час будь-який практикуючий гінеколог постійно стикається з реальною клінічною ситуацією, в якій у пацієнток у віддалені терміни після гістеректомії виявляється своєрідний патологічний симптомокомплекс, що призводить до істотного зниження якості життя, не дивлячись на відсутність яких-небудь інших хірургічних ускладнень раннього післяопераційного періоду.

**Мета дослідження:** вивчення порівняльних аспектів тотальної і субтотальної гістеректомії у жінок репродуктивного віку.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети дослідження в роботу включено 299 жінок репродуктивного віку, які склали 4 групи. 277 пацієнток з них страждали різною гінекологічною патологією, в 252 з яких була виконана гістеректомія (ГЕ).

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

2-у групу склали 130 пацієнток репродуктивного віку з тотальною ГЕ (середній вік склав  $39,9 \pm 2,4$  року; на момент операції вік був в межах 29–43 років; середній вік –  $36,7 \pm 2,1$  року).

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

Тривалість захворювання міомою матки у пацієнток 1-ї і 2-ї груп не перевищувала 3 роки – у 22,7% (57) пацієнток; від 3 до 5 років – у 64,8% (163) і понад 5 років – у 12,5% (32) хворих. До операції 80,7% (203) хворі 1-ї і 2-ї груп отримували різні варіанти консервативного лікування (гормональна і симптоматична терапія). Проте всі ці пацієнтки були прооперовані зважаючи на неефективність консервативного лікування. Хворі 1-ї і 2-ї груп як під час оперативного лікування, так і до моменту проведення обстеження знаходилися в репродуктивному віці і в ході операції у всіх пацієнток були збережені яєчники.

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

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

Пацієнток 1-ї і 2-ї груп було розподілено на три підгрупи залежно від тривалості післяопераційного періоду (1, 3 і 5 років після операції).

Аналіз даних анамнезу досліджуваних пацієнток показав, що жінки всіх 4 груп практично не мали достовірних відмінностей ні по характеру і частоті перенесених раніше захворювань, ні по наявній супутній патології.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Доопераційне дослідження хворих міомою матки не виявило достовірних відмінностей з контрольною групою. Діагностована лише деяка тенденція до

збільшення гонадотропних гормонів і естрадіолу, а також незначне збільшення об'єму яєчників і зниження доплерометричних індексів у хворих міомою матки. Відмічена істотна зміна емоційного статусу пацієнток 1-ї і 2-ї груп, що сповна закономірно перед операцією.

Виявлені зміни анатомо-функціонального стану яєчників, а також перенесеною у зв'язку з операцією стресу, дія наркозу, астенізація відобразилася на появі характерних скарг у оперованих пацієнток.

Так, в ранній післяопераційний період з'являлися деякі нейровегетативні симптоми, посилювалася емоційна напруга, що, в цілому, статистично підвищувало значення модифікованого індексу (ММІ) менопаузи в 1-й і 2-й групах. Тотальна гістеректомія (ТГЕ) викликала більш виражену клінічну симптоматику. Деяке зниження рівня нейровегетативних і емоційних розладів наголюшувалося до 5 дня після операції, у зв'язку з чим значення ММІ дещо вирівнювалося, хоча і залишалось таким, що значно перевищує контрольні цифри.

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

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

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

Подальше спостереження за пацієнтками двох основних груп виявило поступове зменшення об'єму яєчників у міру збільшення часу, що минув після операції. Зменшення об'єму відбувалося за рахунок зменшення числа і розмірів фолікулів і підвищення внаслідок цього гомогенності яєчників, визначуваної за даними УЗД. Подібна структура яєчників нагадувала таку у жінок в пременопаузі. Із збільшенням терміну після операції наголюшувалося прогресуюче збільшення частоти зустрічання подібної структури у пацієнток обох основних груп, причому, більшою мірою – після ТГЕ.

ГЕ несприятливо впливає і на емоційний статус оперованих пацієнток, сприяючи розвитку депресії у кожній третій пацієнтки. Перебіг депресивного розладу має хвилеподібний характер: найбільш високий рівень депресії спостерігався в перші три місяці після операції і через 5 років після хірургічного лікування. ТГЕ призводить до більш вираженого афектного розладу.

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

Деяке погіршення емоційного стану пацієнток через 3 місяці, ймовірно, пов'язане з «новим» відчуттям себе, появою незнайомих симптомів, зміною

стосунків з чоловіком, страхом сексуальних контактів. Даний період є найбільш важливим в психологічній адаптації жінок після операції.

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

Вживання спеціальної анкети по дослідженню сексуальної функції дозволило виявити поліпшення сексуальної функції у 9,9% пацієнток; погіршення – в 39,9% і, нарешті, 50,2% пацієнток вказали, що їх сексуальна функція не змінилася. Найчастішими порушеннями сексуальної функції були зменшення оргазму (32,2%); зниження статевої активності (25,8%) і задоволення (31,8%). Зміни сексуальної функції після тотальної гістеректомії виявлялися в 1,5 разу частіше і були більш виражені, ніж після субтотальної. Причому, збільшення терміну післяопераційного періоду корелювало з частотою розвитку сексуальних розладів.

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

### ВИСНОВКИ

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

### Сравнительные аспекты влияния тотальной и субтотальной гистерэктомии на состояние яичников у женщин репродуктивного возраста

**Е.В. Мотренко**

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

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

### Comparative aspects of influence total and subtotal hysterectomy on condition of ovariums at women of reproductive age

**E. V. Motrenko**

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

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

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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



## Особливості клінічних проявів аденоміозу на сучасному етапі

*П.М. Прудніков*

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

Результати проведених досліджень свідчать про актуальність вивчення сучасних клінічних аспектів аденоміозу. Отримані результати вказують на наявність декількох форм даної патології, які необхідно враховувати в клінічній практиці. Ефективне оцінювання отриманих клінічних результатів вказує на необхідність удосконалення існуючого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у пацієнток з аденоміозом.

**Ключові слова:** аденоміоз, клініка.

Не дивлячись на вікову історію вивчення різних аспектів проблеми ендометріозу, це захворювання залишається однією з центральних медико-соціальних проблем. Ендометріоз стоїть на третьому місці в структурі гінекологічної захворюваності і пригломшує більше 50% жінок у репродуктивному віці, негативно впливаючи на психоемоційний стан, знижуючи працездатність і репродуктивну функцію [1, 2].

Протягом останнього десятиліття відзначено зростання частоти захворювання ендометріозом, а також «омолодження» контингенту хворих. Проте скільки-небудь точно судити про поширеність цього захворювання важко, оскільки немає чітких статистичних даних [3, 4].

Останніми роками генітальний внутрішній ендометріоз тіла матки (аденоміоз) прийнято розглядати як особливе захворювання, яке суттєво відрізняється від зовнішнього ендометріозу по патогенезу, епідеміології і клінічній картині [5–7].

Питома частота аденоміозу в структурі генітального ендометріозу сягає 70–90%. На підставі клінічних проявів діагноз «аденоміоз» може бути поставлений в кращому разі в 50% спостережень, в 75% випадків діагноз не встановлюється, в 35% спостерігається гіпердіагностика [1, 7]. Це пов'язано з тим, що етіологія і патогенетичні механізми, відповідальні за розвиток аденоміозу, до сих пір недостатньо детально вивчені і для коректної діагностики потрібний гістопатологічний висновок після видалення матки.

Не дивлячись на значне число наукових досліджень з проблеми аденоміозу, не можна вважати питання повністю вивченими, особливо в аспекті сучасної клінічної картини даної патології.

**Мета дослідження:** вивчення сучасних клінічних аспектів аденоміозу.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети дослідження було проведено обстеження 170 пацієнток, з яких 120 – хворі аденоміозом різного ступеня активності і поширеності – основна група.

Контрольну групу склали 50 пацієнток репродуктивного і пременопаузального віку без аденоміозу, які піддалися гістеректомії з подальшим патоморфологічним дослідженням тіла матки з приводу пролапсу статевих органів.

Для підвищення специфічності дослідження хворі аденоміозом у поєднанні з міомою матки і гіперплазією ендометрія з дослідження були виключені. Дані захворювання часто поєднуються, тому для виявлення дійсних аспектів патогенезу аденоміозу, а також з метою диференціальної діагностики доброякісних захворювань тіла матки, було вирішено вивчати хворих аденоміозом без супутньої гінекологічної патології.

У основній групі аденоміоз був діагностований клінічно з використанням додаткових методів обстеження. Діагностика поширення проводилася на підставі даних вагінального дотримання (динаміка розмірів, форми, консистенції матки протягом циклу), гістероскопічних, ультразвукових критеріїв і даних патоморфологічного дослідження. 36 (30%) з 120 пацієнток з аденоміозом піддалися радикальному оперативному лікуванню – видаленню матки.

Залежно від ступеня вираженості основних клінічних проявів, характерних для аденоміозу, всі досліджені пацієнтки з аденоміозом (n=120) умовно було розподілено на такі клінічні групи: I групу склали 76 пацієнток з клінічно «активним» аденоміозом; II групу – 44 пацієнтки з клінічно «неактивним» аденоміозом. III групу склали 50 пацієнток без аденоміозу (контроль).

Для визначення форм клінічної активності проводили оцінювання найбільш поширених клінічних проявів аденоміозу – болювого синдрому і гіперполіменореї.

Пацієнток з помірним і сильним болем і пацієнток з гіперполіменореєю у поєднанні з анемією середнього і важкого ступеня відносили до I групи хворих з клінічно активним проявом захворювання. Хворих із слабким болем, відсутністю анемії або гіперполіменореєю у поєднанні з анемією легкого ступеня відносили до II групи пацієнток, з клінічно неактивним перебігом аденоміозу.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У даному дослідженні на підставі аналізу результатів обстеження і лікування 120 хворих аденоміозом і 50 пацієнток без аденоміозу узагальнені дані про патогенез, особливості клінічного перебігу і діагностики цього захворювання.

У наших спостереженнях вік пацієнток аденоміозом варіював в широких межах – 26–50 років, склавши в середньому  $39,5 \pm 5,7$  року: у групі пацієнток з «активним» аденоміозом середній вік склав  $40,8 \pm 5,2$  року, в групі пацієнток з «неактивним» аденоміозом –  $38,2 \pm 4,7$  року, без достовірних відмінностей між групами, що підтверджує дані про те, що в останні роки аденоміоз частіше зустрічається в молодшому віці [1, 2].

У нашому дослідженні вік менархе склав  $11,7 \pm 1,4$  року (достовірного взаємозв'язку між віком менархе і активністю перебігу аденоміозу виявлено не було), що істотно не відрізняється від даних популяцій ( $12,2 \pm 1,54$  року). Далеко не

всі дослідники погоджуються з такою точкою зору, вважаючи пізні настання менархе чинником ризику розвитку аденоміозу. В той же час, за даними ряду авторів [3, 4], швидше ранні менархе з укороченим циклом, тривалими і рясними менструаціями і, отже, більшою експозицією порожнини матки і малого тазу ретроградною менструальною кров'ю, є чинником ризику ендометріозу будь-якої локалізації.

У нашому дослідженні порушення менструального циклу спостерігалися в 92,5% хворих. Так, дисменорея (100%), гіперполіменорея (73,7%) і перименструальні кров'яні виділення, що мастиять, (93,4%) достовірно частіше фіксувалися в групі хворих «активним» аденоміозом ( $p < 0,05$ ). Гіперменорея практично з однаковою частотою спостерігалася в обох групах (26,3% і 22,7%). Ці дані свідчать про неповноцінність механізмів регуляції менструального циклу, перш за все гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи.

Наша думка збігається з даними ряду авторів про те, що об'єм і тривалість менструації може бути сприяючим чинником імплантації ендометріодних клітин, проте такі чинники, як спадкова схильність і порушення загального і локального імунітету мають пріоритетне значення в розвитку аденоміозу [5, 6]. Заслугує на увагу високий ступінь обтяженого репродуктивного анамнезу у хворих аденоміозом, особливо в групі з «активним» аденоміозом ( $p < 0,05$ ). Більшість пацієнок з аденоміозом мали в анамнезі від 2 до 8 штучних абортів (55%), ускладнених запальними процесами (23,3%), а також лікувально-діагностичні вискоблювання (59,2%).

В обстежених нами хворих наголошується висока частота хронічних сальпінгофоритів і ендометритів в анамнезі – 51,6%; у популяції в середньому частота даних захворювань складає 37,2%. Виявлені дані підтверджують думку, згідно якій внутрішньоматковий втручання є чинниками ризику розвитку аденоміозу. Ряд авторів вважає, що сприятливі умови для інвазії і зростання ендометріальних клітин в міометрії створюють нейродистрофічні зміни в зоні гістобіологічного бар'єру, що виникають в результаті димолітичних і десмопластичних процесів в слизовій оболонці, сполучній і м'язовій тканині, що незрідка формуються в результаті запалення [7].

Частота безпліддя у хворих ендометріозом коливається від 25 до 60%.

Ендометріоз займає друге місце серед причин безпліддя після запальних захворювань органів малого тазу [1]. За нашими даними, безпліддя було виявлене в 47,5% хворих аденоміозом і достовірно частіше при «активному» аденоміозі ( $p < 0,05$ ), причому в 23,3% – первинне, а в 24,2% – вторинне, яке наставало, як правило, після значного числа абортів.

При вивченні родинного анамнезу встановлено, що 45% пацієнок мали обтяжену спадковість відносно захворювань статевих органів, фіброзно-кістозної мастопатії (30,8%), пухлин екстрагенітальної локалізації (18,3%), ендокринопатій – захворювання щитовидної залози, цукрового діабету, ожиріння (28,3%).

Вивчення преморбідного фону із зверненням особливої уваги на захворюваність в дитинстві, перенесені у минулому і супутні в даний час захворювання виявило, що індекс здоров'я обстежених хворих аденоміозом був достовірно низьким.

При вивченні даних анамнезу було встановлено, що хворі аденоміозом в дитинстві перенесли ряд інфекційних захворювань – 89 (74,2%) випадків проти

14 (28%) в контрольній групі ( $p < 0,05$ ). Число хворих аденоміозом, що перенесли дитячі інфекції, склало 67 (55,8%), часті гострі респіраторні захворювання – 72 (60%).

Велике значення в генезі аденоміозу мають і хронічні соматичні захворювання. Як випливає з аналізу клініко-анамнестичних даних, у пацієнок з аденоміозом спостерігається значна частота хронічних захворювань. Так, обмінно-ендокринні порушення у хворих аденоміозом зустрічалися найчастіше – в 23,3% випадків, на другому місці були виявлені захворювання травного тракту – 20%; хронічні хвороби органів дихання – 17,5%, серцево-судинні захворювання – 12,5%, патологія сечовидільної системи спостерігалася в анамнезі в 9,2% хворих.

Алергічні реакції до лікарських препаратів і різних побутових чинників мали у 22,5% пацієнок, що побочно може вказувати на порушення імунного гомеостазу. У частини хворих було декілька наведених вище захворювань. Залежно від ступеня активності перебігу аденоміозу кількість пацієнок з виявленою екстрагенітальною патологією зростала, складаючи 34,1% – при «неактивному» аденоміозі і 51,3% – при «активному» аденоміозі.

Аналіз власних результатів клінічного перебігу аденоміозу у пацієнок не підтвердив достовірних відмінностей у віці, часі настання менархе, кількості пологів і спадковості залежно від міри активності перебігу аденоміозу ( $p > 0,05$ ).

Достовірними відмінностями в двох групах хворих з «активним» і «неактивним» аденоміозом характеризувалися – обтяжений гінекологічний і соматичний анамнез, що виявлялося нижчим індексом здоров'я хворих «активним» аденоміозом.

Таким чином, запальні процеси статевих органів і оперативні втручання на матці мають велике значення в патогенезі аденоміозу. Підтвердженням цьому є дослідження, що доводять, що вагітність часто надає дію, що інгібує, на ендометріодні вогнища, а аборти і ускладнені пологи погіршують перебіг аденоміозу.

Окрім цього, високий інфекційний індекс і супутні екстрагенітальні захворювання також є характерними рисами аденоміозу. Можливо, дані захворювання безпосередньо не впливають на розвиток аденоміозу, але зниження стійкості організму до чинників зовнішнього середовища є фоном до формування стійких метаболічних порушень і ослаблення імунної системи. Ці зміни не носять специфічного характеру, оскільки за даними ряду авторів, аналогічні особливості захворюваності і інфекційного індексу виявляються і у хворих міомою матки, гіперплазією ендометрія тощо [6, 7].

Пропонована сучасна концепція патогенезу гормонозалежних захворювань репродуктивної системи жінок розглядає подібні процеси з точки зору місцевих і загальних морфофункціональних і ендокринних порушень і появою «порочного кола» в гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системі на тлі імунodefіциту.

Аналіз тривалості захворювання аденоміозом залежно від моменту початкових клінічних проявів до першої госпіталізації дозволив виявити, що при «активному» аденоміозі тривалість даного періоду більш ніж в 50% хворих склала 1–3 роки, а при «неактивному» аденоміозі – 4–8 років, тобто для «активного» аденоміозу характерна менша тривалість захворювання з моменту перших симптомів до госпіталізації і відповідно швидкий прогрес процесу.

Наші результати, засновані на зіставленні клінічної картини аденоміозу з даними патоморфологічного дослідження, узгоджуються з даними інших авторів і підтверджують, що патогномічні прояви аденоміозу характерні для 2-4 стадії дифузної форми, а також для вузлової форми. Для дифузного аденоміозу 1 стадії не характерна наявність типових клінічних проявів (дисменорея, гіперполіменорея тощо), проте він може поєднуватися з безпліддям I або II і, можливо, бути його причиною [1, 2].

За даними ряду авторів, клінічний діагноз «аденоміоз» збігається з гістологічним лише в 25–65% випадків; має місце як гіпер-, так і гіподіагностика аденоміозу, що визначають помилкову тактику ведення і прогноз [3, 4].

У результаті аналізу попередніх діагнозів на догоспітальному етапі у хворих аденоміозом була виявлена їх значна різноманітність. Так, з 120 хворих в 49% цей діагноз був поставлений правильно, в 18% аденоміоз помилково був прийнятий за міому матки, в 11% – за гіперплазію і поліпи ендометрія, в 7% – за дисфункціональні маткові кровотечі; в 3% – за цистоаденому яєчника. 9% хворих тривалий час обстежувалися і лікувалися у невропатолога, гастроентеролога, терапевта з підозрінням на грижу диска, остеохондроз, коліт, спайковий процес тощо.

Таким чином, на підставі клініко-анамнестичних даних і результатів гінекологічного обстеження аденоміоз був запідозрений в 95 хворих, з них підтверджений – в 56 випадках. Доля псевдопозитивних результатів склала 41%. В той же час з 120 пацієнток з підтвердженим аденоміозом, в клінічний діагноз дана патологія була винесена в 62, тобто доля псевдонегативних результатів склала 48%, чутливість методу – 51,7% і специфічність – 59%.

### ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про актуальність вивчення сучасних клінічних аспектів аденоміозу. Отримані результати вказують на наявність декількох форм даної патології, які необхідно враховувати в клінічній практиці. Ефективне оцінювання отриманих клінічних результатів вказує на необхідність удосконалення існуючого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у пацієнток з аденоміозом.

### Особенности клинических проявлений аденомиоза на современном этапе П.М. Прудников

Результаты проведенных исследований свидетельствуют об актуальности изучения современных клинических аспектов аденомиоза. Полученные результаты указывают на наличие нескольких форм данной патологии, которые необходимо учитывать в клинической практике. Эффективная оценка полученных клинических результатов указывает на необходимость усовершенствования существующего алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у пациенток с аденомиозом.

**Ключевые слова:** аденомиоз, клиника.

### Features of clinical displays of ademyose at the present stage P.M. Prudnikov

Results of the spent researches testify to an urgency of studying of modern clinical aspects of ademyose. The received results specify in presence of several forms of the given pathology which are necessary for considering in clinical to practice. The effective estimation of the received clinical results specifies in necessity of improvement of existing algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions at patients with ademyose.

**Key words:** ademyose, clinic.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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., 1997. – 25 с.
3. Актуальные вопросы гинекологии / Под. ред. Е.В. Коханевич. – К.: ООО «Книга-плюс», 2008. – 161 с.
4. Баскаков В.П. Эндометриозная болезнь / В.П. Баскаков, Ю.В. Цвелев, Е.Ф. Кира. – Санкт-Петербург: ООО «Издательство Н-Л», 2002. – 452 с.
5. Беженарь В.Ф., Повзун С.А., Фридман Д.Б. Анализ эффективности способов получения биоптатов для гистологической верификации аденомиозу // Журнал акушерства и женских болезней. – 2012. – Т. LIV, вып. 4. – С. 37–39.
6. Сорокина А.В., Тотчиев Г.Ф., Токтар Л.Р. Современные подходы к диагностике аденомиоза // Вестник РУДН, Серия Медицина, Акушерство и гинекология. – 2010. – № 5. – С. 181–191.
7. Радзинский В.Е., Сорокина А.В., Жилина Н.В. Иммунологические детерминанты аденомиоза с позиции доказательной медицины // Вестник РУДН, Серия Медицина Акушерство и гинекология. – 2010. – № 6. – С. 138–145.

УДК 618.1-002-092:612.015.3

## Особливості цитокинового статусу при запальних процесах репродуктивної системи

*В.І. Бойко, В.Ю. Радько*

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Результати проведених досліджень дозволили виявити найбільш діагностично значимі показники хронічного сальпінгофориту: зниження рівня ІЛ-8 в сироватці крові нижче 56 пг/мл і підвищення вмісту ІЛ-8 в перитонеальній рідині вище 48 пг/мл. Прогностично несприятливими ознаками при хронічному гнійному запаленні, є підвищення в перитонеальній рідині рівня фібронектину (вище 215 пг/мл), ІЛ-1 $\alpha$  (більше 720 пг/мл), ІЛ-8 (більше 508 пг/мл) і зниження концентрації ІЛ-4 (менше 20 пг/мл). Додаткове дослідження вмісту інтерлейкінів в сироватці крові і перитонеальної рідини є достовірним критерієм для диференціальної діагностики серозного і гнійного запалення на додаток до загальноприйнятих клінічних і інструментальних методів обстеження.

**Ключові слова:** запальні процеси, репродуктивна система, цитокиновий статус.

Проблема хронічних запальних захворювань жіночих статевих органів зберігає в даний час свою актуальність і виходить за рамки акушерства і гінекології, маючи не лише медичне, але і соціальне значення у зв'язку з можливою інвалідизацією хворих. За даними літератури, хворі із запальними захворюваннями внутрішніх статевих органів складають 60–65% всіх гінекологічних захворювань [1, 2]. У структурі гінекологічної захворюваності провідне місце займають хронічні запальні захворювання жіночих статевих органів, переважно придатків матки – їх частота складає 75,0–92,7% [1–4].

За останні роки у всіх країнах світу відмічено зростання запальних захворювань придатків матки на 13% в загальній популяції жінок репродуктивного періоду і на 25% – у жінок з внутрішньоматковими контрацептивами [2].

Процес хронізації запалення придатків матки опосередкований дисбалансом імунної системи з порушенням відповіді на впровадження патогенного агента [3, 4]. Не дивлячись на значне число публікацій про особливості імунної відповіді при запальних процесах репродуктивної системи не можна вважати всі питання повністю вирішеними. На нашу думку, в першу чергу, це стосується вивчення рівня цитокінів у цих хворих.

**Мета дослідження:** вивчення особливостей цитокинового статусу у жінок із запальними процесами репродуктивної системи.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У ході виконання роботи проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження 90 жінок з різним перебігом хронічних неспецифічних запальних захворювань придатків матки у віці від 15 до 50 років. Весь клінічний матеріал залежно від характеру перебігу захворювання, результатів клінічних і лабораторних методів дослідження було розділено на дві клінічні групи.

Основну групу склали 50 пацієнок із загостренням хронічного серозного запалення придатків матки з неускладненим перебігом захворювання і сприятливим результатом. Звертає на себе увагу молодший вік хворих, невелика тривалість захворювання, нижча частота супутньої екстрагенітальної і генітальної патології. При гінекологічному обстеженні відмічена відсутність тубооваріальних утворень. Всіх пацієнок було проліковано консервативно.

До групи порівняння було віднесено 40 пацієнок з хронічними гнійними запальними захворюваннями придатків матки. У цій групі наголошувалося збільшення середнього віку хворих і тривалості хронічного запального процесу придатків матки. Жінки даної групи як контрацептивний засіб переважно використовували внутрішньоматковий контрацептив. При гінекологічному дослідженні переважали анатомічні зміни придатків матки за типом тубооваріальних абсцесів (70%), піосальпінгсів (30%). У комплекс терапевтичних заходів у всіх пацієнок входило оперативне лікування з радикальним видаленням гнійного вогнища, санацією і дренажуванням черевної порожнини.

До контрольної групи увійшли 50 здорових жінок донорів у віці 24–40 років, що не мали в анамнезі гінекологічних захворювань або інших хронічних захворювань, що впливають на стан імунного статусу. З них у 25 жінок проводили визначення цитокінів і фібронектину в сироватці крові і перитонеальної рідини для визначення показників норми. Ці жінки поступали в гінекологічне відділення для хірургічної стерилізації.

Кількісна оцінка рівнів ІЛ-1 $\alpha$ , ІЛ-4, ІЛ-8, фібронектину в сироватці крові і перитонеальної рідини проводилася за допомогою набору реагентів ProCon ІЛ-1 $\alpha$ , ProCon ІЛ-4, ProCon ІЛ-8, ProCon фібронектин методом твердофазного імуноферментного аналізу. Забір перитонеальної рідини здійснювали під час кольпоцентезу або інтраопераційно в день вступу. У групі контролю перитонеальну рідину збирали під час лапароскопічної операції з приводу стерилізації.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік пацієнок із загостренням хронічного серозного сальпінгофориту склав  $26,8 \pm 0,8$  року, а при гнійних тубооваріальних утвореннях –  $39,6 \pm 1,3$  року ( $p < 0,01$ ). При гнійному запаленні половина хворих була старша 40 років ( $47,5 \pm 4,8\%$ ,  $p < 0,001$ ).

Отримані нами дані свідчать про наявність зв'язку певних методів контрацепції і розвитку запальних процесів придатків матки. Вживання внутрішньоматкового контрацептиву є значимим чинником ризику розвитку гнійних тубооваріальних утворень ( $65,1 \pm 7,5\%$ ). У основній групі пацієнтки використовували переважно комбіновані оральні контрацептиви

(39,1±4,9%), що пов'язане з призначенням даних препаратів під час попередніх загострень. Частота супутньої екстрагенітальної патології в основній групі склала 69,1±4,7%, а в групі порівняння вона була на 13,5% вище. У групі порівняння звертає на себе увагу високий відсоток ГРВІ (65,1±7,5%), грипу (20,1±6,3%), хронічного тонзиліту (30,2±7,2%), хронічного піелонефриту (22,5±6,6%), хронічного бронхіту і пневмонії (22,5±6,6%).

Аналіз гінекологічної патології показав, що більшість пацієток обох груп мали в анамнезі епізоди хронічного сальпінгофориту (при серозному запаленні – 65,1±4,8%, при гнійному запаленні – 85,2±5,7%,  $p<0,01$ ), порушення оваріально-менструального циклу (31,2±4,6% і 35,2±7,5% відповідно) за типом олігопсоменореї або поліменореї. Часто у цих пацієток в анамнезі зустрічалися інші захворювання статевих органів запального генезу: метроендометрит (у основній групі 3,1±0,7% проти 15,2±5,7% групи порівняння,  $p<0,01$ ), бартолініт (2,2±0,4% і 5,1±0,5%, відповідно) і ендocerвікоз (11,1±1,4% і 37,6±3,8%,  $p<0,0001$ ). Значимо відрізнявся відсоток порожнинних операцій в групі порівняння (40,2±4,7%) в порівнянні з пацієтками основної групи (21,2±2,1%,  $p<0,05$ ). На кожен жіночку основної групи доводилося по 1,4±0,2 вагітностей, а в групі порівняння 3,7±0,4.

Хронічна урогенітальна інфекція і дисбіоз піхви в анамнезі виявлені у 63,4±5,4% пацієток основної групи, а в групі порівняння в 87,5±5,3% ( $p<0,01$ ). У обох групах найчастіше був діагностований урогенітальний кандидоз (основна група – 17,1±2,2% і група порівняння – 30,2±3,2%), бактеріальний вагіноз (17,1±1,5% і 15,2±1,6%, відповідно), хламідіоз (9,8±0,9% і 10,2±1,7%, відповідно), трихомоніаз (4,9±0,4% і 10,1±4,7%), проте, відмінності статистично недостовірні.

Відомо, що цитокіни є універсальними регулювальниками функціонального стану імункомпетентних клітин. В результаті проведених досліджень були виявлені зміни рівня цитокінів як при серозному, так і при гнійному запаленні придатків матки (табл. 1).

У хворих основної групи відзначено підвищення концентрації ІЛ-1 $\alpha$  і фібрoneктину в 6,2 і 7 разів відповідно, зниження рівнів ІЛ-8 і ІЛ-4 в сироватці крові в 3 і в 1,4 разу відносно групи контролю. У групі порівняння спостерігалось зниження всіх перелічених вище показників: ІЛ-1 $\alpha$  – в 2,6 разу, ІЛ-8 – в 4,8 разу, ІЛ-4 – в 2 рази в порівнянні з групою контролю. Значення фібрoneктину сироватки крові залишалися вищими за контрольні значення в 3 рази, але знижувалися в порівнянні з показником при серозному запаленні.

Ми дійшли висновку, що фібрoneктин є позитивним гострофазовим показником запалення і його підвищення відіграє сприятливу компенсаторну роль, тоді як ступінь зниження фібрoneктину служить індикатором тяжкості захворювання. Мінімальні його показники виявлені нами лише в разі ускладненого гнійного запалення (55–60 пг/мл).

Дослідження перитонеальної рідини наочніше демонструє імунопатологічні механізми, характерні для запального процесу, що тривало протікає (табл. 2).

Таблиця 1

**Показники цитокінового статусу і рівня фібрoneктину в сироватці крові у хворих з хронічними запальними захворюваннями придатків матки (M±m)**

Показник	Основна група, n=20	Група порівняння, n=15	Контроль, n=20	Примітка
ІЛ-1 $\alpha$ , пг/мл	451,3±23,9	27,6±0,7	72,9±2,8	$p<0,001$
ІЛ-4, пг/мл	38,8±2,7	28,1±1,6	53,9±1,4	$p1-3<0,01$ $p2-3<0,001$ $p1-2<0,05$
ІЛ-8, пг/мл	38,4±2,3	24,8±2,3	121,3±5,6	$p<0,001$
Фібрoneктин, пг/мл	2401,2±172,9	938,5±124,8	344,1±7,8	$p<0,001$

Таблиця 2

**Показники цитокінового статусу і рівня фібрoneктину в перитонеальній рідині у хворих з хронічними запальними захворюваннями придатків матки (M±m)**

Показник	Основна група, n=20	Група порівняння, n=15	Контроль, n=20	Примітка
ІЛ-1 $\alpha$ , пг/мл	499,2±35,1	828,7±131,8	100,1±3,4	$p1-3<0,001$ , $p1-2<0,001$ , $p2-3<0,05$
ІЛ-4, пг/мл	43,3±4,9	20,9±2,2	64,8±1,2	$P<0,01$
ІЛ-8, пг/мл	127,2±19,9	1334,43±74,70	26,24±2,46	$p<0,001$
Фібрoneктин, пг/мл	144,69±14,24	292,43±41,76	66,00±3,29	$p<0,001$

Нами відмічено значне підвищення при гнійному запаленні рівнів ІЛ-1 $\alpha$  (у 8 разів), ІЛ-8 (у 50 разів в порівнянні з показниками норми), що свідчить про максимальне залучення імункомпетентних клітин у вогнище запалення. Ймовірно, гіперпродукція фібрoneктину у вогнищі запалення до 215 пг/мл є сприятливим чинником, а подальше його підвищення призводить до розвитку вираженого спайкового процесу і залучення до вогнища запалення довколишніх органів, відмічене при гнійних тубооваріальних утвореннях.

Виявлено достовірне зниження рівня ІЛ-4, особливо виражене при гнійному запаленні. ІЛ-4 продукується переважно Th2-лімфоцитами і є чин-

ником зростання для В-лімфоцитів, а також обмежує область апоптозу. Ми передбачаємо, що при хронічному запаленні придатків переважає вироблення Th1-лімфоцитів. Гіперпродукція хемоатрактантів (ІЛ-1 $\alpha$  і ІЛ-8) індукує міграцію поліморфноядерних лейкоцитів і макрофагів у вогнище запалення з подальшою їх масивною загибеллю і формуванням гнійного детриту.

### ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень дозволили виявити найбільш діагностично значущі показники хронічного сальпінгофорита: зниження рівня ІЛ-8 в сироватці крові нижче 56 пг/мл і підвищення вмісту ІЛ-8 в перитонеальній рідині вище 48 пг/мл. Прогностично несприятливими ознаками при хронічному гнійному запаленні, є підвищення в перитонеальній рідині рівня фібронектину (вище 215 пг/мл), ІЛ-1 $\alpha$  (більше 720 пг/мл), ІЛ-8 (більше 508 пг/мл) і зниження концентрації ІЛ-4 (менше 20 пг/мл). Додаткове дослідження вмісту інтерлейкінів в сироватці крові і перитонеальній рідині є достовірним критерієм для диференціальної діагностики серозного і гнійного запалення на додаток до загальноприйнятих клінічних і інструментальних методів обстеження.

### Особенности цитокинового статуса при воспалительных процессах репродуктивной системы В.И. Бойко, В.Ю. Радько

Результаты проведенных исследований позволили выявить наиболее диагностически значимые показатели хронического сальпингофорита: снижение уровня ИЛ-8 в сыворотке крови ниже 56 пг/мл и повышение содержания ИЛ-8 в перитонеальной жидкости выше 48 пг/мл. Прогностически неблагоприятными признаками при хроническом гнойном воспалении, являются повышение в перитонеальной жидкости уровня фибронектина (выше 215 пг/мл), ИЛ-1 $\alpha$  (более 720 пг/мл), ИЛ-8 (более 508 пг/мл) и снижение концентрации ИЛ-4 (менее 20 пг/мл). Дополнительное исследование содержания интерлейкинов в сыворотке крови и перитонеальной жидкости является достоверным критерием для дифференциальной диагностики серозного и гнойного воспаления в дополнение к общепринятым клиническим и инструментальным методам обследования.

**Ключевые слова:** воспалительные процессы, репродуктивная система, цитокиновый статус.

### Features of cytokine status at inflammatory processes of reproductive system V.I. Boyko, V.Yu. Radko

Results of the spent researches have allowed to reveal most diagnostical significant indicators chronic salpingooforitis: decrease in level IL-8 in whey of blood below 56 pg/ml and increase of maintenance IL-8 in peritoneal liquids above 48 pg/ml. Prognostical adverse signs at a chronic purulent inflammation, are increase in peritoneal level liquids fibronectinum (above 215 pg/ml), IL-1 $\alpha$  (more than 720 pg/ml), IL-8 (more than 508 pg/ml) and decrease in concentration IL-4 (less than 20 pg/ml). Additional research of the maintenance IL in whey of blood and peritoneal liquids is authentic criterion for differential diagnostics of a serous and purulent inflammation in addition to the standard clinical and tool methods of inspection.

**Key words:** inflammatory processes, reproductive system, cytokine status.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Байрамова Г.Р., Прилепская В.Н. Современные принципы диагностики и лечения бактериального вагиноза / Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2012. – № 4. – С. 103–104.
2. Бойчук А.В. Стан системи імунного захисту у хворих із загостренням хронічного аднекситу на тлі різних видів місцевого лікування // Вісник наукових досліджень. – Тернопіль, 2009. – № 2. – С. 75–77.
3. Каганова М.А. Патологоиммунологические аспекты развития хронического сальпингофорита и пути их коррекции / Линева О.И., Шатунова Е.П., Каганова М.А. // Русский медицинский журнал. – М., 2012. – Т. 14, № 18. – С. 1301–1303.
4. Шатунова Е.П., Линева О.И., Каганова М.А. Показатели цитокинового обмена как один из критериев тяжести воспалительных заболеваний придатков матки // Ургентная и реконструктивно-восстановительная хирургия (выпуск второй): Сборник научных трудов, посвященный 130-летию ММУ «ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова». – Самара, 2009. – С. 209–211.

УДК 618.15-002-022.7:615.256.3

## Особливості мікробіоценозу статевих шляхів і кишечника при використанні різних варіантів гормональної контрацепції

*Т.В. Лещева, Т.Б. Романчук*

Дніпропетровський медичний інститут традиційної і нетрадиційної медицини

Як показали результати проведених використання контрацепція у пацієнок з бактеріальним вагінозом повинно носити комплексний характер з врахуванням всіх ланок етіопатогенетичних змін. Поєднане використання гормональних контрацептивів з лікувальними заходами (корекція мікробіоценозу статевих шляхів і кишечника) дозволяє забезпечити не лише високий контрацептивний ефект, але і профілакувати рецидивування бактеріального вагінозу. Це дозволяє рекомендувати пропонувану методику для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** бактеріальний вагіноз, контрацепція, порівняльні аспекти.

Проблеми планування сім'ї, регуляції дітородіння тісно пов'язані з питаннями контрацепції. В Україні, також як і в інших розвинених країнах, найчастіше використовуються гормональний і бар'єрний методи профілактики небажаної вагітності. В той же час вплив цих способів контрацепції на мікробіоценоз піхви і кишечника вивчені недостатньо, а наявні публікації носять суперечливий характер. Так, з одного боку, статеві стероїди пропонують для лікування дисбіозу піхви, а з іншого – гормональні контрацептиви сприяють контамінації піхви різними мікроорганізмами, внаслідок чого істотно змінюється стан місцевого імунітету [1–4].

Проблема бактеріального вагінозу (БВ) в даний час є однією з найбільш актуальних з сучасної гінекології [1–4], а частота його коливається в межах 40–60% серед жінок репродуктивного віку [1–4]. БВ розглядають як загальний інфекційний незапальний синдром, пов'язаний з дисбіозом вагінального біотопу; характеризується дуже високою концентрацією облігатних і факультативних анаеробних умовно патогенних мікроорганізмів і різким зниженням або відсутністю монокультуральних бактерій у вагінальному відокремлюваному [1–4].

Не дивлячись на значне число наукових повідомлень з проблеми контрацепції за останні роки, питання профілактики небажаної вагітності у жінок з БВ, практично, невивчені, хоча їх необхідність не викликає сумнівів.

**Мета дослідження:** зниження частоти побічних ефектів різних методів контрацепції у жінок з БВ на основі комплексного вивчення мікробіоценозу піхви і ки-

шечника і розробки методики поєданого використання гормональних контрацептивів і корекції мікробіоценозу статевих шляхів і кишечника.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було обстежено 150 жінок репродуктивного віку, яких було розподілено на три групи: контрольна група – 50 гінекологічно і соматично здорових жінок репродуктивного віку, що використовують бар'єрні методи контрацепції; I група – 50 жінок репродуктивного віку з БВ, що використовують бар'єрні методи контрацепції і II група – 50 жінок репродуктивного віку з БВ з поєднаним використанням комбінованих оральних контрацептивів і корекцією мікробіоценозу статевих шляхів і кишечника.

Як гормональний контрацептив був використаний препарат «Жанін». Для корекції мікробіоценозу статевих шляхів використовували препарат «Мікожинакс», а кишечника застосовували препарати «Хвляк-форте» або «Лінекс».

Серед основних методів дослідження були використані клінічні, мікробіологічні, імунологічні, ендокринологічні і статистичні.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що ефективність бар'єрних методів контрацепції у пацієнок з БВ складає 90,0%, а комбінованих – 96,0%. Індекс Перля – відповідно 1,1 і 3,9.

Серед основних етіопатогенетичних причин БВ найчастіше зустрічаються порушення гормонального балансу (34,0%) і використання антимікробної хіміотерапії (30,0%). Декілька рідше мають місце інфекційно-залежний варіант (20,0%); механічні чинники (8,0%) і супутня патологія шлунково-кишкового тракту (8,0%).

Основними скаргами у пацієнок з БВ, що використовують бар'єрні методи контрацепції є виділення білого (64,0%) кольору в помірній кількості (76,0%), причому слизові (52,0%) і сирнисті (40,0%), у в половині випадків (48,0%) з характерним запахом. Крім того, має місце висока частота диспареунії (44,0%); свербіння (46,0%) і паління в області зовнішніх статевих органів (42,0%). Скаргами соматичного характеру є: болі в нижніх відділах живота (50,0%); метеоризм (58,0%); хронічні запори (48,0%); діарея (14,0%); нудота (28,0%) і порушення апетиту (10,0%).

Стан мікробіоценозу статевих шляхів у пацієнок з БВ і бар'єрними методами контрацепції характеризується достатньою кількістю лактобацил, що вказує на «палічковий характер» мікрофлори при мікроскопуванні ( $P \chi^2 < 0,01^{**}$ ), а із збільшенням їх числа частіше визначалися дріжджові клітини і рідше – фузобактерії ( $P < 0,05^{**}$  і  $P < 0,05^{***}$  відповідно). Кількість епітеліальних клітин в мазку залежить від концентрації гемофільної палички ( $r = 0,3676^*$ ) і молочнокислого стрептокока ( $r = 0,421^*$ ), а лейкоцитоз поєднується з кількістю *E. coli* з гемолітичними властивостями ( $r = 0,716^{***}$ ), *Acinetobacter* ( $r = 0,350^*$ ) і *Bacillus* ( $r = 0,716^{***}$ ) і не зустрічається при виявленні молочно-кислого стрептокока ( $P < 0,05^*$ ). Цитоліз пов'язаний з присутністю в піхві ентеробактерій ( $P < 0,01^*$ ) і стафілококів ( $P < 0,05^{***}$ ). При колонізації піхви *Enterobacteriaceae* і *Ureaplasma* в мазках знайдені «ключові клітини», кількість яких і визначає ступінь тяжкості БВ ( $r = 0,426^*$ ,  $P \chi^2 < 0,01^*$ ).

Особливості мікробіоценозу кишечника у пацієток з БВ і бар'єрною контрацепцією характеризуються переважанням анаеробів ( $8,57 \pm 0,32$  КУО/мл); Bifidobacterium ( $7,96 \pm 0,25$  КУО/мл); E.coli ( $7,63 \pm 0,24$  КУО/мл); аеробів ( $7,26 \pm 0,26$  КУО/мл) і Lactobacillus ( $7,11 \pm 0,33$  КУО/мл). По ступеню тяжкості дисбактеріозу кишечника переважають 1 (35,0%) і 2 ступінь тяжкості (37,0%).

Використання комбінованої методики контрацепції у жінок з БВ дозволяє констатувати зниження відносної кількості рясних виділень (І група – 20,0% і ІІ – 8,0%); сирнистих виділень (І група – 40,0% і ІІ – 16,0%); виділень з неприємним запахом (І група – 48,0% і ІІ – 30,0%); диспареунії (І група – 44,0% і ІІ – 26,0%); свербіння статевих органів (І група – 46,0% і ІІ – 24,0%) і паління (І група – 42,0% і ІІ – 20,0%). Одночасно відбувається зменшення відносного числа скарг соматичного характеру: болі в животі (І група – 50,0% і ІІ – 28,0%); метеоризм (І група – 58,0% і ІІ – 32,0%); запори (І група – 48,0% і ІІ – 26,0%); діарея (І група – 14,0% і ІІ – 4,0%); нудота (І група – 28,0% і ІІ – 14,0%) і порушення апетиту (І група – 10,0% і ІІ – 4,0%).

При комбінованій методиці контрацепції у пацієток з БВ відмічено збільшення числа Lactobacillus ( $P < 0,05$ ) і Bifidobacterium ( $P < 0,05$ ) на тлі одночасного зниження Candida ( $P < 0,05$ ). При використанні непараметричного критерію Wald-Wolfowitz виявлено достовірне зниження кількості E.coli без гемолітичних властивостей ( $P < 0,01$ ); Enterobacter ( $P < 0,01$ ); Acinetobacter ( $P < 0,01$ ); E.faecalis ( $P < 0,01$ ); Mucor ( $P < 0,01$ ) і плісневих грибів ( $P < 0,05$ ). У міру збільшення тривалості використання гормональної контрацепції підвищується концентрація лактозонегативної E.coli і грибів роду Candida і збільшується частота 0 ст. БВ (І група – 20,0% і ІІ – 32,0%) при одночасному зниженні рівня 3 ст. (І група – 12,0% і ІІ – 6,0%).

### ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених використань контрацепція у пацієток з бактеріальним вагінозом повинна носити комплексний характер з врахуванням всіх ланок етіопатогенетичних змін. Поєднане використання гормональних контрацептивів з лікувальними заходами (корекція мікробіоценозу статевих шляхів і кишечника) дозволяє забезпечити не лише високий контрацептивний ефект, але і профілакувати рецидивування бактеріального вагінозу. Це дозволяє рекомендувати пропоновану методику для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

### Особенности микробиоценоза половых путей и кишечника при использовании различных вариантов гормональной контрацепции Т.В. Лещева, Т.Б. Романчук

Как показали результаты проведенных использований контрацепция у пациенток с бактериальным вагинозом должна носить комплексный характер с учетом всех звеньев этиопатогенетических изменений. Сочетанное использование гормональных контрацептивов с лечебными мероприятиями (коррекция микробиоценоза половых путей и кишечника) позволяет обеспечить не только высокий контрацептивный эффект, но и профилактировать рецидивирование бактериального вагиноза. Это позволяет рекомендовать предлагаемую методику для широкого использования в практическом здравоохранении. Ключевые слова: бактериальный вагиноз, контрацепция, сравнительные аспекты.

### Features micrbiocenosis of sexual ways and intestines at use of various variants of hormonal contraception T.V. Leshcheva, T.B. Romanchuk

As have shown results of lead uses contraception at patients with bacterial vaginosis should have complex character in view of all parts patogenetical changes. Complex with medical actions (correction micrbiocenosis sexual ways and intestines) allows to provide use of hormonal contraceptives not only high contraceptive effect, but also profilactice recedive bacterial vaginosis. It allows to recommend an offered technique for wide use in practical public health services.

**Key words:** bacterial vaginosis, contraception, comparative aspects.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кузьмин А.А. Гормональные контрацептивы нового поколения // Контрацепция и здоровье женщины. – 2012. – № 1. – С. 2–10.
2. Курбанова М.Х. Приемлемость и эффективность средств контрацепции при некоторых формах экстрагенитальной и акушерской патологии // Автореф. Дисс. ... д-ра мед. наук, Душанбе, 1997. – 31 с.
3. Фролова О.Г., Волгина В.Ф., Пугачева Т.М. Дискуссионные вопросы контрацепции у женщин после родов // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 6. – С. 43–46.
4. Хомасурадзе А.Г., Шакаршвили А.А. Руководство по контрацепции. – Тбилиси, 2010. – 504 с.



## Аномалії розвитку матки і перинатальна патологія

*М.А. Сазонова*

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

Результати проведених досліджень свідчать, що спектр перинатальних проблем у жінок з аномаліями матки обумовлений високою вагою передчасних пологів і плацентарної дисфункції з формуванням затримки розвитку плода, що визначає велику кількість недоношених і дітей з малою масою тіла, які вимагають реанімаційних заходів і тривалої реабілітації. Отримані результати диктують необхідність подальшого вивчення даної проблеми, особливо в аспекті поліпшення перинатальних результатів розродження.

**Ключові слова:** аномалії розвитку матки, перинатальні результати.

Останніми роками відзначена тенденція до збільшення частоти виявлення вад розвитку різних органів і систем організму, у тому числі і жіночих статевих органів. Аномалії жіночих статевих органів зустрічаються в 3,2–3,5% випадків серед жінок репродуктивного віку і складають 4% від всіх уроджених вад розвитку [1–3].

Репродуктивні проблеми виникають, за даними деяких авторів, у 25–50% пацієнток з аномаліями розвитку матки [4].

Серед пацієнток, що страждають звичним невиношуванням вагітності, аномалії розвитку матки зустрічаються в 10–15% [2, 5].

Різні автори пропонували класифікувати мюллерові аномалії, беручи за основу клініку, ембріологію, клініко-анатомічні особливості, але, до теперішнього часу, в світі відсутня єдина класифікація вад розвитку матки і піхви.

У генезі вад розвитку матки і піхви важливу роль відіграють несприятливі екологічні і спадкові чинники. У літературі містяться суперечливі дані про частоту безпліддя при вадах розвитку матки. Більшість авторів вважають, що при багатьох аномаліях розвитку частота зачаття істотно не знижується в порівнянні з нормою [3, 5]; інші автори пов'язують безпліддя з аномаліями матки в 11% [1, 4].

**Мета дослідження:** вивчення впливу різних аномалій розвитку матки на акушерські і перинатальні результати розродження.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено двоетапне дослідження, внаслідок чого створено два інформаційні масиви. Перший інформаційний масив включав результати ретроспективного аналізу медичної документації (50 історій пологів і розвитку новонароджених) вагітних з аномаліями розвитку матки, які склали ретроспективну групу.

На другому етапі дослідження проводилося диспансерне спостереження з ранніх термінів вагітності 30 пацієнток з нормальною анатомією внутрішніх статевих органів, що не мали обтяженого акушерського анамнезу, які склали контрольну групу.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз нашого дослідження повів, що акушерські і перинатальні результати вагітностей у жінок з аномаліями розвитку матки, які склали ретроспективну групу, статистично значимо відрізняються від групи контролю практично за всіма параметрами: питома вага передчасних пологів склала 24,0%, при цьому в групі контролю передчасних пологів не було. Пологи закінчені оперативною дорогою склали 70,0%, в групі контролю цей показник склав 16,3%. Питома вага жінок, розроджених в строк per vias naturalis без ускладнень статистично значимо менше ( $p < 0,01$ ) в ретроспективній групі і складає 6,0%, в порівнянні з контрольною – 70,0%. Порівнюючи співвідношення ускладнених і неускладнених пологів per vias naturalis, ми отримали наступні дані: в ретроспективній групі 72,0% ускладнених і 6,0% без ускладнень, при цьому в групі контролю ці показники склали 16,3% і 70,0% відповідно, тобто ускладнення в пологах в 4,5 рази частіше зустрічаються у жінок ретроспективної групи. Питома вага швидких і стрімких пологів в ретроспективній групі статистично значимо вище в порівнянні з контролем і складають 6,0% і 3,3% відповідно, питома вага дистресу плода в пологах склала 12,0% і мала місце лише у жінок з аномаліями розвитку матки. Аналогічну ситуацію спостерігали і при оцінюванні частоти дискоординованої пологової діяльності – в ретроспективній групі в 4,0% спостережень. Крім того, заслуговує на увагу той факт, що в 4,0% пологів в ретроспективній групі сталося передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, 6,0% всіх пологів (кожні четверті пологи per vias naturalis) супроводжувалося порушенням процесів відділення і виділення плаценти в послідовому періоді, в 2,0% випадків мали місце кровотечі в післяпологовому періоді, при тому, що в групі контролю таких ускладнень не було.

При оцінюванні перинатальних результатів розродження нами встановлено, що кожна друга дитина (54,0%) ретроспективної групи була переведена у відділення ранньої реабілітації новонароджених, кожна п'ята 22,0% – в реанімаційне відділення, що статистично значимо частіше ( $p < 0,01$ ), ніж в групі контролю, в якій дітей переведених в реанімацію не було, а реабілітацію було потрібно лише 6,7% новонародженим. Питома вага дітей, в яких виявлена церебральна ішемія 2–3 ступеня – 38,0%, статистично значимо вище в ретроспективній групі, в групі контролю цей показник складає 3,3%. Статистично вище в ретроспективній групі ( $p < 0,01$ ) були такі показники, як питома вага новонароджених, яким було потрібно респіраторну підтримку (14,0%), відносне число дітей з малою масою тіла (28,0%), при цьому в групі контролю маловагих дітей і що вимагали респіраторної підтримки новонароджених не було. З крупною масою тіла (більше 4000 г) в ретроспективній групі народилися лише дві дитини, що склало 4,0% і статистично значимо менше, ніж в групі контролю, в якій цей показник склав 20,0%. Таке співвідношення маловагих і крупних дітей характерне для жінок з аномаліями матки і обумовлене анатомічною структурою і зростання вагітної матки, що має аномалію розвитку.

### ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про те, що жінки з різними аномаліями розвитку матки складають групу високого ризику щодо розвитку плацентарної дисфункції і подальшої перинатальної патології. Це диктує необхідність подальшого вивчення даного наукового завдання, особливо в аспекті ранньої діагностики і корекції плацентарної дисфункції, що дозволить поліпшити перинатальні результати розродження.

#### Аномалии развития матки и перинатальная патология М.А. Сазонова

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что спектр перинатальных проблем у женщин с аномалиями матки обусловлен высоким удельным весом преждевременных родов и плацентарной дисфункции с формированием задержки развития плода, что определяет высокий удельный вес недоношенных и маловесных детей, которые требуют реанимационных мероприятий и длительной реабилитации. Полученные результаты диктуют необходимость дальнейшего изучения данной проблемы, особенно в аспекте улучшения перинатальных исходов родоразрешения.

**Ключевые слова:** аномалии развития матки, перинатальные исходы.

#### Anomalies of development of uterus and perinatal pathology M.A. Sazonova

Results of the spent researches testify that the spectrum perinatal problems at women with anomalies of uterus is caused by high relative density of premature birth and placental dysfunction with formation of arrest of development of born that defines high relative density preterm born and small children who demand intensive actions and long rehabilitation. 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, perinatal outcomes.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Волков В.Г. Случай удвоения матки и влагалища с частичной аплазией одного влагалища / В.Г. Волков, В.Д. Степанова // Вестн. нов. мед. технол. – 2010. – № 3. – С. 110–111.
2. Гормонодиагностика заболеваний женской половой системы: метод, рекомендации. – Донецк, 2011. – 18 с.
3. Гулькевич Ю.В., Гулькевич К.Ю., Лазюк Г.И. Каузальный генез уродств и специфичность тератогенного воздействия // Архив патологии. – 2010. – № 12. – С. 3–19.
4. Давыдов С.Н. Беременность и роды после метропластики: Мат. III съезда акушеров-гинекологов Узбекистана / С.Н. Давыдов. – Ташкент, 2000. – С. 96–97.
5. Давыдов С.Н. Пороки развития матки и их хирургическая коррекция в целях восстановления генеративной функции / С.Н. Давыдов, В.М. Орлов, М.М. Левит // Акуш. и гин. – 2007. – № 11. – С. 13–15.

УДК 618.14-002:616.381-072.1-08

## Реабілітація репродуктивної функції у жінок з ендометріомами

Ю.В. Страховецька

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

Результати проведених досліджень показали, що використання диференційованого підходу до реабілітації хворих із ендометріомами після проведеного лапароскопічного лікування дозволяє істотно знизити частоту рецидиву і клінічних проявів даної патології. Безумовним підтвердженням ефективності запропонованої методики є отримані результати ехографічних, ендокринологічних і імунологічних досліджень.

**Ключові слова:** ендометріома, репродуктивна функція, реабілітація.

Генітальний ендометріоз є однією з найпоширеніших гінекологічних патологій у жінок репродуктивного віку [1–6]. Згідно з даними сучасної літератури [1–6] частота різних проявів цієї патології у жінок репродуктивного віку коливається від 3% до 10%. На думку вітчизняних і зарубіжних фахівців зростання частоти гінекологічних захворювань, зокрема генітального ендометріозу, слід розглядати як наслідок високої частоти патології пубертатного періоду, соціальної нестабільності суспільства, зміни репродуктивної поведінки, а також зростання соматичної захворюваності населення [3, 6].

Розглядаючи ефективність запропонованих лікувально-профілактичних заходів звертає на себе увагу відсутність єдиного підходу у виборі методу лікування, особливо ендометріом. Але водночас, як свідчать дані вітчизняної і зарубіжної літератури, особливо останніх років [1–6] усе більша перевага віддається ендохірургічному лікуванню даної патології з наступною адекватною реабілітацією.

Незважаючи на значне число наукових повідомлень одним із невирішених питань даного наукового напрямку є віддалені наслідки перенесеного лапароскопічного лікування. Хоча не викликає сумнівів той факт, що ефективність проведеної терапії, багато в чому, залежить від якості проведення реабілітаційних заходів, що включають не тільки лікування основного захворювання, але і профілактику рецидивів. Водночас, у сучасній літературі відсутні практичні рекомендації щодо ведення хворих, які перенесли ендоскопічне лікування з приводу ендометріозу, хоча їхня необхідність не викликає сумнівів.

**Мета дослідження:** зниження частоти рецидиву ендометріом після лапароскопічного лікування на підставі вивчення основних анамнестичних, клінічних, ехографічних, ендокринологічних та імунологічних змін, а також удосконалення алгоритму лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети нами було обстежено 90 пацієнок, яких було розподілено на три групи:

- контрольна група – 30 гінекологічно і соматично здорових жінок репродуктивного віку;
- 1 група – 30 пацієнок після лапароскопічного лікування ендометріом, які одержували загальноприйняті реабілітаційні заходи;
- 2 група – 30 пацієнок після лапароскопічного лікування ендометріом, які одержували запропоновану нами методику реабілітації.

Загальноприйняті реабілітаційні заходи проводилися відповідно до рекомендацій Л.В. Адамян [1] і включали використання гестагенів (у післяопераційний період протягом півроку); при тяжких формах ендометріюшкодження додаткове використання антигонадотропних препаратів данол (даназол) і імунокорекція.

Основними моментами вдосконаленого нами диференційованого підходу були:

1. Підшкірні ін'єкції агоністів гонадотропін рилізінг гормону (золадекс 3,6 мг) в передню черевну стінку перші 5 днів менструального циклу кожні 28 днів впродовж 3 міс до операції та 6 міс після операції.
2. Неспецифічна протизапальна терапія (диклофенак по 1 супозиторію ректально впродовж 10–15 днів), розсмоктуюча терапія (вобензим по 1 таблетці 3 рази на добу впродовж 3 міс), імуномодулююча терапія (віферон 1 свічка per rectum 2 рази на добу впродовж 5 днів) в післяопераційному періоді.

Лапароскопію виконували за допомогою устаткування фірми №Karl Storz.№ (Німеччина).

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, імунологічні, ендокринологічні та морфологічні показники.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що серед основних причин розвитку ендометріом мають суттєве значення наступні: перенесені гінекологічні захворювання (хронічні запальні захворювання матки і придатків - 63,3%; патологічні зміна шийки матки – 46,7% і перенесені акушерсько-гінекологічні операції – 50,0%), а також обтяжений репродуктивний анамнез (артифіційні – 43,3% і мимовільні ранні аборти – 16,7%; кесарів розтин – 30,0% і початкова неплідність – 26,7%)

Основними клінічними симптомами ендометріом є альгодисменорея (96,7%), хронічний тазовий біль (90,0%), диспареунія (76,7%), неплідність (53,3%) і міжменструальні кровозагасання (26,7%). Середня тривалість захворювання складає 3,5±0,3 року, а серед використуваних лікувально-профілактичних заходів необхідно відзначити застосування антибактеріальної і протизапальної терапії (100,0%), різноманітні варіанти гормональної корекції (86,7%) і фізіотерапії (43,3%).

Провідними ехографічними ознаками ендометріом є: округла форма утворення (56,7%); виявлення поблизу кіст невеличких розмірів тканини «незміненого» яєчника (56,7%); стовщена ехо-щільна капсула кісти (53,3%); дрібногочечна внутрішня структура (36,7%) і відсутність варіацій внутрішньої ехо-структури при динамічному обстеженні в різноманітні фази менструального циклу (30,0%).

Основними показаннями до лапароскопічного лікування хворих із ендометріомами явилися: наявність одно- (63,3%) і двосторонніх ендометріом (36,7%), а також їхнє поєднання з неплідністю (53,3%).

При проведенні лапароскопії зустрічаються «типові» ознаки ендометріом: утворення яєчників із щільною капсулою темно-синього відтінку і фрагментами синьо-багряного кольору – 50,0%; чорні, синюшно-багряні, темно-червоні плями на поверхні очеревини – 36,7%; рубцева тканина, що оточує ендометріюідні імпланти – 23,3%; білі непрозорі бляшки, оточені рубцевою тканиною – 13,3% і «нетипові»: гіперваскулярні зони – 53,3%; під'яєчникові зрощення – 46,7%; жовто-коричневі плями на поверхні очеревини – 36,7%; петехіальна очеревина – 30,0%; червоні, «променеподібні» плями – 26,7%; залозисті новотвори на поверхні очеревини – 16,7%; ділянки білої непрозорої очеревини – 10,0% і кругові дефекти очеревини – 6,7%.

При «класичному» перебігу ендометріозу (66,7%) переважають кісти з функціонально активним епітелієм, цитогенною підепітеліальною стромою, багатою васкуляризацією (численні судини капілярного типу), «свіжими» крововиливами й ознаками хронічного періофориту, а при «безсимптомному» варіанті (33,3%) – переважають кістозні утворення з дистрофічно зміненим епітелієм, розростанням еднальної тканини, недостатньою васкуляризацією із великим числом судин із стовщеною стінкою і «старими» крововиливами.

Використання запропонованих реабілітаційних заходів дозволяє знизити частоту нейроендокринної симптоматики на 23,3%; хронічних тазових болей – на 20,0%; альгодисменореї – на 20,0%; диспареунії на 16,7% і рецидиву ендометріом – на 13,3% на фоні зниження рівня ехографічних ознак ендометріом на 26,7% і нормалізації основних ендокринологічних і імунологічних показників.

### ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень показали, що використання диференційованого підходу до реабілітації хворих із ендометріомами після проведеного лапароскопічного лікування дозволяє істотно знизити частоту рецидиву і клінічних проявів даної патології. Безумовним підтвердженням ефективності запропонованої методики є отримані результати ехографічних, ендокринологічних і імунологічних досліджень.

### Реабилитация репродуктивной функции у женщин с эндометриомами Ю.В. Стреховецкая

Результаты проведенных исследований показали, что использование дифференцированного подхода к реабилитации больных с эндометриомами после проведенного лапароскопического лечения позволяет существенно снизить частоту рецидивов и клинических проявлений данной патологии. Безусловным подтверждением эффективности предлагаемой методики являются полученные результаты эхографических, эндокринологических и иммунологических исследований.

**Ключевые слова:** эндометриома, репродуктивная функция, реабилитация.

**The rehabilitation of reproductive function  
at women with endometriomes  
Yu.V. Strahovezkaya**

Results of the spent researches have shown that use of the differentiated approach to rehabilitation of patients with endometriomes after spent laparoscopic treatments allows to lower essentially frequency of relapses and clinical displays of the given pathology. The confirmation efficiency of an offered technique the received results ehografical, endocrinological and immunological researches are unconditional.

**Key words:** *endometrioma, reproductive function, rehabilitation.*

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Адамян Л.В. Генитальный эндометриоз: клиника, диагностика, лечение: Метод. Рекомендации / Л.В. Адамян, Е.Н. Андреева // Науч. центр акушерства, гинекологии и перинатологии. – М., 2010. – 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., 2012. – 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, 2012. – № 3 (23). – С. 72–76.
6. Венцьківська І.Б. Вибір тактики лікування при генітальному ендометріозі / І.Б. Венцьківська // Лікар. справа. – 2009. – № 1. – С. 85–86.

УДК 618.13-002.3-06:616.381-002]-07-035

**Гнойно-воспалительные заболевания  
придатков матки: бактериологические  
и микробиологические особенности**

**В.С. Страховецкий**

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что для каждого патогенетического варианта гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки характерны свои специфические микробиологические особенности, а также индивидуальная чувствительность к антибактериальной терапии. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** *гнойно-воспалительные заболевания придатков матки, микробиология.*

В структуре гинекологической заболеваемости особое место занимают гнойные поражения маточных труб и яичников, на часть которых приходится от 4% до 30% всех воспалительных заболеваний придатков матки. За последние годы частота этой патологии не только не снижается, но даже наметилась некоторая тенденция к ее росту [1, 2]. Патологический процесс при этом протекает с осложнениями и выраженными полиорганными изменениями [3].

Причиной осложненного течения послеоперационного периода у данной категории больных является неэффективность антибактериальной терапии, неполная санация очага инфекции, что диктует расширение объема оперативного вмешательства до радикального как единственного пути к выздоровлению [1–3]. В результате радикального хирургического лечения молодые женщины не только утрачивают репродуктивную функцию, но и лишаются яичников, что ведет к раннему проявлению болезней старения [1–3].

Значительное, а зачастую и решающее значение в развитии гнойных воспалительных заболеваний придатков матки (ГВЗПМ) играют так называемые провоцирующие факторы, среди которых особое внимание следует уделить внутриматочной контрацепции (ВМК) [1–3]. Однако до настоящего времени не систематизированы вопросы зависимости развития осложненного течения ГВЗПМ на фоне ВМК от состояния иммунитета. Значительные трудности представляет выбор рациональной этиотропной и патогенетической терапии у этой категории больных.

В связи с тем что свойства микроорганизмов под воздействием внешних и внутренних факторов постоянно меняются, актуальными представляются исследования, направленные на проведение мониторинга микробного состава и антибиотико-резистентности при ГВЗПМ [1–3].

**Цель исследования:** изучить бактериологические и микробиологические особенности ГВЗПП.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Основную группу исследуемых составили 363 женщины с ГВЗПП в возрасте от 18 до 49 лет ( $34,4 \pm 9,3$  года). Контрольная группа состояла из 40 здоровых женщин, сопоставимых по возрасту с пациентками основной группы.

Все пациентки были разделены нами на две клинические группы: группа А – 116 (31,9%) женщин, у которых ГВЗПП развились на фоне ВМК; группу В составили 247 (68,1%) пациенток с ГВЗПП, развившимися без применения ВМК.

Помимо общеклинических и функциональных методов исследования были выполнены бактериоскопические и бактериологические исследования отделяемого из цервикального канала, экссудата из полости малого таза, биоптатов тканей из очага гнойного воспаления (придатков матки), причем забор материала осуществлялся до начала антибактериальной терапии.

Мазки окрашивали по методу Грама. Результаты исследования мазков использовали в дальнейшем для интерпретации роста колоний микроорганизмов на чашках первичного посева.

Посев исследуемого материала производили по методу Gould на 5% кровяной агар, анаэробный агар Шадлера с добавлением 5% крови, желточно-солевой агар, среду Эндо, среду для культивирования гонококков. Для культивирования анаэробов использовали газогенераторные пакеты GEN BAG Anaer фирмы «bioMerieux» (Франция).

Для идентификации аэробных, факультативно-анаэробных микроорганизмов использовали методы традиционной бактериальной таксономии. Для идентификации анаэробных микроорганизмов применяли тест-системы rapid ID 32A фирмы «bioMerieux» (Франция) с последующей компьютерной обработкой результатов (программа APLlab).

Определение чувствительности выделенной аэробной флоры к антибиотикам при помощи диско-диффузионного метода. Антибиотикочувствительность анаэробных культур определяли с помощью систем ATB ANA фирмы «bioMerieux» (Франция).

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Для реализации цели исследования был проведен анализ клинико-anamnestических данных у пациенток групп А и В. Средний возраст больных составил в группе А –  $39,2 \pm 0,4$  года, в группе В –  $32,1 \pm 0,6$  года ( $p < 0,001$ ).

У больных группы А значительно чаще в анамнезе наблюдались острые и хронические воспалительные заболевания органов малого таза ( $p < 0,001$ ). У пациенток группы В достоверно чаще в анамнезе наблюдались опухоли и опухолевидные заболевания яичников – в  $13,8 \pm 2,2\%$  случаев ( $p = 0,002$ ), а также бесплодие – в  $7,3 \pm 1,7\%$  ( $p = 0,006$ ). Кроме того выявлена значимо более высокая частота инфекций, передающихся половым путем (ИППП) в анамнезе у женщин группы В ( $p < 0,05$ ).

Длительность использования ВМК у пациенток основной группы составила от 1 до 15 лет (в среднем  $7,3 \pm 1,7$  года). Большинство пациенток ( $50,0 \pm 4,6\%$ ) – ис-

пользовали ВМК в течение 6–10 лет, а  $27,6 \pm 4,1\%$  – более 10 лет.

У большинства больных продолжительность настоящего заболевания составила около 7 дней, однако у каждой пятой больной длительность заболевания составила около 1 мес. При этом такая продолжительность ГВЗПП до обращения в стационар наблюдалась значительно чаще среди больных группы А ( $p < 0,001$ ).

У больных выделенных групп выявлены различия в клиническом течении заболевания. Так, при поступлении в стационар у пациенток группы А значительно чаще отмечалась гипертермия выше  $38^\circ\text{C}$ , озноб, дизурические расстройства, слизисто-гнойные выделения из половых путей ( $p < 0,05$ ). У больных группы В значимо чаще отмечалась субфебрильная температура тела ( $p < 0,05$ ). Состояние пациенток группы А значимо чаще при поступлении расценивалось как тяжелое, в то время как состояние больных группы В – как средней степени тяжести ( $p < 0,001$ ). Среди больных группы А значимо чаще встречались женщины с тяжелым интоксикационным синдромом, в группе В – с интоксикацией средней степени тяжести ( $p < 0,001$ ).

Форма ГВЗПП устанавливалась после проведенного оперативного лечения больных и гистологического исследования удаленных во время операции препаратов. В группе А чаще диагностировались тубовариальные абсцессы (ТОА), в то время как в группе В – гнойный сальпингит и пиосальпинксы ( $p < 0,001$ ).

У преобладающего большинства обследуемых пациенток течение заболевания осложнилось дальнейшим распространением инфекции. Структура осложнений у больных выделенных групп была различной: доля больных с параметритом, абсцессом позадиматочного пространства, разлитым перитонитом и межкишечными абсцессами в группе А достоверно превышала таковую в группе В ( $p < 0,001$ ). В то же время пельвиоперитонит значимо чаще встречался у больных группы В (в  $69,2 \pm 2,9\%$  случаев), ( $p = 0,005$ ).

Для оценки микробиологических особенностей было проведено изучение особенностей микробного пейзажа у 109 больных с ГВЗПП (группы А и В).

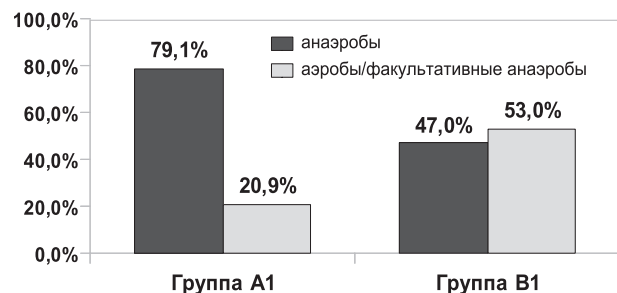
Наиболее часто из очага гнойного воспаления у больных группы А выделялись микроорганизмы родов *Eubacterium* – 11 ( $25,6 \pm 6,7\%$ ), *Bacillus* – 7 ( $16,3 \pm 5,6\%$ ), *Peptostreptococcus* – 7 ( $16,3 \pm 5,6\%$ ), а также *Fusobacterium nucleatum* – 7 ( $16,3 \pm 5,6\%$ ). Микроорганизмы рода *Eubacterium* (*E. limosum* и *E. Lentum*), а также *Fusobacterium nucleatum* были выделены только в группе А.

В группе В наиболее часто встречались микроорганизмы родов *Staphylococcus* – 14 ( $21,2 \pm 5,0\%$ ) и *Peptostreptococcus* – 14 ( $21,2 \pm 5,0\%$ ). *Propionibacterium acnes* был выделен у 9 ( $13,6 \pm 4,2\%$ ) больных; микроорганизмы семейства *Enterobacteriaceae* (*Proteus mirabilis* и *E. coli*) и *Enterococcus faecalis* были выделены у 6 ( $9,1 \pm 3,5\%$ ) больных. Микроорганизмы рода *Staphylococcus* (*S. haemolyticus*, *S. hominis*, *S. capitis* и *S. shleiferi*) были выделены только у больных группы В.

Соотношение выделенных анаэробных и аэробных/факультативно анаэробных микроорганизмов в исследуемых группах больных было различным,  $p < 0,05$  (рис. 1).

У больных группы В значимо чаще обнаруживались *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* и *Trichomonas vaginalis*, чем у больных группы А ( $p < 0,05$ ).

При изучении чувствительности микроорганизмов к антибиотикам было выявлено, что 73,8% штаммов анаэробных микроорганизмов, выделенных от больных группы А, были устойчивы к метронидазолу, 12,5% – устойчивы к клиндамицину и



**Рис. 1. Соотношение анаэробной и аэробно/факультативно анаэробной флоры в очаге гнойного воспаления у больных групп А и В**

6,3% – к амоксициллину. Анаэробные микроорганизмы, выделенные у больных группы В, были устойчивы в 5,1% к клиндамицину и 18,5% – к амоксициллину.

Все выделенные штаммы *Staphylococcus spp.* были чувствительны к цефалоспорином: цефазолину, цефтриаксону, цефамандолу, ципрофлоксацину, амикацину, амоксициллину, спирамицину; при этом 19,7% штаммов были устойчивы к доксициклину, 40,5% – к линкомицину, 40,5% – к эритромицину, 21,1% – к хлорамфениколу. Выделенные штаммы *Bacillus spp.* были в 100% случаев чувствительны к ципрофлоксацину, эритромицину, спирамицину, рокситромицину, хлорамфениколу, цефамандолу, доксициклину. В тоже время к линкомицину были устойчивы все выделенные штаммы (100%) *Bacillus spp.*, к цефтриаксону – 39,2% штаммов были умеренно устойчивы; 40,5% были устойчивы к цефазолину и 40,5% – к амоксициллину. Выделенные культуры *E. coli* и *P. mirabilis* были чувствительны к: цефалоспорином (ЦС) II, III и IV поколения, аминогликозидам, ципрофлоксацину.

### ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у больных с различными патогенетическими вариантами ГВЗПМ выявлены различия видового состава микрофлоры в очаге гнойного воспаления. Микрофлора у больных с ГВЗПМ на фоне ВМК характеризовалась достоверным преобладанием анаэробных микроорганизмов (79,1±6,2% штаммов). Микрофлора, выделенная у больных с ГВЗПМ без ВМК, была представлена практически в равной степени аэробными/факультативно анаэробными (у 53,0±6,1%) и анаэробными (у 47,0±6,1%) микроорганизмами, а также ИППП (у 40,9% больных выделена *Chlamydia trachomatis*). Кроме того, имеют место достоверные различия антибиотико-чувствительности анаэробной микрофлоры у больных с различными патогенетическим вариантами ГВЗПМ. У пациентов с ГВЗПМ на фоне ВМК (73,8±6,1%) штаммов анаэробных микроорганизмов были устойчивы к метронидазолу, 12,5±2,2% – к клиндамицину, 6,3±1,9% – к амоксициллину, у больных с ГВЗПМ без ВМК эти штаммы были устойчивы к клиндамицину – 5,1±1,1%, к амоксициллину – 18,5±3,1%. При этом все штаммы были чувствительны к метронидазолу. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

### Гнійно-запальні захворювання придатків матки: бактеріологічні і мікробіологічні особливості В.С. Страховецький

Результати проведених досліджень свідчать, що для кожного патогенетичного варіанту гнійно-запальних захворювань придатків матки характерні свої специфічні мікробіологічні особливості, а також індивідуальна чутливість до антибактеріальної терапії. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** гнійно-запальні захворювання придатків матки, мікробіологія.

### The pyoinflammatory diseases of appendages of a uterus: bacteriological and microbiological features V.S. Strahovetsky

Results of the spent researches testify, that for each pathogenetic variant of pyoinflammatory diseases of appendages of a uterus the specific microbiological features, and also individual sensitivity to antibacterial therapies are characteristic. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** pyoinflammatory diseases of appendages of a uterus, microbiology.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

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, 2012. – 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, 2010. – XV, № 2. – С. 36–37.

## Профілактика менопаузальних порушень у жінок із доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників

*Р. Р. Чуприна*

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

Запропонований лікувальний комплекс показав клінічну ефективність у корекції ранніх клімактеричних порушень на тлі стабілізації показників ліпідного спектру і гемостазу: через один місяць питома вага жінок із середнім ступенем вираженості клімактеричного синдрому достовірно зменшилась з 55,8 до 23,5% ( $p < 0,05$ ), через три місяці у більшості пацієнок (70,5%) не було виявлено клімактеричного синдрому, а у решті (29,5%) він мав легкий ступінь тяжкості ( $p < 0,05$ ). Ефективність запропонованого лікувального комплексу у 1,6 рази вища в порівнянні з традиційним лікуванням і дозволяє на третину знизити витрати на лікування.

**Ключові слова:** неуточнені пухлини матки та яєчників, менопаузальні порушення, профілактика.

Вагоме зростання захворюваності жінок у віці, що збігається з настанням менопаузи, є серйозним аргументом, щоб вважати менопаузу і пов'язані з нею зміни в організмі одним з основних факторів, що визначають якість і тривалість життя жінки [3, 4]. Серед факторів, що ведуть до порушення репродуктивного здоров'я жінок, доброякісні неуточнені пухлини матки та яєчників займають п'яте місце серед гінекологічних захворювань (до 5-13% в структурі гінекологічної патології).

Ранні прояви менопаузального синдрому істотно знижують якість життя жінок працездатного віку, інколи на вершині їхньої соціальної активності, тому проблеми лікування цієї патології мають важливе соціальне й економічне значення [5, 6]. Сьогодні є загальновизнаним, що в основі розвитку менопаузального синдрому в жінок у віковий і хірургічний менопаузі провідну роль відіграють зміни гіпоталамо-лімбічної регуляції, що призводить до порушень функціонування вегетативної нервової системи у відповідь на зміни в гормональній регуляції організму. Багато авторів наголошують, що розвиток ранніх психоневрологічних проявів відіграє основну роль у прогресуванні менопаузального синдрому і є надалі базою для формування важких ускладнень постменопаузи [7, 8].

**Мета дослідження:** зниження частоти і ступеня вираженості менопаузальних порушень у жінок із доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників на основі удосконалення і впровадження алгоритму лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено проспективний аналіз 90 амбулаторних карт жінок із менопаузальними розладами, які були розподілені на наступні групи: основна група – 60 жінок із доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників, з них I група – 30 жінок (основна група) прооперованих в об'ємі пангістеректомії, які отримували традиційні лікувально-профілактичні заходи; II група – 30 жінок (досліджувана група) прооперованих у об'ємі пангістеректомії, які отримували запропоновану нами методику профілактики менопаузальних порушень; контрольну групу склали 30 жінок із фізіологічним перебігом природної менопаузи.

Усі пацієнтки підлягали детальному загальноприйнятому клініко-лабораторному обстеженню в гінекології відповідно до наказу МОЗ України № 582 від 15.12.2003 та № 620 від 10.05.2007. Оцінка клінічних особливостей перебігу клімактеричного синдрому у обстежених жінок проведено шляхом обчислення індексу Куппермана (ІК) та менопаузального індексу (МПІ) в модифікації П.В. Уварової та В.П. Сметник (2004) після комп'ютерної обробки даних, отриманих при заповненні спеціально розробленої анкети з бальною оцінкою нейровегетативних та психоемоційних розладів.

Для діагностики та формування груп дослідження використовувалась антропометрія та обчислювався індекс маси тіла (ІМТ) – співвідношення маси тіла в кілограмах і довжини тіла в метрах, зведеної в квадрат [1]. Клінічні особливості перебігу КС у обстежених жінок обстежено шляхом обчислення індексу Куппермана (ІК) та менопаузального індексу (МІ) після комп'ютерної обробки даних, отриманих при заповненні анкети з бальною оцінкою нейровегетативних та психоемоційних розладів [2]. Індекс Куппермана: менше 15 балів – легкий ступінь клімактеричних розладів, 15-29 балів – середній, більше 30 балів – тяжкий ступінь клінічних проявів КС. Менопаузальний індекс (вегетосудинні розлади МВІ): 10-20 балів – слабкий ступінь вираженості, 21-30 – середній, понад 30 балів – тяжкий; МПІ (для психоемоційних розладів): 1-7 балів – легкий ступінь вираженості, 8-14 балів – середній, більше 14 балів – тяжкий.

Для поглибленого дослідження психологічного статусу визначали його оцінку з використанням адаптованої Хапінім шкали Спілбергера за допомогою двох підшкал – особистісної та реактивної тривожності, вираженої в балах [2]. При результаті 20-34 балів рівень тривоги оцінювали як низький, 35-45 балів – середній, більше 45 балів – високий ступінь тривожності. Для визначення емоційного стану використовували методику САН, базовану на інтерпретації даних, отриманих при заповненні пацієнткою спеціально розробленої анкети.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, інструментальні, лабораторні та статистичні методи досліджень.





## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Атаханова Л.Э. Системные индикаторы здоровья и качества жизни женщин в период менопаузы // Клиническая геронтология : научно-практический журнал. – 2007. – Том 13, №12. – С. 70-73.
2. Бацилева О.В. Психоемоційний стрес та його роль у виникненні порушень репродуктивного здоров'я жінки. Актуальні проблеми психології: Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія / за ред. С. Д. Максименка. – Київ, 2010. – Том 10, Вип. 16. – С. 52-61.
3. Бойчук А.В., Берегуляк О.О., Франчук А.Ю. Ефективність різних методів лікування посткастраційного синдрому в корекції змін гемостазу та ліпідограми // Вісник наукових досліджень. – 2008. – № 2. – С. 41-44.
4. Венцківський Б.М., Нізова Н.М., Татарчук Т.Ф. Замінна гормональна терапія як патогенетичний метод профілактики та лікування клімактеричних зрушень // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2012. – № 1. – С. 48-58.
5. Вовк І.Б., Чубей Г.В., Кондратюк В.К., Подоляка Д.В. Пухлиноподібні ураження яєчників: етіологія, патогенез, діагностика та лікування // Здоров'я жінки. – 2013. – № 2. – С. 112-118.
6. Дубоссарська З.М. Еволюція уявлень про клімакс та його лікування // Нова медицина. – 2012. – № 5. – С. 26-27.
7. Кишакевич И.Т. Роль психологических и вегетативных нарушений в генезе климактерического синдрома // Здоровье женщины. – 2013. – № 4. – С. 104-107.
8. Носенко ОМ. Морфологічні аспекти доцільності проведення органозберігаючих операцій у жінок репродуктивного віку з кістозними доброякісними утвореннями яєчників. Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2013. –Т. 18, № 2. – С. 51-55.

УДК 619.173-02:618.14-06:616.89-008

## Диференційований підхід до хірургічного лікування міоми матки у поєднанні з генітальним пролапсом

**В.І. Бойко, В.А. Терехов**

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

**Результати проведених досліджень повністю підтверджують необхідність диференційованого підходу до лікування поєднаної патології матки без і за наявності генітального пролапсу. Розроблений і запроваджений нами алгоритм дозволяє добитися позитивних результатів як в ранні, так і у віддалені терміни після операції. Ключові слова: міома матки, генітальний пролапс, хірургічне лікування.**

У структурі гінекологічної патології поєднана патологія матки (лейоміома, аденоміоз і гіперплазія ендометрія) і генітальний пролапс займають провідні місця. Так, за різними джерелами ці захворювання зустрічається у 60% жінок репродуктивного і 70% перименопаузального віку [1–3]. При цьому основним варіантом лікування даної патології є оперативний [4–6].

Традиційні підходи в оперативній гінекології, пануючі десятиліттями, витісняються новими прогресивними технологіями, що викликає спори і неприйняття лікарів, що достатньо довго оперують традиційними методами. Крім того, відсутність критеріїв вирішального вибору оперативного доступу призводить до поляризації думок про доцільність вживання малоінвазивних технологій при великих розмірах лейоміоми і супутнього опущення стінок піхви. Існує як точка зору про необмежені можливості ендоскопічної хірургії, так і скептичне відношення до впровадження нових технологій і переходу оперативної гінекології до малоінвазивності [1, 6].

Сьогодні усесвітньо визнані авторитети в ендоскопічній хірургії стверджують, що немає обмежень для виконання лапароскопічної операції по видаленню матки [1–6]. Досвід світової хірургії свідчить що надмірно конфронтаційний шлях розвитку, який прагне до розроблення «стандартних для всіх» альтернатив, не завжди продуктивний [1, 5]. Усі ці підходи є предметом обговорення і на сьогоднішній день не мають певних постулатів дії. Залишаються досі не вивченими критерії відбору, показання, протипоказання, доцільність, можливі очікувані ускладнення, віддалені результати для призначення того або іншого оперативного втручання при поєднаній патології матки без і з генітальним пролапсом. Аналіз наукової літератури свідчить про недостатнє освітлення вказаних аспектів проблеми, що з'явилося підставою до проведення справжнього дослідження.

**Мета дослідження:** підвищення ефективності хірургічного лікування поєднаної патології матки без і з генітальним пролапсом на основі розроблення і запровадження диференційованого підходу до вибору методики операції.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Програмою представлено дослідження було вивчення результатів хірургічного лікування хворих з доброякісними захворюваннями матки, простими і складними формами генітального пролапсу при використанні вагінального оперативного доступу.

При виконанні цього дослідження нами проведений аналіз результатів хірургічного лікування 120 пацієнок, що оперуються з приводу доброякісних захворювань матки і генітального пролапсу з використанням вагінального оперативного доступу. В якості основної (базової) операції усім хворим була зроблена вагінальна гістеректомія. Варіанти вагінальних операцій мали значні особливості у пацієнок різних клінічних груп.

Розподіл пацієнок на клінічні групи нами зроблено залежно від показань для видалення матки, наявності супутнього пролапсу статевих органів (ускладненого або ні стресовим нетриманням сечі) і віку хворих.

1 група – 60 пацієнок, у яких була виконана вагінальна гістеректомія (ВГ) у поєднанні з кульдопластикою по Макколлу і кольпоперинеолеваторо-ропластикою з додатковим використанням лапароскопічної асистенції.

2 група – 30 пацієнок, у яких була виконана вагінальна гістеректомія по Мейо (ВГМ).

3 група – 30 пацієнок, у яких була виконана вагінальна гістеректомія у поєднанні з передньою кольпоррафією, кольпоперинеолеваторо-ропластикою, фіксацією куполу піхви до крижово-остистої зв'язки і уретровезиковагінопексією (мінімізований слінг) (ВГФКП).

У пацієнок репродуктивного і перименопаузального віку з доброякісними захворюваннями матки і за наявності показань для її видалення виконували вагінальну екстирпацію матки (без або з придатками) з хірургічною профілактикою постгістеректомічного пролапсу куполу піхви.

У пацієнок літнього і похилого віку, основним показанням до гістеректомії у яких було повне або неповне випадання матки і стінок піхви, виконували вагінальну екстирпацію матки по Мейо.

У пацієнок репродуктивного і перименопаузального віку з доброякісними захворюваннями матки і супутнім генітальним пролапсом за наявності показань для гістеректомії виконували вагінальну екстирпацію матки з одномоментною хірургічною корекцією різних форм пролапсу.

Обстеження хворих перед операцією включало вивчення анамнезу з урахуванням соматичних і гінекологічних захворювань, аналізу менструальної і репродуктивної функцій, перенесених раніше оперативних втручань.

Усім пацієнткам амбулаторно і при госпіталізації виконували комплекс діагностичних досліджень. Загальне обстеження включало: гінекологічний огляд і пальцеве дослідження прямої кишки, грудних залоз, регіонарних лімфатичних вузлів, клінічні аналізи крові і сечі, ЕКГ, біохімічне дослідження крові, коагулограму, ультразвукове дослідження органів малого тазу, кольпоскопію, а при аденomioзі, розповсюдженному генітальному ендометріозі і інтралігаментарному розташуванні міоматозних вузлів додатково – гістероскопію, ексреторну урографію, цистоскопію, ректороманоскопію і ультразвукове дослідження з контрастуванням

передньої стінки прямої кишки (за допомогою спеціального балончика з латексної гуми, що вводиться в пряму кишку).

Стандартні ехографічні дослідження органів малого тазу і сечовидільної системи проводили з використанням ультразвукової апаратури «HONDA 2500» (Японія) з трансвагінальним (7 Мгц) і абдомінальним (3,5 Мгц) датчиками.

При загальному ультразвуковому дослідженні уточнювали розміри лейоміоми матки, наявність і характер патологічних утворень в області придатків, вираженість спайкового процесу в малому тазу. Ультразвукове дослідження нирок дозволяло оцінити внутрішню структуру чашково-мискової системи і стан верхнього відділу сечоводів, по яких можна було побічно судити про порушення пасажу сечі і наявність сечовідної обструкції.

Гістероскопія і роздільне діагностичне вискоблювання з подальшим гістологічним дослідженням зіскрібків з каналу шийки матки і порожнини матки виконували у пацієнок з метою уточнення стану порожнини матки. Показаннями до гістероскопії були: підозра на внутрішній ендометріоз, на субмукозний міоматозний вузол, на патологію ендометрія. Для цієї мети використовували жорсткий гістероскоп фірми «Karl Storz» (Німеччина). Гістероскопію в усіх хворих виконували під короткочасним внутрішньовенним наркозом (каліпсол, діпріван) без попереднього розширення каналу шийки матки. В усіх випадках як оптичне середовище використовувався стерильний фізіологічний розчин.

Лапароскопію виконували за допомогою устаткування фірми «Karl Storz» (Німеччина). Прокол передньої черевної стінки здійснювали в трьох точках: парамбілікальний для введення телескопа і надлобкових (правої і лівої) – для хірургічних інструментів і маніпуляторів.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що у пацієнок з поєднаною патологією матки без і з генітальним пролапсом в 70,0% має місце різна патологія шийки матки, що свідчить про необхідність виконання тотальної гістеректомії.

За наявності генітального пролапсу у пацієнок має місце висока частота хронічних захворювань бронхо-легеневої системи (23,3% і травного тракту (30,0%), що супроводжуються тривалим підвищенням внутрішньочеревного тиску, варикозної хвороби (23,3%), ендокринної патології (33,3%) і гриж різної локалізації (10,0%), що свідчить про певну роль системної неспроможності сполучної тканини (її дисплазії) в патогенезі даної патології.

Розміри матки понад 12 тиж вагітності, доброякісні утворення яєчників, інфільтративні форми ендометріозу (ретроцервікальний ендометріоз), спайковий процес в малому тазу і черевній порожнині після перенесених раніше хірургічних операцій, відсутність пролапсу статевих органів (чи мимовільних пологів в анамнезі) не можуть розглядатися як абсолютні протипоказання для виконання вагінальної гістеректомії.

Оцінювання якості життя пацієнок з генітальним пролапсом перед операцією було достовірно гіршим за оцінювання якості життя хворих без даної патології за наступними показниками: фізична активність; соціальна ізоляція і емоційні реакції. Через два роки після проведеного хірургічного лікування по розробленому

нами алгоритму покращання якості життя відмічене у всіх прооперованих жінок, але лише при наявності генітального пролапсу ці зміни були достовірними ( $p < 0,05$ ).

При хірургічному лікуванні поєднаної патології матки без і з генітальним пролапсом необхідно віддавати перевагу провідниковій анестезії (епідуральна анестезія або спино-мозкова анестезія) по наступних моментах: скорочення тривалості операцій; зниження об'єму крововтрати; ризик тромбоемболічних ускладнень; прискорення і полегшення післяопераційної реабілітації у соматично ослаблених хворих і пацієнок літнього і похилого віку.

Використання пропонованого диференційованого підходу при хірургічному лікуванні поєднаної патології матки без і з генітальним пролапсом дозволяє відзначити значне поліпшення 96,7% хворих, а 83,3% з них вважали собі вилікуваними повністю. Найбільш високим відсоток позитивних результатів хірургічного лікування (93,3%) був в пацієнок без генітального пролапсу, яким гістеректомія була виконана лише з приводу доброякісних захворювань матки і придатків з лапароскопічною асистенцією.

Для практичної охорони здоров'я ми можемо рекомендувати наступні моменти:

- у пацієнок репродуктивного і перименопаузального віку без пролапсу геніталій, в яких показанням для видалення матки (з придатками або без) є її доброякісне захворювання, або поєднання доброякісних новоутворень матки і яєчників, операцією вибору вважаємо піхвову гістеректомію (з придатками або без) з лапароскопічною асистенцією у поєднанні з профілактичним виконанням кульдопластики по Макколлу і кольпоперинеолеваторопластики;

- при повному або неповному генітальному пролапсі у пацієнок літнього і похилого віку показана піхвова гістеректомія по Мейо в нашій модифікації;

- у сексуально активних пацієнок репродуктивного і перименопаузального віку, в яких є показання для видалення матки, за наявності супутнього пролапсу статевих органів операцією вибору вважаємо піхвову гістеректомію (з придатками або без) у поєднанні з фіксацією куполу піхви до крижово-остистої зв'язки, передньою і задньою кольпорафією і мінімізованим слінгом (в разі стресової інконтиненції).

## ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень повністю підтверджують необхідність диференційованого підходу до лікування поєднаної патології матки без і за наявності генітального пролапсу. Розроблений і впроваджений нами алгоритм дозволяє добитися позитивних результатів як в ранні, так і у віддалені терміни після операції.

### **Дифференцированный подход к хирургическому лечению миомы матки в сочетании с генитальным пролапсом В.И. Бойко, В.А. Терехов**

Результаты проведенных исследований полностью подтверждают необходимость дифференцированного подхода к оперативному лечению сочетанной патологии матки без и с генитальным пролапсом. Разработанный и внедренный алгоритм позволя-

ет добиться позитивных результатов как в ранние, так и в отдаленные сроки после операции.

**Ключевые слова:** миома матки, генитальный пролапс, хирургическое лечение.

### **The differentiated campaign to surgical treatment myoma uterus in complex with genital prolapse V.I. Boyko, V.A. Terehov**

Results of the spent researches completely confirm necessity of the differentiated approach to operative treatment complex pathologies of a uterus without and with genital prolapse. The developed and introduced algorithm allows to achieve positive results both in early, and in the remote terms after operation.

**Key words:** myoma uterus, genital prolapse, surgical treatment.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В. Лапароскопия и гистерорезектоскопия в хирургическом лечении миомы матки у женщин детородного возраста / Л.В. Адамян, З.Р. Зарубиани, С.И. Киселев // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 3. – С. 40–44.
2. Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия / Балалыкин А.С. – К., 2012. – 152 с.
3. Балан В.Е. Менопаузальный синдром / В.Е. Балан, Е.М. Вихляева, Я.З. Зайдиева [и др. ] – М.: Медицина, 2010. – 28 с.
4. Bachmann GA. Hysterectomy – a critical review // J. Reprod Med. – 2009. – Vol. 35. – P. 839.
5. Borten M. Laparoscopic Complications. Toronto: Decker. – 2011. – 125 p.
6. Brune LB., Schonlenben K. Laparo – Endoscopische Chirurgie. Munchen: Marsielle. – 2008. – Vol. 45. – P. 253–254.

УДК 618.36-06

## Аномальне розташування плаценти — як чинник ризику плацентарної дисфункції

**В.І. Бойко, С.О. Ткаченко**

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

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

**Ключові слова:** аномальна плацентація, плацентарна дисфункція.

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

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

**Мета дослідження:** вивчити основні аспекти плацентарної дисфункції при аномальній плацентації.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проспективно обстежено 100 жінок (основна група) з АРП. При ультразвуковому скринінгу в 16 тиж вагітності в даного контингенту спостережуваних плацента 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 нами не виявлено ( $t=1,07$ ;  $p > 0,05$ ). В той же час повна міграція частіше реалізувалася по задній стінці матки, чим при її локалізації по передній (відповідно 48,0% і 30,0%;  $p < 0,05$ ). Неповна міграція плаценти частіше зафіксована по передній стінці матки ( $p < 0,05$ ), що, можливо, пов'язано з 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;  $гху=+0,92$ ,  $p < 0,001$ ).

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 відзначений, починаючи з 17–18 тиж вагітності; закінчувався він у 29–30 тиж. Максимальна швидкість ( $0,51$  см/тиж) відповідала швидкому типові міграції і реєструвалася вона в 22–24 тиж гестації ( $p < 0,05$ ). Різка зміна темпу (відсутність помірного типа 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 пацієнток реєструвалися максимальні показники швидкості міграції –  $0,65$  см/тиж (22–24 тиж) і важка симптоматика з наявністю кровотеч, рецидивуючою загрозою переривання вагітності. Безсимптомний процес протікав при завершеній міграції по задній стінці матки; темп був максимальний у 29–31 тиж і відповідав повільному і помірному типові –  $0,38$  см/тиж

Отже, виявлені чинники, що впливають на міграцію плаценти: локалізація відносно стінок матки і варіант процесу. Інтенсивніше плацента переміщується по передній стінці. При неповному/незавершеному варіанті процесу має місце швидкий тип міграції. Всі етапи (наростання, пік і зниження швидкості) повної/завершеної міграції відбуваються за помірним і повільним типом. Несприятливим процесом переміщення плаценти є незавершений варіант її міграції по передній стінці матки; при цьому реєструвалася максимальна швидкість міграції і важча симптоматика.

Під час гестаційного періоду в основній групі спостережуваних наростала частота і тяжкість загрози переривання вагітності, рецидивів кров'яних виділень; найбільш вираженими були ускладнення при передлежанні плаценти і низькому розташуванні. У кожної третьої пацієнтки (32,0%) наголошувалася ранній токсикоз, в кожній п'ятій (20,0%) – преєклампсія. Звертає увагу значима доля загострень хронічної інфекції сечовидільної системи і ГРВІ в спостережуваних з передлежанням і низьким розташуванням плаценти ( $p < 0,05$ ). Загострення хвороб ЛОР-органів, ГРВІ зустрічалися частіше в I (9,0%;  $p < 0,01$ ) і II (8,0%;  $p < 0,05$ ) триместрах гестації; урологічна патологія (пієлонефрит, цистит) з більшою частотою діагностувалася в II (4,0%) і III (4,0%) триместрах.

Аналіз початкового спектру збудників у вагітних з АРП виявив високий рівень інфекції, що передаються статевим шляхом, у вигляді асоційованих форм при мікроскопічному (56,0%), бактеріологічному (46,0%) дослідженні і методом полімеразної ланцюгової реакції (39,0%). У пацієнток з виявленою інфекцією мав місце безсимптомний перебіг процесу і переважали герпетична, цитомегаловірусна, хламідійна, уремикоплазменна форми інфекції.

Порушення системи гемостазу в основній групі виявлені у 34,0% пацієнток в II триместрі, в 56,0% – в III триместрі вагітності і при порівнянні з показниками контрольної групи вони були більш виражені при передлежанні і низькому розташуванні плаценти. Виявлено переважання коагуляційного потенціалу крові: зниження часу кровотечі ( $p < 0,05$ ), часу згортання ( $p < 0,01$ ), толерантності плазми до гепарину ( $p < 0,01$ ). Паралельно мала місце активація фібринолітичної складової гемостазу: збільшення протромбінового часу і індексу ( $p < 0,05$ ), зниження активованого часткового тромбoplastинового часу ( $p < 0,05$ ), значень фібриногену ( $p < 0,01$ ). Зменшення кількості тромбоцитів ( $p < 0,05$ ) свідчить про зміни судинно-тромбоцитарної ланки. Виявлені маркери внутрішньосудинного згортання крові і фібринолізу – позитивний етаноловий тест і виражені значення продуктів деградації фібрину ( $p < 0,01$ ).

Отже, зміни в системі гемокоагуляції вказують на хронічну форму ДВЗ- синдрому, призводять до порушення агрегаційних властивостей крові, патології мікроциркуляції і у результаті – до неповноцінної інвазії трофобласта в стінки спіральних артерій матки. Це, у свою чергу, сприяє порушенню кровотоку в басейні маткових артерій і ранньому розвитку плацентарної недостатності при даній акушерській патології.

У зв'язку з неоднорідними змінами концентрації гормонів і білків фетоплацентарного комплексу при АРП нами виділено чотири варіанти ендокринного статусу цієї системи: нормофункція (вміст гормонів відповідає нормі); гіперфункція (вміст одного/ряду гормонів підвищений); дисфункція (різноспрямовані зміни концентрації гормонів); гіпофункція (вміст одного/ряду гормонів понижений). Результати гормонального скринінгу основної групи пацієнток свідчать про зниження функціональної ак-

тивності плаценти, що є патологічним типом адаптації плода і доклінічним маркером порушення його стану. Варіант АРП безпосередньо впливає на стан фетоплацентарного комплексу: виражені зміни мають місце при низькій локалізації плаценти ( $p < 0,01$ ), будучи непрямим доказом гіпоксії плода.

При оцінці міри дозрівання аномально розташованих плацент у 50,0% пацієнток виявлене те, що запізнилося і в 12,0% – передчасне їх дозрівання. При низькій плаценталі дозрівання, що запізнилося, наголошувалося частіше (67,0%;  $p < 0,01$ ), ніж при передлежанні (41,0%) і повній міграції плаценти (37,0%), тобто порушення дозрівання плаценти можуть визначати варіанти її міграції.

Затримка внутрішньоутробного розвитку плода в основній групі спостережуваних виявлена лише при передчасному/запізненому дозріванні плаценти. Більш виражена затримка внутрішньоутробного розвитку плода відмічена при низькій плаценталі на тлі дозрівання плаценти (22,0%;  $p < 0,01$ ), що запізнилося, порівняно з даними на тлі передчасного її дозрівання (7,0%).

Найбільш значимі зміни біофізичного профілю плода були при низькому розташуванні плаценти ( $7,2 \pm 0,9$ ), менш виражені, – при передлежанні ( $8,6 \pm 1,2$ ) і повній міграції плаценти ( $9,7 \pm 0,7$ ).

За даними кардіотокографії найнижчий сумарний бал ( $5,9 \pm 0,9$ ) виявлений у вагітних з низькою плаценталією, тоді як в контролі він склав  $9,4 \pm 0,6$ . Найбільша бальна оцінка серед кардіотокограм основної групи була при завершеному процесі міграції ( $8,3 \pm 0,6$ ). По наростанню частоти і ступеня тяжкості змін показники розподілилися таким чином: базальна частота, частота осциляцій, амплітуда осциляцій, акцелерації, децелерації.

Порушення матково-плацентарного кровотоку при збереженому плодово-плацентарному відмічене у  $55,0 \pm 3,2\%$  жінок основної групи (I А ступінь плацентарної недостатності), порушення плодово-плацентарного кровотоку при збереженому матково-плацентарному – у 32 ( $35,0 \pm 1,9\%$ ) пацієнток (I Б ступінь плацентарної недостатності). Порушення матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровотоку при збереженні позитивно направленої компоненти діастолі визначалися в  $7,0 \pm 1,2\%$  обстежених (II ступінь плацентарної недостатності); критичне порушення плодово-плацентарного кровотоку (ретроградний напрям компоненти діастолі) – у  $2,0 \pm 0,1\%$  жінок основної групи (III ступінь плацентарної недостатності).

Найбільш виражені гемодинамічні зміни спостерігалися у 17,0% пацієнток при затримці внутрішньоутробного розвитку плода (залежність пряма, сильна, достовірна;  $g_{xy} = +0,89$ ;  $p < 0,01$ ). Після 24 тиж вагітності реєструвалася зниження компоненти діастолі кровотоку в маткових артеріях – рання ознака порушення матково-плацентарного кровотоку. У пацієнток з передлежанням плаценти виявлено помірне зниження кровотоку ( $p < 0,05$ ); при низькій плаценталі – виражене ( $p < 0,001$ ); при міграції плаценти були незначні порушення ( $p > 0,05$ ).

На тлі низької плаценталі/неповної міграції порушення матково-плацентарного кровотоку частіше підтверджувалося всіма кутнезалежними показниками (СДВ, ІР, ІІ) і більше відрізнялося від контрольних значень. Збільшення кутнезалежних індексів в артеріях пуповини і аорті плода пов'язане із збільшенням опору термінальної частини плаценти і спазмом периферичних судин плода (компенсаторна централізація кровообігу при зниженні плацентарної перфузії).

Отже, описані зміни свідчать про патологію матково-плацентарно-плодової гемодинаміки і плацентарної недостатності, ступінь вираженості і частота яких залежать від локалізації/міграції плаценти; при цьому найбільші порушення мали місце при низькому розташуванні плаценти. Мабуть, тригером розвитку плацентарної недостатності при АРП є зниження матково-плацентарного кровотоку, залежне, у свою чергу, від порушень плодово-плацентарного кровотоку.

Цікаво відзначити, що патологічні порушення кровообігу корелюють з параметрами плацентометрії. У 29,0% випадків діагноста плацентарної недостатності за оцінкою кровотоку випереджала дані УЗД і клінічні прояви. Отже, раннє порушення кровотоку і його кутнезалежні індекси можуть бути доклінічними маркерами плацентарної недостатності на фоні АРП.

У пацієнток основної групи зафіксований високий відсоток передчасних пологів (26,0%), найбільший при передлежанні (41,0%) і низькій плацентажі (33,0%). При передчасному дозріванні плаценти і затримці внутрішньоутробного розвитку плода (симетричної форми) передчасні пологи сталися в 28–33 тиж вагітності. При дозріванні плаценти, що запізнилося, затримці внутрішньоутробного розвитку плода (асиметричної форми) частіше розвивається вторинна плацентарна недостатність, у зв'язку з чим, вагітність уривається пізнішим (34–37 тиж).

Варіанти АРП міграції визначали кількість ускладнень (2,1 на одну жінку) і оперативних втручань (1,2 на одну жінку) в пологах. У 34,0% випадків мали місце аномалії пологової діяльності. Так, для низької плацентажі характернішими були швидкі пологи (36,0%;  $p < 0,01$ ) і дискоординована пологова діяльність (13,0%); міграції плаценти властива більше дискоординація (15,0%) і слабкість (12,0%) пологових сил.

Більш ніж в половині вагітних основної групи (53,0%) пологи були оперативними: у всіх пацієнток з передлежанням плаценти, в 58,0% – при низькій локалізації і в 26,0% – при мігруючій плаценті. Невідкладні ситуації в пологах (відшарування плаценти – 39,0%, кровотеча – 40,0%, гіпоксія плода – 56,0%) з'явилися свідченням до операції кесарева розтину в екстреному порядку, причому 67,0% операцій було виконано в ургентному порядку.

У пацієнток основної групи в час кесарева розтину в 16,0% випадків вироблено розширення об'єму операції до тотальної/субтотальної гістеректомії. Частіше ці оперативні втручання реалізовані при передлежанням плаценти (17,0%) і неповній її міграції (22,0%) в зіставленні з даними на тлі завершеного процесу міграції плаценти (6,0%). Свідченнями до розширення об'єму операції з'явилися: дійсний приріст плаценти в спостережуваних з передлежанням (14,0%) і низьким прикріпленням плаценти (10,0%); лейоміома матки великих розмірів або низьке розташування міоматозних вузлів у пацієнток з передлежанням (3,0%), низькою плацентажією (12,0%) і міграцією плаценти (6,0%).

### ВИСНОВКИ

Клінічний перебіг вагітності при аномальній плацентажі супроводжувався високою частотою раннього токсикозу (32,0%); преєклампсії (20,0%); плацентарної дисфункції (55,0%); передчасних пологів (26,0%) і аномалій пологової діяльності (34,0%). Отримані результати свідчать про необхідність розробки алгоритму тактики ведення вагітності і пологів у пацієнток цієї групи.

### Аномальное расположение плаценты – как фактор риска плацентарной дисфункции В.И. Бойко, С.А. Ткаченко

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

**Ключевые слова:** аномальная плацентация, плацентарная дисфункция.

### Abnormal arrangement of a placenta – as factor risk of placental dysfunction V.I. Boyko, S.A. Tkachenko

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

**Key words:** abnormal placentation, placental dysfunction.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Безнощенко Г.Б. Организация скрининга в перинатальном периоде у женщин с низким прикреплением плаценты / Безнощенко Г.Б. // Омский научный вестник. – 2011. – № 3. – С. 164–165.
2. Медяникова И.В. Особенности течения беременности и родов при аномалиях плацентации // Вестник Кузбасского научного центра: Материалы II-й научно-практической конференции «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии». – Кемерово, 2012. – № 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, 2011. – С. 59–62.

УДК 618.14-089:617.55

## Дискусійні питання різних методів 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 абдомінального хірургічного лікування поєднаної патології матки не втрачає своєї актуальності у зв'язку з пізньою діагностикою міоми матки та 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 загальноприйнятту тактику ведення пацієнток з хірургічною патологією. При поєднаній патології матки на сьогоднішній день застосовуються різні доступи оперативного лікування. Проте залишаються досі 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].

Ураховуючи 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 сьогоднішні пропонуються і упродовжуються 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 добро-

якісних новоутворень матки. Це призводить 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 дискусійні питання різних методів хірургічного лікування поєднаної патології матки.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У наше дослідження було включено 359 жінок з поєднаною патологією матки, яким були проведені різні варіанти оперативного лікування. В 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:

1. Вік від 35 до 70 років.
2. Розміри матки від 5 тиж до 20 тиж вагітності.
3. Стресове нетримання сечі 2–3 тип.
4. Пролапс статевих органів будь-якого ступеня тяжкості.

*Критерії виключення* з дослідження:

1. Вік менше 35 років і старше 70 років.
2. Міома матки більше 20 тиж (у 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 напруженні 1-го 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 нетриманням 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 їхній середній вік склав  $57,2 \pm 12,3$  року.

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

Третю підгрупу склали 41 пацієнтка, якій були виконані традиційні операції трансабдомінальним доступом. У цій підгрупі виконувалися операції з видалення органу, при поєднанні пролапсу з міомою або аденоміозом з фіксацією кукси піхви або шийки матки по Кохеру. Також використовувалася методика фіксації апоневротичним клаптом. При збереженні органу переважно виконувалися операції з фіксацією органу апоневротичним клаптом. Усі операції завершували передньою і задньою кольпорафією. Середній вік цих жінок склав 46,5±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 алопластикою); при генітальному пролапсі і поєднаній патології матки – в 35,7% жінок. Розміри органу, що видаляються, в більшості випадків були головним чинником при виборі оперативного доступу. У табл. 1 наведені 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 вираженій анемізації пацієнтки. У 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;
- ясні тривалі ациклічні кровотечі, що призводять до анемізації;
- наявність ознак деструкції в тканині вузла з появою больового синдрому, запальними змінами;

- перекрут субсерозного вузла;
- наявність підслизового 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 архітектоники тазового дна при неушкоджених кардинальних і крижово-маткових в'язках.

Аналіз ускладнень при виборі череворозтину як оперативний доступ у пацієнток 1 підгрупи при поєднанні міоми матки і аденоміозу показав збільшення кількості ускладнень при подовженні часу операції; у пацієнток старшої вікової групи і при збільшенні об'єму органу, що видаляється.

Ранні післяопераційні ускладнення (у тому числі й 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 пацієнток 1 підгрупи з використанням трансабдомінального доступу при поєднанні міоми матки і аденоміозу склала 13,3%.

У 2 підгрупі переважаючий відсоток пацієнток (83,2%) мали невеликий об'єм видаленої матки (до 14 тиж); 45,8% пацієнток окрім симптомів нетримання сечі мали ознаки цистоцеле, при цьому 89,5% з них відносилися до вікової категорії старше 50 років.

У цій підгрупі пацієнток використовувався трансабдомінальний доступ при необхідності видалення органу. Симптоми нетримання сечі при нарузі корегували методикою з використанням фасціального клаптя і формуванням дублюкатури передміхурної фасції при передній кольпорафії. У пацієнток 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 добу.



У пізні післяопераційні ускладнення ми включили всі виниклі рецидиви при спостереженні за пацієнтками від 1 року і більш, при цьому виявляється високий відсоток ускладнень. Пізні післяопераційні ускладнення виявлені в 4 випадках, що склало 16,7%. При їх аналізі 2 випадків (8,3%) пацієнтки мали рецидив захворювання, у 2 пацієнток (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 ауто тканин склало 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 клаптом, така операція була виконана в 23 (56,1%) випадках. Усі операції завершувалися пластичною передньою і задньою кольпорафією. Більшість пацієнток 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 пацієнток 3 підгрупи з використанням трансабдомінального доступу склали 3 випадки (7,3%). Пізні 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 склало 7 випадків (17,1%). Таким чином, у кожної шостої пацієнтки було те або інше незадоволення результатами проведеної операції.

### ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що використання абдомінального 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.

### Дискуссионные вопросы различных методов хирургического лечения сочетанной патологии матки

**В.А. Шамрай**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что использование абдоминального 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.

### Discussional questions of various methods 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, 2008. – 320 с.
2. Аккер Л.В. Течение постовариэктомиического синдрома в постменопаузальном периоде. Особенности метаболических изменений и их коррекция заместительной гормональной терапией / Л.В. Аккер, А.И. Гальченко, Т.С. Таранина // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 5. – С. 34–38.
3. Афанасьева А.А. Гистероскопический контроль терапии гиперпластических процессов эндометрия в перименопаузе / А.А. Афанасьева, В.А. Кулавский // Проблемы пери- и постменопаузального периода. – М., 2006. – С. 6–7.
4. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии / Я.В. Бохман. – СПб: Фолиант, 2009. – 542 с.

УДК 618.1-089.168.1-06-084-053.86/.89

## Шляхи зниження післяопераційної захворюваності у гінекологічних хворих старших вікових груп

**В.В. Яцентюк**

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

Результати проведених досліджень свідчать, що удосконалена нами методика профілактики післяопераційних ускладнень хворих старших вікових груп з генітальною патологією дозволяє істотно знизити частоту післяопераційних ускладнень. Це відбувається на фоні адекватної корекції мікробіоценозу статевих шляхів і імунного статусу. Методика є простою, загальнодоступною і може знайти широке застосування в практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** гінекологічні хворі, післяопераційні ускладнення, профілактика.

В умовах сьогодення в структурі різних методів лікування генітальної патології хірургічний складає близько 40% [1–5]. Основними показаннями для оперативного лікування є поєднана патологія матки: лейоміома матки, ендометріоз, гнійно-запальні процеси, опущення і випадання внутрішніх статевих органів і ін. [2, 3].

Профілактика післяопераційних ускладнень є досить вивченою проблемою в сучасній гінекології [4, 5]. В той же час, частота різних ускладнень, насамперед запального генезу, є підвищеною за наявності різних чинників ризику, до яких, безумовно, відносяться і хворі старших вікових груп з поєднаною патологією матки. Така ситуація вимагає додаткового вивчення даного наукового завдання і розробки ефективного комплексу лікувально-профілактичних заходів.

Всє вищевикладене є достатнім обґрунтуванням актуальності вибраного наукового завдання.

**Мета дослідження:** зниження частоти післяопераційної захворюваності жінок старших вікових груп поєднаною патологією матки на основі вивчення в них клініко-морфологічних, мікробіологічних і імунологічних особливостей, а також розробки і впровадження комплексу лікувально-профілактичних заходів.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети і задач дослідження нами було обстежено 150 пацієнток у віці старше 60 років, яких було розподілено на три групи:

- контрольна група – 50 гінекологічно здорових жінок старше 60 років;

- 1 група (порівняння) – 50 пацієнток старше 60 років, прооперованих з приводу різної генітальної патології, які отримували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи;

- 2 група (основна) – 50 пацієнток старше 60 років, прооперованих з приводу аналогічної генітальної патології, які отримували удосконалену нами методику.

При цьому, пацієнтки 1 групи були проведені у відповідності із загальноприйнятими лікувально-профілактичними і реабілітаційними заходами [2, 3] і включали використання антибактеріальної терапії, протизапальних препаратів, імуннокорекції і фізичних чинників дії.

На підставі проведених досліджень нами була розроблена система оптимізації хірургічного лікування генітальної патології у жінок старше 60 років, яка включала наступні моменти:

- передопераційна підготовка хворих з урахуванням індивідуальних особливостей наявної патології, яка полягала в корекції мікробіоценозу статевих шляхів препаратами; антибактеріальна терапія і використання антигомотоксичних препаратів. Тривалість передопераційної підготовки проводилася з урахуванням динаміки клінічного стану хворих;

- в післяопераційному періоді продовжувалось застосування антигомотоксичної терапії.

Наш вибір антибактеріальної і антигомотоксичної терапії носив суворо індивідуальний характер з урахуванням результатів клініко-лабораторних і функціональних методів досліджень.

Наш вибір для оптимізації хірургічного лікування генітальної патології у жінок старше 60 років був зроблений додатково на похідних фірми «Heel» (Німеччина) у зв'язку з тим, що вони є комплексними антигомотоксичними препаратами, що мають широкий спектр дії стосовно різноманітних ланок ендокринної і імунної систем. Вони не мають побічних й алергічних ефектів, добре переносяться пацієнтами.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основним показанням до оперативного лікування гінекологічних хворих старших вікових груп є поєднана патологія матки (лейоміома – 82,0%; аденоміоз – 15,0% і гіперпластичні процеси ендометрія – 83,0%) вираженим больовим (90,0%) і геморагічними синдромами (90,0%).

Чинниками ризику розвитку післяопераційних ускладнень у гінекологічних хворих старших вікових груп є високий рівень початкової екстрагенітальної патології (78,0%); перенесених хірургічних (40,0%) і гінекологічних операцій (32,0%).

Прогрес поєднаної патології матки у хворих старшої вікової групи відбувається на фоні дисбіозу піхви, який полягає в достовірному зниженні числа *Lactobacillus* spp. і *Bifidobacterium* spp. при одночасному підвищенні числа таких мікроорганізмів, як *E.coli* (lac+); *E. coli* (lac-); *E. coli* (haem+); *Enterococcus* spp.; *S. aureus* і *Candida* spp., а також появи *Bacteroides* spp.; *Peptococcus* spp. і *Peptostreptococcus* spp.

Зростання і клінічні прояви лейоміоми матки, а також рецидивування гіперпластичних процесів ендометрія відбуваються на фоні супресії системного імунітету: достовірне зниження CD3+; CD4+; CD16+ і CD20+ на фоні одночасного збільшення кількості CD8+ і CD23+ і неспецифічних чинників резистентності: дисфункція з боку показників фагоцитозу (ФП; ФЧ і ФІ), а також зниження вмісту β-лізину і лізоциму при одночасному збільшенні рівня α- і сироваткового інтерферонів.

Міжсистемні взаємостосунки в жінок старшої групи із поєднаною патологією матки здійснюються таким чином: при наявності лейоміоми матки має місце максимальне число кореляційних зв'язків між клінічними проявами, системним імунітетом і показниками неспецифічної резистентності, при цьому кількість зв'язків між окремими показниками системного імунітету не відрізнялися від показників здорових жінок цієї вікової групи.

Використання запропонованої методики профілактики післяопераційних ускладнень у хворих старших вікових груп із поєднаною патологією матки дозволяє знизити сумарну частоту післяопераційних ускладнень в 2,4 разу (з 24,0% до 10,0%), причому як запального генезу – в 2,5 разу (з 20,0% до 8,0%), так і тромбоеморагічного – в 2 рази (з 4,0% до 2,0%).

Для практичної охорони здоров'я ми можемо рекомендувати наступні моменти:

- для зниження частоти післяопераційних ускладнень у хворих старших вікових груп із поєднаною патологією матки необхідно додатково використовувати антигомотоксичну терапію і фізіотерапію (якщо є яка те нова методика) як в перед-, так і в післяопераційний періоди;

- метою контролю за ефективністю лікувально-профілактичних заходів, що проводяться, необхідне динамічне вивчення найбільш інформативних мікробіологічних і імунологічних параметрів до операції і в післяопераційному періодах.

### ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, удосконалена нами методика профілактики післяопераційних ускладнень хворих старших вікових груп з генітальною патологією дозволяє істотно знизити частоту післяопераційних ускладнень. Це відбувається на фоні адекватної корекції мікробіоценозу статевих шляхів і імунного статусу. Методика є простою, загальнодоступною і може знайти широке застосування в практичній охороні здоров'я.

### Пути снижения послеоперационной заболеваемости у гинекологических больных старших возрастных групп В.В. Яцентюк

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что усовершенствованная методика профилактики послеоперационных осложнений у больных старших возрастных групп с генитальной патологией позволяет существенно снизить частоту послеоперационных осложнений. Это происходит на фоне адекватной коррекции нарушений микробиотоза половых путей и иммунного статуса. Методика является простой, общедоступной и может найти широкое применение в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** гинекологические больные, послеоперационные осложнения, профилактика.

### Ways of decrease in postoperative disease at gynecologic sick senior age groups V. V. Yacentyuk

Results of the spent researches testify, that the advanced technique preventive maintenance postoperative complications at sick senior age groups with genital pathology allows to lower

essentially frequency postoperative complications. It occurs against adequate correction of infringements microbiocenose of sexual ways and the immune status. The technique is idle time, popular and wide application in practical public health services can find.

**Key words:** gynecologic patients, postoperative complications, preventive maintenance.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В. Здоровье и качество жизни женщин после гистерэктомии / Л.В. Адамян, С.И. Аскольская // Лапороскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – М., 2012. – С. 167–177.
2. Брехман Г.И. Миома матки: психосоматические аспекты, консервативное лечение и профилактика. / Г.И. Брехман, Б.Ф. Мазорчук, Н.Г. Масиброда – Иваново – Винница. – 2012. – 220 с.
3. Васильченко Н.П. Отдалённые клинико-физиологические аспекты различных способов хирургического лечения больных лейомиомой матки / Н.П. Васильченко, Н.М. Коржова, Н.М. Ткаченко // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 3. – С. 40–44.
4. Вихляева Е.М. О стратегии и тактике ведения больных с миомой матки / Е.М. Вихляева // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2010. – № 3. – С. 21–23.
5. Воробйова Л.І. Сучасні принципи хірургічного лікування доброякісних пухлин матки і придатків / Л.І. Воробйова, Ю.С. Доценко, Г.В. Євтушенко // ПАГ. – 2011. – № 3. – С. 78–79.

## Аналіз ефективності застосованих профілактичних заходів під час та після проведеного малоінвазивного втручання

**М.С. Молодиченко**

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

У структурі абдомінальних післяопераційних ускладнень превалюють перитоніт, внутрішньочеревні кровотечі, кишкова непрохідність, зумовлена черевними спайками. При виникненні раннього післяопераційного абдомінального ускладнення завершуючим етапом діагностики необхідно проводити релапароскопію з оцінкою можливості проведення малоінвазивного втручання. Лапароскопічні операції при підозрі на розвиток раннього внутрішньочеревного ускладнення в післяопераційному періоді є альтернативою діагностичної релапаротомії, а впровадження запропонованої тактики з урахуванням загальних показань і протипоказань до застосування відеоендоскопічної методики дозволить покращити результати комплексного лікування жінок з патологією органів малого таза. Використання лапароскопії як ендовідеохірургічної методики в діагностиці внутрішньочеревних ускладнень після гінекологічних операцій дозволяє збільшити параметри діагностичної цінності (чутливість, специфічність, точність) порівняно зі стандартною методикою.

**Ключові слова:** лапароскопія, лапаротомія, ендоскопічна хірургія, абдомінальні ускладнення, параметри діагностичної цінності.

В умовах сьогодення лапароскопічна хірургія стрімко поширюється в сучасній гінекології. Основною перевагою малоінвазивних операцій є низька травматичність, що дозволяє зменшити число ускладнень, покращити перебіг післяопераційного періоду, знизити термін перебування у стаціонарі та тимчасової втрати працездатності [1-4]. Розвиток лапароскопічної хірургії в гінекології дозволяє значно розширити спектр втручань і покращити їх результати.

Нині не викликає сумнівів діагностична цінність лапароскопії, а спектр гінекологічних операцій, які виконують за її допомогою, все більше розширюється. Сучасна лапароскопічна техніка дозволяє проводити дослідження як під час планового обстеження, так і виконувати операції при невідкладних загрозливих станах, а також з метою диференційної діагностики гострої хірургічної та гінекологічної патології. Як свідчить статистика, порівняно з класичною хірургічною операцією, відсоток ускладнень при лапароскопії значно нижчий [5-8]. Однак можливі все-таки поранення внутрішніх органів і пошкодження кровоносних судин із подальшою кровотечею, виникнення запальних процесів і непрохідність кишечника в

післяопераційний період. Ці ускладнення бувають за наявності масивного спайкового процесу в черевній порожнині і малому тазі.

**Мета дослідження:** проаналізувати результати повторних лапароскопій у пацієнток гінекологічного профілю з підозрою на внутрішньочеревні післяопераційні ускладнення.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У ході дослідження проаналізовано результати хірургічного лікування 42 пацієнток, в яких післяопераційні абдомінальні ускладнення різних гінекологічних захворювань потребували повторних операцій. До ранніх внутрішньочеревних ускладнень віднесли ті ускладнення, які виникли в післяопераційному періоді і були пов'язані з втручанням, проведеним з приводу основного захворювання. За терміном вони співпадали за часом відразу після оперативного втручання і до виписки зі стаціонару. Вік пацієнток коливався від 20 до 45 років (середній вік становив  $36,0 \pm 11,3$  років). Залежно від способу повторного втручання пацієнтки розподілені на 2 групи: основна ( $n=20$ ) – жінки, в яких для корекції післяопераційних ускладнень використовували тільки лапароскопію; контрольна ( $n=22$ ) – жінки, в яких для корекції післяопераційних ускладнень у ході діагностичної лапароскопії були виставлені показання до релапаротомії. У 8 пацієнток контрольної групи відразу виконано релапаротомію.

Усім пацієнткам проводилось комплексне обстеження із застосуванням клінічних, інструментальних і лабораторних методів дослідження. У всіх хворих комплексно вивчалися історія хвороби, антропометричні показники, особливості виконання оперативного втручання, перебіг післяопераційного періоду, а також проводились додаткові дослідження щодо функціонального стану органів і систем. Групи були однорідними за віком і структурою операцій, виконаних на органах малого таза, та статистично порівняльними.

Математичну і статистичну обробку отриманих даних проводили за допомогою пакету статистичних програм Microsoft Office Excel і «Statistica». Оцінку статистичної значимості відмінностей проводили із застосуванням параметричного  $t$ -критерія Стьюдента для незалежних вибірок.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Усі післяопераційні абдомінальні ускладнення серед 42 пацієнток гінекологічного профілю потребували повторних операцій. Нами проаналізовано результати повторних лапароскопій у 34 пацієнток обох обстежуваних груп, у 8 пацієнток контрольної групи відразу виконано релапаротомію. У зв'язку із виниклими внутрішньочеревними ускладненнями повторні операції виконувались у різні терміни від їх діагностування (від декількох годин до 14 діб) після першої операції. Несприятливий перебіг післяопераційного періоду вимагав виконання додаткових лікувальних і діагностичних заходів. Екстремними показаннями до повторної операції вважались наявність розповсюдженого післяопераційного перитоніту і внутрішньочеревної кровотечі, терміновими – при абсцесах черевної порожнини і симптомах ранньої спайкової кишкової непрохідності. Передопераційну підготовку у вигляді інтенсивної консервативної терапії проводили протягом 3-24 годин.

У всіх пацієнток основної групи (47,6%) лапароскопія виявилась єдиним і кінцевим методом лікування післяопераційних ускладнень, при цьому у 7 жінок (16,6%) використовувались повторні релапароскопії, у 13 (30,9%) лапароскопію проведено однократно. У 10 (23,8%) пацієнток контрольної групи у ході діагностичної лапароскопії були виставлені показання до релапаротомії. У 4 пацієнток можливості операційної бригади і лапароскопічної техніки дозволили виконати деякі елементи операції і завершити її мінілапаротомним доступом, зменшуючи інвазивність повторної операції, у 8 пацієнток контрольної групи з виявленою післяопераційною патологією, яка вимагала хірургічного втручання, відразу виконано релапаротомію. Отже, в групі контролю однократну релапаротомію проведено у 16 (38,1%) хворих, двократну – у 5 (11,9%), трикратну – у 1 (2,4%).

Успішному здійсненню релапароскопій в ранньому післяопераційному періоді сприяло проведення до операції повноцінне обстеження, насамперед ультразвукове, яке дозволило найбільш повно оцінити можливість проведення малоінвазивного втручання і обрати точки доступу до черевної порожнини. Також необхідними умовами вважали проведення адекватного загального знеболення, яке передбачало інтубаційний наркоз, цілодобовий доступ до використання лапароскопічної стойки та інструментарію, склад хірургічної бригади, до якої увійшли гінеколог-хірург із достатнім досвідом в абдомінальній хірургії та лікар, який приймав участь у першій операції. На основі аналізу досліджуваного матеріалу нами запропоновані загальні показання і протипоказання до проведення релапароскопії в ранньому післяопераційному періоді з метою діагностики і лікування післяопераційних ускладнень. Обґрунтовуючи кожний з пунктів, ми керувались реальними можливостями методу в загальній клінічній практиці, які у низці випадків поступають за своєю ефективністю релапаротомії.

Таким чином, доцільність застосування лапароскопії при післяопераційних гінекологічних внутрішньочеревних ускладненнях визначається високим рівнем діагностичної цінності даної методики, а також високою вірогідністю переведення діагностичного втручання в ефективну лікувальну операцію.

## ВИСНОВКИ

У структурі абдомінальних післяопераційних ускладнень превалюють перитоніт, внутрішньочеревні кровотечі, кишкова непрохідність, зумовлена черевними спайками. При виникненні раннього післяопераційного абдомінального ускладнення завершуючим етапом діагностики необхідно проводити релапароскопію з оцінкою можливості проведення малоінвазивного втручання. Лапароскопічні операції при підозрі на розвиток раннього внутрішньочеревного ускладнення в післяопераційному періоді є альтернативою діагностичної релапаротомії, а впровадження запропонованої тактики з урахуванням загальних показань і протипоказань до застосування відеоендоскопічної методики дозволить покращити результати комплексного лікування жінок з патологією органів малого таза. Використання лапароскопії як ендовідеохірургічної методики в діагностиці внутрішньочеревних ускладнень після гінекологічних операцій дозволяє збільшити параметри діагностичної цінності (чутливість, специфічність, точність) порівняно зі стандартною методикою.

## Анализ эффективности применения профилактических мероприятий во время и после малоинвазивного вмешательства А.С. Молодиченко

Лапароскопические операции при подозрении на развитие раннего внутриутробного осложнения в послеоперационном периоде являются альтернативой диагностической релапаротомии, а применение предложенной тактики с учетом общих показаний и противопоказаний к использованию видеоендоскопической методики позволят улучшить результаты комплексного лечения женщин с патологией органов малого таза. Использование лапароскопии как эндовидеохирургической методики в диагностике внутриутробных осложнений после гинекологических операций позволяет улучшить параметры диагностической ценности (чувствительность, специфичность, точность) по сравнению со стандартной методикой.

**Ключевые слова:** лапароскопия, лапаротомия, эндоскопическая хирургия, абдоминальные осложнения, параметры диагностической ценности.

## Analysis of efficiency of the applied prophylactic measures under time and after the conducted littleinvasion interference M.S. Molodichenko

Laparoscopic operations at suspicion on development of early intra-abdominal complication in a postoperative period are the alternative of diagnostic rlaparotomy, and introduction of the offered tactics taking into account general testimonies and contra-indications to application of videoeoscopic methodology will allow to improve the results of holiatry of women with pathology of organs of small taaz. Use of laparoscopy as endovideoхирургічної methodologies in diagnostics of intra-abdominal complications after gynaecological operations allows to increase the parameters of diagnostic value (sensitiveness, specificity, exactness) comparatively with standard methodology.

**Key words:** laparoscopy, celiotomy, endoscopic surgery, abdominal complications, parameters of diagnostic value.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Діагностика та оперативна лапароскопія в гінекології / А.М. Громова, В.Б. Мартиненко, К.В. Тарасенко, Л.А. Нестеренко // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. Рівне: ПП Естеро. 2014. № 2(40). С. 109-112.
2. Вдовиченко Ю.П., Волошин О.А. Діагностика і профілактика ускладнень при лапароскопічних гінекологічних операціях // Здоров'я жінки. 2014. № 4(100). С. 72-75.
3. Кондратюк В.К. Інструментальні методи дослідження в гінекології // Медицинские аспекты здоровья женщины. 2014. № 4(90). С. 10-19.
4. Оперативна гінекологія: навч. посібник / Ю.С. Парашук, М.Г. Грищенко, В.Ю. Парашук, Р.А. Сафонов. Харків: ХНМУ, 2013. 132 с.
5. Ridgeway B.M., Cadish L. Hysteropexy: Evidence and Insights // Clin. Obstet. Gynecol. 2013. Vol. 60, No. 2. P. 312-323.
6. Bulletti C., De Ziegler D., Polli V. The role of leiomyomas in infertility // J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. 2013. No. 6. P. 441-445.
7. Daraiv E., Echaud H., Benifla J.L. Fertility after laparoseopic myomectomy: Preliminary results // Hum. Reprod. 2013. No. 12. P. 1931-1934.
8. Гаврилюк Г.М., Макачук О.М. Постгістеректомічні порушення, їх діагностика та профілактика // Здоров'я жінки. 2013. № 7(113). С. 52-54.

# Тактика проведення допоміжних репродуктивних технологій при поєднаних формах безпліддя з урахуванням імунологічних особливостей

**М.М. Адамов**

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

Клініка репродуктології Кримського державного медичного університету  
імені С.І. Георгієвського, 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 із напрямів 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, що спрямовані на вивчення регуляторних механізмів репродуктивних процесів, прогнозування їхніх порушень і визначення підходів до корекції. У цьому плані одне з центральних місць займає проблема імунологічної регуляції репродуктивної функції жінки. Відомо, що імунокомпетентні клітки (макрофаги, лімфоцити) і продуковані ними цитокіни (інтерлейкіни, ростові чинники, хемокіни) беруть участь в механізмах фолікулогенезу, овуляції, формування і функціонування жовтого тіла, циклічних морфофункціональних змін ендометрія, запліднення і імплантації [1–6].

Не дивлячись на значне число наукових публікацій по ДРТ не можна вважати всі питання повністю вирішеними, особливо в плані підвищення їх ефективності з врахуванням основних імунологічних чинників.

**Мета дослідження:** вивчити роль цитокінів в ефективності гонадотропної стимуляції яєчників в циклі ДРТ і його результат у жінок репродуктивного віку з поєднаними формами безпліддя.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети були обстежені 70 жінок репродуктивного віку, які були розподілені по групах: основна (n=30), група порівняння (n=30) і контрольна (n=10). Дослідження проводилося на базі клініки репродуктології Кримського державного медичного університету ім. С.І. Георгієвського.

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 УЗД через 3 тиж після перенесення ембріонів).

Критерії включення в групу порівняння: вік 25–38 років; безпліддя (ендокринна, трубно-перитонеальна, поєднана); 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 у 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; важкий ступінь астенотератозоспермії, 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, еотаксину, 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, еотаксину IP-10, IL-8, фракталкіну) та 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 у 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». Усі вони перебувають у шлюбі, в анамнезі мали пологи, що закінчилися народженням здорової дитини. Середній вік пацієнок 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, ніж у хворих з вагітністю, що настала після ДРТ.

За допомогою кореляційного аналізу був виявлений достовірний зв'язок між рівнями цитокінів у фолікулярній рідині. Так, вміст IL-10 корелював з концентрацією IL-6 ( $R_c=0,76$ ;  $p<0,0001$ ), еотаксину ( $R_c=0,62$ ,  $p<0,0001$ ), 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 званої 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, що не має, на відміну від IL-4, прямого біологічного впливу на T-клітини. Окрім цього існують дані про здатність IL-13 інгібувати на продукцію інших цитокінів, стимулюючих початок запального процесу.

Зростання продукції цитокінів, хемокинів і зростових 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 $\alpha$  і IFN $\gamma$  через активацію проапоптотичних Вах-білків, протеїнази С або каспаз можуть індукувати апоптоз клітин фолікула. Хемокини, що синтезуються в яєчниках і мають хемоаттрактивний ефект, 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 $\alpha$  і IL-10 можуть мати і антиангіогенний ефект.

Отже, стимуляція яєчників гонадотропінами супроводжується зростанням фолікулів, рекрутуванням і активацією імунокомпетентних клітин з індукцією протизапальних (IL-4, IL-10, IL-13), прозапальних цитокінів (IFN $\gamma$ , GM-CSF,

TNF $\alpha$ ) і 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 за 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 із механізмів несприятливого впливу стимуляції яєчників гонадотропінами на ооцит. У даний час передбачається, що стимуляція яєчників, її режими впливають на «якість» ооциту, потенції його до запліднення і темпи раннього розвитку ембріона. Негативну роль можуть відігравати високі концентрації в крові естрадіолу, а також фармакологічні препарати, що використовуються під час стимуляції яєчників (гонадотропіни, агоністи і антагоністи гонадотропін-релізіну 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 дискримінантного аналізу критеріїв прогнозування ефективності циклу ДРТ. Були виявлені три 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 у 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, у 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.

## Тактика проведення вспомогательных репродуктивных технологий при сочетанных формах бесплодия с учетом иммунологических особенностей М. М. Адамов

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что к информативным клинико-анамнестическим и гормональным факторам, определяющим исход цикла ВРТ 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.

### **Carrying out tactics of auxiliary reproductive technologies at combined barrenness forms with the account immunologica features** **M.M. Adamov**

Results of the spent researches testify that to informative clinical-anamnestical 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 cytocines.

**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 618.2-055.23-053.7-083-082:614.2

## **Роль патології ендометрія в генезі безпліддя у жінок з тиреоїдною дисфункцією**

**Д.Ю. Берая**

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

Результати проведених досліджень свідчать, що виявлена нами підвищена частота органоспецифічних (антиоваріальні) і неорганоспецифічних антитіл у жінок з аутоімунними захворюваннями щитоподібної залози в порівнянні з групою жінок без патології щитоподібної залози підтверджує теорію генералізованої аутоімунної дисфункції у цих жінок, маркером якої є антитиреоїдні антитіла. Крім того, в ендометрії жінок з аутоімунними захворюваннями щитоподібної залози у фазу проліферації наголошуються запальноподібні зміни з утворенням розсіяної лімфоцитарної інфільтрації стромі і збільшенням числа клітин, експресуючих маркери плазматичних клітин CD138, натуральних кілерів CD56 і макрофагів CD68; посилення процесів апоптозу клітин (Araf-1) в епітелії і стромі ендометрія. У період «вікна імплантації» в ендометрії у жінок з аутоімунними захворюваннями щитоподібної залози виявлено 3-кратне зниження експресії ключового маркера рецептивності ендометрія – LIF, що може є причиною невдач імплантації при проведенні програми допоміжних репродуктивних технологій. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** безпліддя, тиреоїдна патологія, ендометрій.

На сьогодні аутоімунні захворювання щитоподібної залози (АЗЩЗ), що протікають з тиреотоксикозом і тиреоїдит Хашимото, що є основною причиною розвитку гіпотиреозу зустрічається приблизно в 5% населення земної кулі і можуть призводити до розвитку патології в репродуктивній системі жінок частіше у вигляді порушень менструальної функції, безпліддя, гормонозалежних пухлин, а в разі субклінічного перебігу можуть розглядатися як чинники ризику невиношування вагітності або аномалій розвитку плода [1–5].

Удосконалення програм допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) дозволило збільшити частоту настання вагітності від 30% до 80% при безплідді різного генезу [4, 5]. У той же час, одним з найменш вирішених питань даного наукового напрямку є вивчення особливостей безпліддя і стану імунної системи, у тому числі патоморфологічного і імуногістохімічного стану ендометрія у жінок з аутоімунною патологією щитоподібної залози, що і є метою дослідження.



## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети нами проведено порівняльне оцінювання стану імунної системи, патоморфологічного і імуногістохімічного стану ендометрія у 205 жінок репродуктивного віку, які страждають трубно-перитонеальним безпліддям і що звернулися для проведення ДРТ, у тому числі 117 пацієнток з носійством антитіл до щитоподібної залози (АТ-ЩЗ) (АТ-тиреопероксидази (ТПО) і АТ-тиреоглобуліну (ТГ)) без порушення функції ЩЗ і 88 пацієнток без патології ЩЗ.

Для оцінки стану імунної системи проводили фенотипічну характеристику клітин імунної системи методом проточної цитофлуометрії із застосуванням моноклональних антитіл з кластерами диференціювання CD3, CD4, CD8, CD4/CD8, CD19, CD19+CD5+, CD56+, CD16+CD56+. Крім того проводили Pipelle-біопсію і патоморфологічне дослідження ендометрія, а також імуногістохімічне дослідження ендометрія з оцінкою його рецептивності (маркери: клітинної проліферації – Ki-67, апоптозу – Araf-1, NK - CD 56+, плазматичних клітин - CD 138+, моноцитів / макрофагів – CD68+, LIF - глікопротеїн: лейкоїма інгібіруючий чинник).

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати оцінки фенотипічної характеристики субпопуляцій лімфоцитів у 57 пацієнток із безпліддям і АТ-ЩЗ, 25 жінок з безпліддям без АТ-ЩЗ і в 22 фертильних жінок виявили достовірне підвищення середніх значень відносного вмісту В-лімфоцитів (CD19+) в групі з АТ в порівнянні з пацієнтками без патології ЩЗ і здоровими фертильними жінками (9,8±5,8% і 8,2±2,7%, 8,1±2,3%, p<0,05), а також достовірне підвищення середніх рівнів абсолютного вмісту CD19+/CD5+ в основній групі по відношенню до аналогічного показника в групі порівняння і в контролі (4,4±1,4%, 1,7±0,4%, 1,4±0,2%, p<0,05). Відносний вміст природних кілерів (CD56+) в основній групі достовірно перевищував середні показники в групі порівняння і в контролі (CD56+ – 20,7±7,3% ; 16,7±5,2%; 14,3±3,1%; CD16+56+ – 18,1±5,6%; 14,6±5,0%; 14,2±4,7%, p<0,05). Абсолютний вміст CD56+ в основній групі також достовірно перевищувало аналогічний показник в групі порівняння і в контролі (0,4±0,16×10<sup>9</sup>/л; 0,2±0,07×10<sup>9</sup>/л, 0,25±0,04×10<sup>9</sup>/л, (p<0,05). Відомо, що пул клітин CD56+ і CD19+/CD5+ відповідальний не лише за розвиток аутоімунного тиреоїдиту, але і призводить до розвитку інших аутоімунних процесів в організмі, про що свідчить наявність супутніх антифосфоліпідних антитіл, а також антитіл до гормонів. Виявлена позитивна кореляція між кількістю невдалих спроб ДРТ і значенням CD19+/CD5+ у пацієнток основної групи дослідження (r=0,52; p<0,05). Можна передбачити, що при появі аутоантитіл активація CD19+/CD5+ призводить до порушення ранніх етапів імплантації, наголошується повільне ділення і фрагментація ембріонів, повільний приріст рівня ХГ, субхоріальні гематоми. У пацієнток основної групи дослідження була виявлена достовірно вища частота зустрічання антитіл до кардіоліпіну – IgM (12,3%) β<sub>2</sub>-глікопротеїну-1 – IgM (17,5%), фосфатидилсерину – IgG (10,5%), антиоваріальних антитіл (10,5%) і антитіл до ХГл – IgM (20,0%) в порівнянні з групою жінок з безпліддям без патології ЩЗ і фертильних жінок без тиреоїдної патології (p<0,05). Нами не відмічено достовірних відмінностей в частоті зустрічання антигнуклеарних антитіл і антитіл до ДНК у жінок з АТ і у пацієнток групи порівняння, хоча їх можна асоціювати з невдачами ДРТ. Ми також не виявили достовірної різниці в ча-

стоті зустрічання підвищених рівнів антитіл до Прогестерону в основній групі, групі порівняння і контрольній групі (33,3% і 30,0%, 40,9%, p>0,05). Підвищена частота зустрічання антитіл до хоріонічного гонадотропіну людини (ХГл) у жінок з АТ в програмах ДРТ представляється сповна закономірною і може бути обумовлена як структурною гомологією тиреотропного гормону (ТТГ) ХГ, фолікулоstimулюючого (ФСГ) і лютеїнізуючого (ЛГ) гормонів, так і попередніми штучними і мимовільними абортми, а також використанням гонадотропінів в циклах стимуляції суперовуляції.

Отже, виявлена нами підвищена частота зустрічання як органоспецифічних (антиоваріальні), так і неорганоспецифічних антитіл у жінок з АЗЩЗ в порівнянні з групою жінок без патології ЩЗ підтверджує теорію генералізованої аутоімунної дисфункції у цих жінок, маркером якої є антитиреоїдні антитіла.

Для виявлення можливих дефектів імплантації у жінок з АТ і попередніми повторними безуспішними спробами ДРТ нами проведена морфологічна і імуногістохімічна оцінка ендометрія пацієнток досліджуваних груп. У всіх пацієнток з АТ в ендометрії у фазу проліферації відмічена наявність ознак запальної реакції у вигляді слабко вираженої розсіяної лімфогістіоцитарної інфільтрації стромі. Інфільтрати розташовувалися переважно в стромі біля залоз і спіральних артерій і були представлені лімфоцитами, макрофагами і поодинокими плазматичними клітинами. При цьому ні в одному з випадків не було виявлено всіх класичних ознак хронічного ендометриту.

З метою детального дослідження ендометрія проведено імуногістохімічне дослідження, результати якого виявили достовірне підвищення експресії маркера плазматичних клітин (CD138), який визнаний ключовим маркером хронічного запального процесу в основній групі (24,9±6,7 балу); у групі порівняння – 4,3±0,7 балу; у групі контролю – 0, (p<0,05). Рівень CD138 в ендометрії був на 30% вище у жінок з ехографічними ознаками АТ в порівнянні з жінками без патології ЩЗ, що доводить спільність і взаємозв'язок запальних реакцій в різних органах при системних аутоімунних порушеннях.

Рівень експресії маркера макрофагів CD68 також був достовірно вище у жінок з АТ (48,4±11 балу), чим в групі порівняння (36±8,6 балу), (p<0,05) і в контролі (29,6±3,5 балу) (p<0,05). Високий рівень макрофагів (CD68+) є маркером запального процесу в тканині і асоційований з рецидивуючими викиднями.

У жінок з АТ по порівнянню групою пацієнток без патології ЩЗ і з групою фертильних жінок у фазу проліферації ми відзначили достовірне підвищення експресії в ендометрії маркера NK-клітин (CD56+), що виявляється на мембрані (3,67±3,1 балу, 0,9±0,05 балу і 0,08±0,01 балу відповідно, p<0,05), що свідчило про імунологічну напруженість в ендометрії пацієнток основної групи. Експресія маркера Ki-67 в клітинах залістозого і покривного епітелію, що відображає рівень проліферації клітин в ендометрії, в основній групі була трохи вище за показники в групі порівняння (24±10,6 балу і 21,2±6,04 балу, p>0,05) і практично не відрізнялася від показників в контролі (20,8±3,6 балу) (p>0,05). У стромі ендометрія експресія маркера проліферації в основній групі була достовірно вище за контрольні значення і склала 6,2±4,07 балу, (p<0,05), проте не відрізнялася від показників в групі порівняння (7,5±2,8 балу) (p>0,05). Інтенсивність процесу апоптозу клітин, визначувана по експресії маркера Araf-1 в клітинах залістозого і покривного епітелію в основній групі була достовірно

вище за показники в контролі ( $4,3 \pm 1,6$  балів і  $2,8 \pm 0,98$  балу відповідно,  $p < 0,05$ ) і трохи перевищувала аналогічний показник в групі порівняння ( $3 \pm 1,67$  балу,  $p > 0,05$ ). У стромі ендометрія експресія Араф-1 була порівнянна у всіх групах. Отже, нами виявлений дисбаланс процесів проліферації і апоптозу клітин в ендометрії у жінок з АЗЩЗ, що може сприяти невдачам імплантації.

В даний час найбільш важливим маркером рецептивності ендометрія визнаний глікопротеїн LIF. Порушення експресії LIF в епітеліальних клітинах може бути причиною рецидивуючих невдач імплантації. Результати імуногістохімічної оцінки рецептивності тканини секреторного ендометрія на 18–22-й день менструального циклу (період «вікна імплантації») показали, що у пацієнок з АТ-ЩЗ експресія LIF була край низькою ( $1,02 \pm 0,05$  балу) в порівнянні з аналогічним показником в II групі ( $1,35 \pm 0,9$  балу,  $p < 0,05$ ) і в контролі –  $3,75 \pm 1,8$  балу ( $p < 0,05$ ), що свідчить про різке порушення рецептивності тканини і є прогностичним маркером порушень процесів імплантації і невдач програм ДРТ.

### ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що виявлена нами підвищена частота зустрічання як органоспецифічних (антиоваріальні), так і неорганоспецифічних антитіл у жінок з аутоімунними захворюваннями щитоподібної залози в порівнянні з групою жінок без патології щитоподібної залози підтверджує теорію генералізованої аутоімунної дисфункції у цих жінок, маркером якої є антитиреоїдні антитіла. Крім того, в ендометрії жінок з аутоімунними захворюваннями щитоподібної залози у фазу проліферації наголошуються запальноподібні зміни з утворенням розсіяної лімфоцитарної інфільтрації стромі і збільшенням числа клітин, що експресують маркери плазматичних клітин CD138, натуральних кілерів CD56 і макрофагів CD68; посилення процесів апоптозу клітин (Араф-1) в епітелії і стромі ендометрія. В період «вікна імплантації» в ендометрії у жінок з аутоімунними захворюваннями щитоподібної залози виявлено 3-кратне зниження експресії ключового маркера рецептивності ендометрія – LIF, що є причиною невдач імплантації при проведенні програми допоміжних репродуктивних технологій. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

### Роль патології ендометрія в генезі бесплодия у женщин с тиреоидной дисфункцией Д. Ю. Берая

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что выявленная нами повышенная частота встречаемости как органоспецифических (антиовариальные), так и неорганоспецифических антител у женщин с аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы по сравнению с группой женщин без патологии щитовидной железы подтверждает теорию генерализованной аутоиммунной дисфункции у этих женщин, маркером которой являются антитиреоидные антитела. Кроме того, в эндометрии женщин с аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы в фазу пролиферации отмечаются воспалительноподобные изменения с образованием рассеянной лимфоцитарной инфильтрации стромы и увеличением числа клеток, экспрессирующих маркеры плазматических клеток CD138, натуральных киллеров CD56 и макрофагов CD68; усиление про-

цессов апоптоза клеток (Араф-1) в эпителии и строме эндометрия. В период «окна имплантации» в эндометрии у женщин с аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы выявлено 3-кратное снижение экспрессии ключевого маркера рецептивности эндометрия – LIF, что может является причиной неудач имплантации при проведении программы вспомогательных репродуктивных технологий. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** бесплодие, тиреоидная патология, эндометрий.

### Pathology role of endometrium in генезе barrenesses at women with thyroidal dysfunction D.J. Beraja

Results of the spent researches testify that the raised frequency of occurrence revealed by us both antiovarium, and others antibodies at women with autoimmune thyroid gland diseases in comparison with group of women without a thyroid gland pathology testifies about general autoimmune dysfunctions at these women which marker are antithyroidal antibodies. Besides, in endometrium women with autoimmune thyroid gland diseases in phase of proliferation are marked inflammatory changes with formation disseminated limfocytelial infiltration of stroma and increase in number of cages, expression markers of plasmatic cages CD138, natural killers CD56 and macrophages CD68; strengthening of processes apoptose cages (Араф-1) in epitelium and stroma of endometrium. During the period of «an implantation window» in endometrium at women with autoimmune thyroid gland diseases 3 multiple decrease in an expression of a key marker receptors of endometrium – LIF is revealed that can is at the bottom of implantation failures at carrying out of the program of auxiliary reproductive technologies. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** barreness, thyroid gland pathology, endometrium.

### 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. – 2010. – 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., 2010. – 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. – 2011. – № 1. – С. 70–77.

УДК 618.33-084:616-053.1

## Тактика проведения вспомогательных репродуктивных технологий при мужском факторе бесплодия

**А.С. Дарий**

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют об эффективности проведения различных программ вспомогательных репродуктивных технологий при мужском факторе бесплодия. Использование усовершенствованного нами алгоритма позволяет повысить не только частоту наступления беременности, но и рождение живого здорового ребенка.

**Ключевые слова:** вспомогательные репродуктивные технологии, мужское бесплодие.

В последние годы вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) все чаще используются у супружеских пар с различными вариантами бесплодия, причем эффективность их постоянно повышается [1–3]. На сегодняшний день отмечается неуклонный рост доли мужского фактора в бесплодном браке, которая достигает 50–60% [1–3].

Многообразие факторов, приводящих к мужскому бесплодию, возможность их сочетания затрудняют выбор необходимых методов диагностики и лечения. Восстановление репродуктивной функции растягивается во времени и негативно отражается на эффективности лечения [1–3].

Несмотря на значительное число научных публикаций по проблеме вспомогательных репродуктивных технологий нельзя считать ее полностью решенной, особенно в плане тактики ведения пациенток с мужским фактором бесплодия.

**Цель исследования:** повышение эффективности лечения нарушений репродуктивной функции при мужском факторе бесплодия на основе усовершенствования диагностических и лечебно-профилактических мероприятий при проведении вспомогательных репродуктивных технологий.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было включено 168 пар с мужским бесплодием (1 основная группа), при этом применение программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) для лечения бесплодия было обусловлено состоянием репродуктивного здоровья мужчин.

1 основная группа была распределена на четыре подгруппы в зависимости от программы ВРТ, которая проводилась:

1.1 подгруппа – искусственная инсеминация спермой мужа (ИИСМ) (n=36 – 21,4%);

1.2 подгруппа – экстракорпоральное оплодотворение и перенесение эмбрионов (ЭКО) (n=53 – 31,5%);

1.3 подгруппа – ЭКО и перенесение эмбрионов с техникой инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита (ИКСИ) (n=66 – 39,3%);

1.4 подгруппа – искусственная инсеминация спермой донора (ИИСД) (n=13 – 7,7%).

В исследование было также включено 60 женщин с трубно-перитонеальным фактором бесплодия, которые составили контрольную группу для бесплодных пар с мужским фактором при проведении программы ЭКО и ПЭ.

Среди распределенных бесплодных пар по группам проводилось сравнение эффективности результатов лечения мужского бесплодия программами ВРТ, что способствовало решению одной из основных задач настоящего исследования – разработке алгоритма для выбора оптимальной программы ВРТ, которая обеспечивает получение конечного результата – рождение ребенка, в зависимости от степени нарушений патозооспермии.

Клиническое обследование мужчин начинали с изучения клинико-анамнестических данных. Анализировали историю заболевания, вид бесплодия (первичное или вторичное), предыдущее обследование и лечение. Уточняли частоту и характер перенесенных соматических, урологических, инфекционных заболеваний, а также различных травм. Обращали внимание на употребление лекарственных средств, способных негативно повлиять на репродуктивную систему (транквилизаторы, антидепрессанты, цитостатики). Изучали сексуальную и эякуляторную функцию.

Клиническое обследование женщин проводили по общепринятой схеме: оценивали жалобы пациенток, время их появления, уточняли длительность заболевания. При изучении данных анамнеза анализировали наследственность, характер перенесенных инфекционных, соматических и гинекологических заболеваний, особенности ранее выполненных общих и гинекологических оперативных вмешательств.

У супружеских пар проводили микробиологические, эндокринологические, морфологические, рентгенологические, эхографические и генетические исследования.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что при использовании вспомогательных репродуктивных технологий у женщин по поводу мужского бесплодия установлены следующие анамнестические особенности и факторы риска:

- длительность мужского бесплодия составляет  $2,3 \pm 0,2$  года;
- частота соматической заболеваемости достигает 53,4% с преобладанием патологии желудочно-кишечного тракта (21,7%) и заболеваний легких (19,6%);
- уровень перенесенных операций на органах репродуктивной системы соответствует 72,2%, причем по поводу варикоцеле было прооперировано 34,9% мужчин; в связи с наличием паховой грыжи – 20,1% и крипторхизма – 7,2% пациентов;
- у 34,7% мужчин имели место вредные привычки (курение и алкоголь) и вред на производстве.

Причины мужского бесплодия были установлены у 47,2% пациентов, а неустановленные – 52,8%.

Среди установленных причин преобладали сочетания инфекций гениталий с патозооспермией (42,7%), варикоцеле с нарушением сперматогенеза (51,3%), гипогонадизма с астено- и олигозооспермией (24,5%).

Средний возраст пациенток, использующих вспомогательные репродуктивные технологии по поводу мужского бесплодия, составляет  $31,5 \pm 3,1$  года, а среди особенностей репродуктивного анамнеза следует выделить наличие срочных родов (22,2%); искусственные аборты (13,7%) и невынашивание (6,7%).

Эффективность искусственной инсеминации спермой мужчины при проведении вспомогательных репродуктивных технологий по поводу мужского бесплодия составляет 20,4% – наступление беременности и 18,9% – роды. Эффективность данного варианта вспомогательных репродуктивных технологий зависит от количества зрелых фолликулов (3–4); числа сперматозоидов в эякуляте (не менее 5 млн/мл); уровня быстро движущихся сперматозоидов категории «а» (больше 5%) и от объема введенных в полость матки сперматозоидов (1–5 млн).

При наличии мужского бесплодия в супружеской паре эффективность экстракорпорального оплодотворения составляет 72,6% – наступление беременности и 57,8% – роды; при инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита – 10,2% и 7,2%, а при искусственной инсеминации спермой донора – 76,9% и 46,2% соответственно.

При использовании усовершенствованного нами алгоритма суммарная эффективность различных вариантов вспомогательных репродуктивных технологий при наличии мужского бесплодия составляет 39,6% в виде наступления беременности, которая в 8,3% заканчивается репродуктивными потерями и в 31,3% – родоразрешением живым ребенком.

Для практического здравоохранения мы можем рекомендовать следующие моменты.

При проведении вспомогательных репродуктивных технологий на фоне мужского бесплодия необходимо использовать четыре программы с соответствующей частотой:

- искусственная инсеминация спермой мужа (21,4%);
- экстракорпоральное оплодотворение и перенесение эмбрионов (31,5%);
- экстракорпоральное оплодотворение и перенесение эмбрионов с техникой инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита (39,3%);
- искусственная инсеминация спермой донора (7,7%).

Программа искусственной инсеминации спермой мужа необходимо проводить по усовершенствованному протоколу:

- проведение обязательной стимуляции овуляции с антиэстрогенами и р-ФСГ для достижения оптимального числа доминантных фолликулов в количестве не меньше 3-х.
- назначение «овуляторной» дозы ХГ 5000 Ед при достижении 1 доминантного фолликула до 21 мм или 3-х фолликулов до 18 мм, а также при толщине эндометрия 8 мм (слайд 25) – обработку спермы в градиенте плотности, что позволяет получить не менее 1–5 млн подвижных сперматозоидов для инсеминации.
- проведение процедуры искусственной инсеминации спермой мужчины через 35–36 ч после введения «овуляторной» дозы ХГЧ, техника введения спермы должна быть идентичная эмбриопереносу.

При отсутствии эффекта от проведения программы искусственной инсеминации спермой мужа при мужском факторе бесплодия, показано проведение программы инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита.

С целью контроля за эффективностью разных вариантов вспомогательных репродуктивных технологий при мужском бесплодии необходимо использовать медико-генетическое консультирование, оценку эндокринологического статуса и учитывать наличие хронического инфицирования генитальной и экстрагенитальной локализации.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют об эффективности проведения различных программ ВРТ при мужском факторе бесплодия. При этом использование усовершенствованного нами алгоритма позволяет повысить частоту не только наступления беременности, но и рождение живого здорового ребенка.

### Тактика проведения допоміжних репродуктивних технологій при чоловічому чиннику безпліддя

*А.С. Дарий*

Результаты проведенных исследований свидетельствуют об эффективности проведения различных программ ДРТ при мужском факторе бесплодия. При этом использование усовершенствованного нами алгоритма позволяет повысить частоту не только наступления беременности, но и рождение живого здорового ребенка.

**Ключові слова:** допоміжні репродуктивні технології, чоловіче безпліддя.

### Tactics of auxiliary reproductive technologies at the man's factor of barrenness

*A. S. Dariy*

Results of the spent researches testify to efficiency of carrying out of various programs of auxiliary reproductive technologies at the man's factor of barrenness. Use of the algorithm improved by us allows to raise not only frequency of approach of pregnancy, but also a birth of the live healthy child.

**Key words:** auxiliary reproductive technologies, man's barrenness.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бесплодный брак: Руководство для врачей / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: Гэотар-медиа, 2012. – 611 с.
2. Богатырева Р.В. Репродуктивное здоровье и планирование семьи: социально-медицинские аспекты: Руководство для врачей / Р.В. Богатырева, Т.К. Иркина. – К.: ИЦ «Семья», 2012. – С. 5–8.
3. Вовк І.Б. Корекція гормональних порушень при поєднаних формах неплідності / І.Б. Вовк, А.Г. Корнацька // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – № 4. – С. 147–149.

# Роль імунологічного моніторингу в оцінці ефективності лікування генітального ендометріозу і безпліддя

**В.І. Бойко, А.В. Єжова**

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки репродуктивного віку з генітальним ендометріозом характеризуються статистично значимим підвищенням титру антитіл до персистуючих вірусів порівняно з групою контролю. Сумарний рівень активації персистуючих вірусів у хворих генітальним ендометріозом перевищує діагностичний титр більш ніж в 3,5 разу, що свідчить про недостатність протівірусної ланки імунітету. Використання комплексної терапії у хворих з аденоміозом репродуктивного віку збільшує час періоду без рецидивів і знижує показник частоти безпліддя.

**Ключові слова:** імунологічний моніторинг, генітальний ендометріоз.

На сучасному етапі проблема генітального ендометріозу (ГЕ) набула особливу значущість у зв'язку з неухильним зростанням захворювання в структурі гінекологічної патології. Ендометріоз уражає від 12% до 50% жінок репродуктивного періоду, а на долю аденоміозу (А) доводиться від 27% до 53% випадків [1, 2, 5].

Розвиток уявлень про зв'язок патогенезу ендометріозу з порушеннями в гіпоталамо-гіпофізарно-яєчниковій системі дозволив гормонмодулюючій терапії зайняти міцне місце в лікуванні ГЕ, разом з оперативним лікуванням. Проте недостатня ефективність консервативного лікування ендометріозу з використанням препаратів, що пригнічують синтез естрогену, дає високий відсоток рецидивів, а питання про критерії вибору найбільш ефективного агента для вживання в лікуванні ГЕ, особливо у випадках рецидивуючих форм, залишається дискусійним. У зв'язку з цим в даний час актуальні сучасні дослідження, направлені на з'ясування механізмів розвитку цього захворювання, а також поліпшення результатів його лікування.

Останніми роками опублікована значна кількість робіт, присвячених вивченню ролі імунокомпетентних клітин в етіології і патогенезі ГЕ [1–7]. Доведено, що активовані лімфоцити, відповідальні за клітинний імунітет, виділяють чинники, сприяючі зростанню і імплантації ендометрія [1, 6, 7]. Проте пов'язати активність вищезгаданих клітин з ушкодженням будь-якої певної ланки імунної системи при даному захворюванні, до цих пір не удалося. У свою чергу, клітини ендометрія здатні виділяти чинники, що пригнічують активність клітинного імунітету (відповідального за елімінацію внутрішньоклітинних паразитів, і зокрема вірусів) [6, 7]. У зв'язку з вищезгаданим, виникла необхідність в подальшому вивченні ролі імунної системи в етіології і патогенезі ГЕ; у розробці нових можливостей консер-

вативної терапії, а також в профілактиці і оцінці прогнозу рецидивів даного захворювання з врахуванням віку, клінічної картини та індивідуальних особливостей даної категорії хворих.

**Мета дослідження:** вивчити стан імунної системи у хворих з ГЕ репродуктивного віку і оцінити ефективність лікування захворювання з використанням комплексної гормональної, протівірусної і імуномодулюючої терапії.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У роботі представлені дані обстеження 74 пацієток у віці від 25 до 43 років (середній вік  $31,2 \pm 3,3$  року) з діагнозом генітальний ендометріоз і 21 жінка аналогічного віку (середній вік –  $31,3 \pm 2,4$  року), що звернулася з приводу контрацепції і що не мала на момент дослідження будь-яких захворювань з боку органів малого тазу і молочних залоз, що склали групу контролю.

Діагноз ГЕ був встановлений на підставі класифікації і діагностичних критеріїв ВООЗ. До моменту проведення досліджень у всіх пацієток детально вивчали преморбідний фон; особливу увагу приділяли скаргам хворих, історії розвитку даного захворювання, стану репродуктивної системи, а також характеру і ефективності проведеного раніше консервативного лікування даного захворювання. Після здобуття згоди пацієток на дослідження були проведені спеціальні клінічне і гінекологічне обстеження. Клінічне обстеження включало: загальний огляд хворих з оцінкою статури, стану молочних залоз, а також оцінку гінекологічного статусу. Тяжкість клінічних проявів ГЕ по мірі вираженості болюв і дисменореї оцінювали суб'єктивно з використанням бальної системи. Кожен симптом, що становить больовий синдром, оцінювали від 0 до 3 балів (0 – відсутність, 1 – легкий ступінь, 2 – середній ступінь і 3 – важкий ступінь вираженості). Потім обчислювали суму балів – больовий індекс (БІ).

Залежно від локалізації ендометріюїдних гетеротипій всіх хворих ГЕ було розподілено на дві групи. Групу I склали 46 пацієток, у віці  $30,1 \pm 1,9$  років з підтвердженим діагнозом А (за даними УЗД органів малого тазу і результатами морфологічного дослідження тканини ендометрія і міометрія, узятю при гістерорезектоскопії). У 39 (85%) пацієток була виявлена дифузна форма захворювання; у 6 (13%) – вузлова; у 1 (2%) хворої – осередкова форма. При цьому: I стадія поширення процесу була виявлена в 6 (16%) хворих; II – у 22 (56%); III – у 11 (28%) пацієток (по класифікації Л.В. Адамьян).

У групу II увійшли 28 хворих (середній вік –  $28,5 \pm 1,3$  року) з НГЕ. Діагноз був підтверджений при морфологічному дослідженні тканин, видалених під час оперативного втручання (лапароскопія). У 4 (14,3%) пацієток діагностований ендометріоз очеревини малого тазу, в 6 (21,4%) – ендометріюїдні кісти яєчників, в 13 (46,4%) – поєднане ушкодження яєчника(ів) і очеревини малого тазу, в 5 (17,9%) – ретроцервікальний ендометріоз. Оцінка стадій НГЕ за системою R-AFS (верифікація шляхом лапароскопії) виявила II стадію поширення у 4 (14%) хворих, III стадію поширення у 15 (54%), а IV стадію – у 9 (32%) пацієток.

Ураховуючи різницю в мірі поширення і вираженості клінічних проявів захворювання, а також стан імунної системи (за даними імунограм), 46 хворих з А були підрозділені на 2 підгрупи сліпим методом. До підгрупи Ia увійшли 24 пацієтки у

віці 25–39 років (середній вік – 29,1±2,3 року), яким проводилося комплексне гормональне, протівірусне і імунomodуюче лікування. Підгрупу Іб склали 22 пацієнтки у віці 24–38 років (середній вік – 28,1±1,4 року), що отримували монотерапію гормонomodуючими препаратами.

Об'єктом імунологічних досліджень стала периферична кров. Гепаринізовану кров використовували для виділення лімфоцитів і визначення їх складу субпопуляції. Оцінювання вмісту імуноглобулінів в сироватці крові (IgA, IgM, IgG) здійснювали методом радіальної імунодифузії по Mancini з використанням моноспецифічних сироваток. Рівень антитіл IgM, IgG класів до ЦМВ, ВПГ 1 і 2 типів, вірусу Еп.-Барр визначали методом імуноферментного аналізу за допомогою моноклональних антитіл класу М і G.

У дослідження не були включені пацієнтки з супутніми аутоімунними і системними захворюваннями (ревматоїдний артрит, ВКВ, зоб Хашимото, ХАІТ); хворобою і синдромом Іценко-Кушинга; цукровим діабетом 1-го типу; хронічною пневмонією; системними захворюваннями крові; важкими захворюваннями печінки і нирок; а також жінки, що перенесли на момент і не пізніше за 3 міс до початку дослідження захворювання, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ); гострі вірусні захворювання (грип, гепатити С і В, включаючи його носіїв); а також захворювання сечовидільної системи у стадії загострення.

Справжнє дослідження було проведене в три етапи.

На першому етапі в 74 хворих GE вивчали частоту і структуру проявів захворювання, вираженість його клінічної картини з врахуванням больового синдрому, стан менструальної і генеративної функції. На другому етапі в 74 хворих GE і 21 жінки контрольної групи було виконано імунологічне обстеження, що включало оцінку Т-клітинної ланки імунітету, титру антитіл до персистуючих вірусів, що найчастіше зустрічаються в популяції – ЦМВ, ВПГ 1 і 2 типу, Еп.-Барр і оцінку гуморального імунітету. На третьому етапі по результатах, отриманих при імунологічному дослідженні, з врахуванням ступеня поширення захворювання, тяжкості його клінічних проявів 46 хворим з А було проведено консервативне лікування. При цьому в підгрупі Іа проводили комплексну терапію (протівірусна, гормоно- і імуномодуюча), в підгрупі Іб пацієнтки отримували лише гормонomodуюче лікування.

Гормонomodуюча терапія була проведена агоністами гонадотропін-релізінг гормону (а-ГнРГ). Враховуючи виявлене підвищення активності персистуючих вірусів, 13 пацієнткам (з підгрупи Іа) був проведений курс протівірусної терапії: 8 (62%) хворим був призначений Ацикловір. 24 пацієнткам (підгрупа Іа) на тлі гормональної терапії за свідченнями імунограм була проведена імуномодуюча терапія. Як імуномодулятори були використані препарати, здатні підсилювати, в першу чергу, клітинний імунітет.

Оцінювання ступеня вираженості клінічних проявів А, стани оваріальної і генеративної функції, стани імунної системи виконували початково і через 3, 6 і 12 міс на тлі терапії, що проводиться.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Дані про розподіл обстежених жінок, залежно від локалізації ендометріюїдних гетеротипій свідчать, що в 62,2% випадків був діагностований аденоміоз (А); у

17,6% – поєднання ендометріозу очеревини (ЕО) і ендометріюїдних кіст яєчників (ЕКЯ); у 8,1% – ендометріюїдні кісти яєчників; у 6,7% – ретроцервікальний ендометріоз (РЦЕ) і в 5,4% – ендометріоз очеревини.

Найбільш частими скаргами серед обстежених жінок був біль унизу живота (73%), ниючого характеру напередодні і під час менструації. Дисменорею найчастіше виявляли в підгрупі пацієнток з А (85%) і РЦЕ (80%), в інших підгрупах її частота складала від 33% до 54%. Біль в області попереку і крижів виявляли у 80% жінок, хворих РЦЕ (для останніх підгруп – від 13% до 16%). Диспареунія також найчастіше верифікували в підгрупі хворих з РЦЕ і складала 100% (для інших підгруп 25–50%). Поліменорея була виявлена у 47% жінок, при цьому середня тривалість її складала 8,9±1,3 дня. При цьому в 11,5% хворих не було виявлено жодних порушень менструальної функції. У контрольній групі жінок менструальний цикл був нормальний за тривалістю (29,3±1,1 дня) і поєднувався з помірно або помірно-рясною менструальною кровотечею при нормальній його тривалості (4,7±0,5 дня). Аналіз генеративної функції виявив, що в 35% жінок, хворих GE, в анамнезі були штучні аборти. Максимальна частота мимовільних викиднів була відмічена в групах хворих, страждаючих А (24%) і РЦЕ (40%). У групі жінок з ЕКЯ і ЕО у поєднанні з ЕКЯ мимовільні викидні констатувалися в 1,5 рази рідше і склали 16% і 15% відповідно. Первинним безпліддям страждали 27%, а вторинним – 24% хворих. При цьому, у 54% пацієнток з ЕО у поєднанні з ЕКЯ відмічено первинне безпліддя, а вторинне безпліддя практично однаково часто зустрічалося при всіх клініко-анатомічних варіантах ендометріозу і складало для РЦЕ – 20%; для ЕО – 25%; для А – 24% і для ЕКЯ – 16% відповідно.

При обстеженні контрольної групи жінок у 29% (n=6) в анамнезі були штучні аборти. Патології генеративної функції в даній групі пацієнток виявлено не було. У структурі гінекологічних захворювань переважали запальні процеси матки і придатків (61%), які практично з однаковою частотою відзначені у всіх групах обстежених жінок (РЦЕ – 40%; ЕКЯ – 66%; ЕО – 50%, А – 67%, ЕКЯ+ЕО – 46%).

Порівняльний аналіз екстрагенітальних захворювань в обстежених групах хворих жінок показав, що частота перенесених дитячих інфекцій складала 64%, а респіраторних захворювань – 61%, і була приблизно однаковою в різних підгрупах хворих GE. У контрольній групі частота перенесених дитячих інфекцій складала 57%, що практично не відрізнялося від групи хворих GE. Проте частота респіраторних захворювань в контрольній групі порівняно з хворими GE, була в 2 рази нижче і складала 28%.

Порівняльний аналіз стану імунної системи у хворих А, НGE і жінок контрольної групи дозволив виявити, що у хворих А статистично значимо порівняно з групою К знижений абсолютний (274,9 Кл/мкл і 422,7 Кл/мкл відповідно, p<0,01) і відносний (4,7% і 7,4% відповідно, p<0,01) вміст моноцитів; відносний вміст CD3+клітин (68,6% і 71,6% відповідно, p<0,05); відносний (34,2% і 41,4%, відповідно, p<0,01) і абсолютний вміст CD4+клітин (584,2 Кл/мкл і 696,3 Кл/мкл відповідно, p<0,05). Збільшений відносний вміст CD25+клітин – 30,1% у хворих з А і 22,1% в групі К (p<0,05). При оцінюванні показників Т-клітинної ланки імунітету у хворих з А і НGE статистично значимих відмінностей не встановлено.

При оцінюванні стану гуморального імунітету у хворих з А, НGE і в групі контролю статистично значимих відмінностей не було виявлено.

Проте виявлені в ході дослідження зміни показників імунного статусу у хворих з А і НГЕ не можна було розцінювати як наявність імунodefіцитного стану (всі приведені значення середніх величин субпопуляції імунoкомпетентних клітин уклалися в межі нормативних показників).

Таким чином, пов'язати розвиток генітального ендометріозу із зниженням або збільшенням вмісту певної субпопуляції імунoкомпетентних клітин на підставі отриманих даних не представлялося можливим. Проте, звергало на сЕОе увагу збільшення числа активованих лімфоцитів в групі хворих ГЕ в порівнянні з групою контролю. А більш виражені зміни в імунній системі у хворих з А дали підстави вважати, що ці зміни могли бути пов'язані з виділенням імунoактивних чинників клітинами ендометрія.

Оскільки зміни в імунограмі стосувалися клітинної (противірусної) ланки імунітету, ми досліджували рівень антитіл до персистуючих вірусів (ЦМВ, ВПГ1, ВПГ2, Еп.-Барр) та їх сумарну активність в 74 хворих ГЕ і жінок контрольної групи.

При оцінюванні титру антитіл до персистуючих вірусів у хворих ГЕ було виявлено статистично значиме підвищення титру антитіл до всіх наведених вище вірусів порівняно з групою контролю.

Оскільки всі досліджені нами віруси відносилися до групи герпес-вірусів, і у більшості хворих були збільшені титри антитіл відразу до декількох вірусів, ми використовували коефіцієнт активації вірусів і підсумовували набутих значень. Порівняльний аналіз коефіцієнта активації персистуючих вірусів в обстежених групах жінок показав, що рівень антитіл до ЦМВ у хворих А в 1,6 разу, а у хворих НГЕ – в 1,9 разу відповідно, перевищував діагностичний титр і дані групи контролю ( $p < 0,05$ ). Рівень антитіл до ВПГ1 у пацієток з А в 1,6 разу, а у хворих НГЕ в 2,1 разу перевищував діагностичний титр і також значимо вище, ніж у здорових жінок. Сумарний рівень активації персистуючих вірусів у хворих ГЕ перевищував діагностичний титр більш ніж в 3,5 разу ( $p < 0,01$ ), що в першу чергу свідчило про втрату контролю імунної системи над персистуючими вірусами, про недостатність противірусної (тобто клітинної) ланки імунітету.

Пацієнткам підгрупи Іа проводили курс противірусної терапії. Це було пов'язано з тим, що, по-перше, більше 50% хворих з А даної підгрупи були зацікавлені у вагітності, а підвищена активність персистуючих вірусів могла бути однією з причин невиношування вагітності та різних ускладнень в новонароджених. По-друге, збільшення числа активованих лімфоцитів, що виділяють чинники, сприяючі зростанню і імплантації ендометрія, пов'язане із збільшенням активності персистуючих вірусів, а зниження їх активності може призвести до зниження числа активованих імунoкомпетентних клітин, і, відповідно, поліпшення перебігу захворювання. Через 3–4 тиж після закінчення терапії оцінювали рівень активності персистуючих вірусів і зміни в імунограмі.

Після противірусної терапії коефіцієнт активації ЦМВ до лікування складав 1,5, а після терапії знизився до діагностичних значень. Коефіцієнт активації ВПГ1 знизився з 1,3 до 1,1, відповідно, але діагностичних титрів не досяг. Сумарний коефіцієнт активації персистуючих вірусів значимо зменшився з 2,4 до 0,5 ( $p < 0,05$ ).

У хворих з А після проведення противірусної терапії змінені показники імунограми частково відновилися: збільшилося число CD3+ і CD4+-клітин в середньо-

му на 2,2% і 2,8%, відповідно; відмічена тенденція до зниження відносного і абсолютного вмісту клітин, що несуть маркери активації (CD25+-клітин) на 16,1% і 8,2% відповідно. Проте статистично значимих відмінностей ці зміни не мали. Збільшився вміст NK-клітин і Т-кілерів (CD8+-клітин) на 20,4% і 22,1%, відповідно ( $p < 0,05$ ). Зіставлення цих результатів дало підставу передбачити, що зниження активності вірусів зв'язане із змінами показників імунограми.

Оскільки збільшення активності персистуючих вірусів у хворих з А свідчило про втрату контролю імунної системи над ними, про зниження ефективності роботи клітинного імунітету, для його нормалізації в підгрупі Іа використовували імунomodulatory затні підсилити, в першу чергу, клітинний імунітет. Імунотерапію проводили на тлі препаратів, що пригнічують синтез естрогену, оскільки імунomodulatory, активуючи імунoкомпетентні клітини, можуть підсилити виділення медіаторів, сприяючих прогресу ендометріозу.

Динаміка клінічних проявів А по мірі вираженості болю (оцінка БІ) до і після комплексної терапії показала, що середній бал тазового болю після проведення комплексної терапії хворих А в порівнянні з таким до лікування знизився з 2,2 балу до 0,9 ( $p < 0,05$ ); вираженість дисменореї зменшилася з 2,1 балу до 0,8 ( $p < 0,05$ ), а вираженість диспареунії – з 0,9 до 0,1 балу ( $p < 0,01$ ).

Результати дослідження стану імунної системи після проведення комплексної терапії (противірусна, гормоно- і імунomodulatory) свідчать, що після комплексної терапії у хворих з А значимо збільшилася абсолютна кількість лімфоцитів з 1612,3 Кл/мкл до 1791,8 Кл/мкл ( $p < 0,05$ ); відносний (з 69,4% до 71,5%,  $p < 0,05$ ) і абсолютний (з 1108,5 Кл/мкл до 1277,5 Кл/мкл,  $p < 0,05$ ) вміст CD3+-лімфоцитів; абсолютний (з 542,7 Кл/мкл до 672,4 Кл/мкл,  $p < 0,01$ ) і відносний (з 34,6% до 37,7%,  $p < 0,05$ ) вміст CD4+-клітин; абсолютний вміст CD8+-лімфоцитів з 426,1 Кл/мкл до 522,3 Кл/мкл ( $p < 0,05$ ). Значимо зменшився абсолютний і відносний вміст CD25+-клітин – з 516,1 Кл/мкл до 367,1 Кл/мкл,  $p < 0,05$  для абсолютних значень і з 33,1% до 20,8%,  $p < 0,01$  – для відносних.

Зміна активності персистуючих вірусів у хворих з А після комплексного лікування свідчать, що на тлі комплексної терапії у хворих з А значимо знизився коефіцієнт активації ЦМВ (з 1,7 до 0,7,  $p < 0,01$ ) і ВПГ2 (з 0,4 до 0,04,  $p < 0,05$ ) – до титрів нижче діагностичних; з 1,5 до 1,1 ( $p < 0,05$ ) знизився коефіцієнт активації ВПГ1; з 2,9 до 0,4 ( $p < 0,01$ ) впала сумарна активація персистуючих вірусів ( $p < 0,01$ ).

Таким чином, можна передбачити, що зміни в імунограмах у вигляді підвищення числа активованих лімфоцитів у хворих з А могли бути пов'язані з підвищеною активністю персистуючих вірусів і бути наслідками розвитку імунної відповіді на вірусні антигени, що з'являються в міжклітинному просторі.

Для оцінюванні відмінностей в ефективності терапії хворих з А в різних підгрупах (Іа і Іб), 22 пацієнткам (підгрупа Іб) проводили гормонomodulatory монотерапію аналогічними препаратами.

Динаміка клінічних проявів аденоміозу по ступеню вираженості болів до і після гормонomodulatory монотерапії свідчить, що середній бал тазових болів після проведення гормонomodulatory монотерапії хворих з А в порівнянні з таким до лікування знизився з 2,2 до 1,0 ( $p < 0,05$ ); вираженість дисменореї зменшилася з 2,2 балу до 1,0 ( $p < 0,05$ ), а диспареунії – з 0,8 до 0,2 балів ( $p < 0,01$ ).

Порівняльний аналіз змін імунограми у хворих з А до і після проведення гормонмодулюючої монотерапії показав, що у хворих з А після лікування була тенденція до збільшення відносного вмісту CD3+-лімфоцитів (з 68,7% до 69,4%) і CD4+-клітин (з 34,4% до 35,4%) на тлі зниження їх абсолютних значень: CD3+-лімфоцитів – з 1216,3 Кл/мкл до 1025,9 Кл/мкл ( $p < 0,05$ ) і CD4+-клітин – з 611,4 Кл/мкл до 515,4 Кл/мкл ( $p < 0,05$ ). Зберігалось підвищення числа клітин, що несуть маркер активації (CD25+-клітин). При цьому збільшилося відносно число CD8+-лімфоцитів – з 26,1% до 35,3% ( $p < 0,01$ ) і статистично значимо підвищився вміст імуноглобулінів: IgA (з 4,3 Г/л до 4,8 Г/л,  $p < 0,05$ ), IgM (з 1,2 Г/л до 1,6 Г/л,  $p < 0,01$ ) і IgG (з 14,7 Г/л до 15,9 Г/л,  $p < 0,01$ ).

Коефіцієнти активації персистуючих вірусів після гормонмодулюючої монотерапії терапії без включення протівірусних препаратів і імуномодуляторів у хворих підгрупи Іб практично не знижувалися. Це дало підставу передбачити, що гормонмодулюючі препарати знизили активність клітин ендометрія і, отже, їх здатність виділяти чинники, що впливають на активність імунної системи. Проте проведена терапія не спричинила відновлення показників імунограм.

Таким чином, виходячи з вищевикладеного зв'язок між підвищенням активності персистуючих вірусів (ЦМВ, ВПГ1 і 2 типи, Еп.-Барр), імунною системою і клітинами ендометрія, тобто механізм участі імунної системи в патогенезі ендометріозу, можна уявити собі таким чином: клітини ектопованого ендометрія виділяють чинники, що пригнічують активність NK-клітин і Т-кілерів (CD8+-клітин), в результаті знижується ефективність контролю імунної системи над активністю персистуючих вірусів. Активовані антигеном антигенпредставляючі клітини запускають імунну відповідь. У результаті розвитку імунної відповіді збільшується синтез антитіл до вірусних антигенів, збільшується активність NK-клітин і Т-кілерів (CD8+-клітин), які пригнічують реплікацію вірусів і вихід вірусних антигенів в міжклітинний простір. Одночасно активовані в результаті імунної відповіді клітини (макрофаги, NK-клітини) виділяють чинники, стимулюючи зростання і імплантацію ендометрія. Крім того, активовані макрофаги у вогнищі запалення виділяють простагландин Е2 і інтерлейкин 1 $\beta$ , які змінюють рівень мРНК ароматази Р450 і викликають синтез ендометріодних стромальних клітин естрогену, забезпечуючи розвиток ендометріозу.

Клітини ектопованого ендометрія, що стимулюють, виділяють чинники, що пригнічують активність NK-клітин і Т-кілерів і так далі. Утворюється «порочне коло», в результаті функціонування якого в організмі постійно підтримується синтез протівірусних антитіл і присутнє підвищене число активованих імунокомпетентних клітин, здатних виділяти чинники зростання, що підтримують, і імплантацію ендометрія. Якщо взяти до уваги даний механізм зв'язку імунокомпетентних клітин і клітин ектопованого ендометрія, то стає ясною неоднозначність і неоднорідність показників імунограми у хворих з ендометріозом. При цьому, розірвати «порочне коло» можна лише пригнічуючи активність ектопованого ендометрія препаратами, що пригнічують синтез естрогену, і відновивши контроль імунної системи над персистуючими вірусами. Якщо ж впливати лише на ендометрій, то збережеться один з механізмів підтримки його зростання і, отже, підвищиться вірогідність розвитку рецидиву захворювання.

Проте в ході проведеного дослідження були виявлені статистично значимі відмінності в тривалості безрецидивного періоду захворювання і відновлення фертильності в даних підгрупах пацієнток.

Так, 12-ти місячний безрецидивний період спостерігався у 96% пацієнток, що отримували комплексну терапію (Іа підгрупа) і у 74% жінок Іб підгрупи. Дворічна ремісія захворювання була відмічена в 30% хворих Іа підгрупи, тоді як у всіх хворих, що отримували лише гормонмодулюючі препарати без вживання імунотерапії протягом перших двох років після закінчення лікування відбувся рецидив захворювання. Три- і чотирирічний період безрецидивного перебігу відзначали відповідно в 15% і 7% хворих Іа підгрупи. Відмінності між групами були статистично достовірні.

Дані про стан репродуктивної функції у хворих з А після використання комплексної (протівірусна, гормоно- і імуномодулююча) і гормонмодулюючої монотерапії свідчать, що серед хворих, включених в підгрупу Іа, частота безпліддя після терапії статистично значимо знизилася з 45,8% до 12,1% ( $p < 0,05$ ), на відміну від пацієнток підгрупи Іб – з 41,2% до 31,8%, де була лише тенденція до зниження ( $p = 0,26$ ).

## ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки репродуктивного віку з генітальним ендометріозом характеризуються статистично значущим підвищенням титру антитіл до персистуючих вірусів (ЦМВ, ВПГ 1 і 2 типи, Еп.-Барр) порівняно з групою контролю. Сумарний рівень активації персистуючих вірусів у хворих ГЕ перевищує діагностичний титр більш ніж в 3,5 разу ( $p < 0,01$ ), що свідчить про недостатність протівірусної (тобто клітинної) ланки імунітету. Використання комплексної терапії (гормоно- і імуномодулюючої у поєднанні з протівірусними препаратами) у хворих з аденоміозом репродуктивного віку збільшує час безрецидивного періоду захворювання (в 96% – до 1 року, в 30% – до 2-х років і в 15% до 3-х років ( $p = 0,01$ )) і знижує показник частоти безпліддя з 45,8% до 12,4% ( $p < 0,05$ ).

## Роль иммунологического мониторинга в оценке эффективности лечения генитального эндометриоза и бесплодия В.И. Бойко, А.В. Ежова

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что женщины репродуктивного возраста с генитальным эндометриозом характеризуются статистически значимым повышением титра антител к персистующим вирусам в сравнении с группой контроля. Суммарный уровень активации персистующих вирусов у больных генитальным эндометриозом превышает диагностический титр более чем в 3,5 раза, что свидетельствует о недостаточности противовирусного звена иммунитета. Использование комплексной терапии у больных с аденомиозом репродуктивного возраста увеличивает время периода без рецидивов и снижает показатель частоты бесплодия.

**Ключевые слова:** иммунологический мониторинг, генитальный эндометриоз.



**Role of immunological monitoring in an estimation of efficiency of treatment genital endometriosis and barrenness**  
**V.I. Boyko, A.V. Ezova**

Results of the spent researches testify, that women of reproductive age with генитальним an endometriosis are characterised by statistically significant increase titre antibodies to persistencia to viruses in comparison with control group. The activation total level persistencia viruses at patients genital endometriosis exceeds diagnostic titre more than in 3,5 times that testifies to insufficiency antivirus immunity link. Use of complex therapy at patients with adenomyosise reproductive age increases time of the period without relapses and reduces an indicator of frequency of barrenness.

**Key words:** immunological monitoring, genital endometriosis.

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Адамян Л.В., Бобкова М.В. Современные подходы к лечению эндометриоза // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 3. – С. 10–14.
2. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. – М.: Медицина, 2010. – 317 с.
3. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. Изд.2. – Л.: Медицина, 2010. – 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, 2011. – С. 340–342.
6. Audebert A.J.M. formes occultes et minimes de l'endometriose: strategie therapeutique // Rev. Franc. Gynecol. Obstet. – 2010. – V. 85, № 2. – P. 79–84.
7. Barbieri R.L. Etiology and epidemiology of endometriosis // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2012. – V. 162, № 2. – P. 565–567.

УДК 618.33-084:616-053.1

**Особливості безпліддя у жінок з доброякісними захворюваннями грудних залоз**

**Р.Є. Кубрак**

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

Результати проведених досліджень свідчать, що у жінок з доброякісною патологією грудних залоз основними причинами безпліддя є різні поєднані чинники (55,7%) і самостійна ановуляція (44,3%). Дифузна форма мастопатії найчастіше (60,0%) зустрічається у пацієнок з поєднанням трубного і чоловічого чинників безпліддя (60,0%), а вузлувата – при ановуляції (13,8%). Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** безпліддя, патологія грудних залоз.

Останніми роками допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) все частіше використовуються у пацієнок з різними варіантами гінекологічної і соматичної захворюваності, причому ефективність їх постійно підвищується [1–3]. У структурі різної гінекологічної і соматичної патології, які можуть призвести до необхідності використання ДРТ зростає роль різних доброякісних захворювань грудних залоз (ДЗГЗ) [4, 5]. При цьому тактика ведення цих пацієнок остаточно не відпрацьована, що є однією з причин недостатньої ефективності ДРТ і подальшою високою частотою прогресування ДЗГЗ.

Не дивлячись на значне число наукових публікацій з проблеми ДРТ не можна вважати її повністю вирішеною, особливо в плані вивчення впливу різних чинників безпліддя на частоту дифузної і вузлуватої форм доброякісних захворювань грудних залоз, що і з'явилось **метою дослідження**.

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

Для вирішення поставленої мети і завдань в дослідження включені 93 жінки, що знаходилася на лікуванні безпліддя методами ДРТ.

Дослідження носили поетапний характер:

1 етап – формування основної (n=61) і контрольної груп (n=32) відповідно до наявності патології грудних залоз;

2 етап – аналіз чинників ризику патології грудних залоз;

3 етап – клініко-лабораторне обстеження жінок основної групи;

Усім пацієнткам проведено повне клінічне обстеження згідно стандартам ВООЗ по обстеженню жінок з діагнозом безпліддя, а також згідно наказу МОЗ Ук-

Таблиця 1

## Клінічна характеристика пацієнток

Групи пацієнток	Характеристика групи	Кількість пацієнток
Контрольна	Відсутність патології молочних залоз	32
1	Вузлова форма фіброзно-кістозної мастопатії	31
2	Дифузна форма фіброзно-кістозної мастопатії	30

раїни № 771 ось в 23.12.2008 р. «Про затвердження інструкції щодо порядку вживання ДРТ».

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Згідно з отриманими результатами основна група розподілена на першу і другу групи для оцінки впливу способів стимуляції суперовуляції на стан грудних залоз. У першу групу (n=31) включені жінки з вузловою фіброзно-кістозною мастопатією, в другу (n=30) – пацієнтки з дифузною формою фіброзно-кістозної мастопатії (табл. 1).

Обстеження грудних залоз починалося з клінічного огляду. При огляді грудних залоз звертали увагу на ступінь розвитку грудної залози, стан шкірних покривів, соска, ареолярної області. Особливу увагу приділяли наявності втягнень, вибухань, пігментацій, присутності папіломатозних шкірних розростань.

Проводилося пальпаторне дослідження грудних залоз, при якому вивчали ступінь формування грудних залоз. Оцінювали консистенцію, однорідність, наявність і характер ущільнень, форма, розміри, стан шкірних покривів, соска, наявність шкірних рубців. Пальпацію грудних залоз проводили шляхом легкого погладження грудних залоз від периферії до центру по ходу годинникової стрілки. Отже, встановлювали можливі ділянки ущільнень. На другому етапі проводили пальпацію пахвової області з метою визначення стану регіонарних лімфовузлів. Шляхом натиснення на навколососкове поле виявляли наявність виділень з соска грудної залози.

Усім жінкам проведено ультразвукове дослідження грудних залоз, а також дослідження капілярного кровотоку за допомогою лазерної доплерівської флоуметрії. Всі пацієнтки з діагностованою вузловою і кістозною формами мастопатії були оглянуті онкологом. При вузлових і кістозних формах мастопатії виконували біопсію пункції вогниці з цитологічним дослідженням. У всіх жінок були виключені злоякісні новоутворення грудних залоз.

Таблиця 2

## Розподіл пацієнток за віком

Вік, роки	Контрольна група, n=32	1 група n=31	2 група n=30
До 30 років	25% (n=8)	19,4% (n=6)	20% (n=6)
31-38 років	56,3% (n=18)	48,4% (n=15)	43,3% (n=13)
Понад 38 років	18,8% (n=6)	32,3% (n=10)	36,7% (n=11)

Таблиця 3

## Чинники безпліддя

Чинник безпліддя	Контрольна група, n=32	1 група n=31	2 група n=30
Ановуляція	28,1% (n=9)	48,4% (n=15)	40,0% (n=12)
Трубний/чоловічий	46,9% (n=15)	22,6% (n=7)	26,7% (n=8)
Поєднаний	25,0% (n=8)	29,0% (n=9)	33,3% (n=10)

Вік пацієнток, що проходили лікування з приводу безпліддя методом екстракорпорального запліднення з перенесенням ембріонів в порожнину матки, коливався від 26 до 40 років (табл. 2).

При зверненні 93 жінок з проблемою безпліддя (табл. 3) у 36 жінок (37,9% випадків) діагностована ановуляція в 32 пацієнток (34,4% випадків) – менструальні цикли були овуляторними, але присутній трубний або чоловічий чинники безпліддя, а у 25 жінок (28,1%) – було поєднання декількох чинників (чоловічий + ендокринний, трубно перитонеальний + ендокринний, чоловічий + трубно перитонеальний + ендокринний).

У контрольній групі у жінок переважали трубний або чоловічий чинники безпліддя, тоді як поєднаний чинник і ановуляція зустрічалися рідше і достовірно не відрізнялися між собою. У жінок з патологією грудних залоз (1 і 2 група) частішою причиною безпліддя була відсутність овуляції, також частіше виявлявся поєднаний чинник порівняно з контрольною групою.

## ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що у жінок з доброякісною патологією грудних залоз основними причинами безпліддя є різні поєднані чинники (55,7%) і самостійна ановуляція (44,3%). Дифузна форма мастопатії найчастіше (60,0%) зустрічається у пацієнток з поєднанням трубного і чоловічого чинників безпліддя (60,0%), а вузловата – при ановуляції (13,8%). Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Особенности бесплодия у женщин с доброкачественными заболеваниями грудных желез**  
**Р.Е. Кубрак**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у женщин с доброкачественной патологией грудных желез основными причинами бесплодия являются различные сочетанные факторы (55,7%) и самостоятельная ановуляция (44,3%). Диффузная форма мастопатии чаще всего (60,0%) встречается у пациенток с сочетанием трубного и мужского факторов бесплодия (60,0%), а узловатая – при ановуляции (13,8%). Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** бесплодие, патология грудных желез.

## Features of barrenness at women with good-quality diseases of mammary glands

R. E. Kubrak

Results of the spent researches testify, that at women with a good-quality pathology mammary glands main the barrenness reasons are various complex factors (55,7%) and independent anovulation (44,3%). Diffusion form of mastopatia more often (60,0%) meet at patients a combination of trumpet and man's factors of barrenness (60,0%), and knotty – at anovulation (13,8%). The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** barrenness, pathology of mammary glands.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Польова С.П. Сучасні підходи до діагностики та лікування жіночої безплідності / С.П. Польова, Л.М. Рак // Буковин. мед. вісник. – 2011. – № 2. – С. 58–60.
2. Попова М.В. Фактори ризику розвитку ендокринної неплідності / М.В. Попова, М.Г. Плешко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – № 5. – С. 80–83.
3. Самарина В.Н. Экологическая чистота брака как социальная проблема / В.Н. Самарина // Социальная педиатрия – проблемы, поиски, решения: материалы науч.-практ. конф., посвящ. 60-летию со дня рождения проф. Н.Г. Веселова. – СПб., 2012. – С. 38–39.
4. Сольский Я.П. Бесплодие как социальная проблема репродукции / Я.П. Сольский, И.Я. Кононенко // Бесплодие. Вспомогательные репродуктивные технологии: сб. науч. тр. симп. с междунар. участием. – К., 2007. – С. 78–79.
5. Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия. Теоретические и практические подходы: Руководство / Под ред. В.И. Кулакова, Б.В. Леонова. – 2-е изд., доп. – М.: МИА, 2011. – 781 с.

УДК 618.177-089.888.11-035-037

## Роль гістероскопії у підвищенні ефективності лікування жіночого безпліддя після невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій

I. Є. Палига

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

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 пацієнок, 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 порожнин матки.

Частота безплідного шлюбу за даними вітчизняних і зарубіжних дослідників складає від 10% до 20% [1–6]. У структурі жіночого безпліддя матковий чинник з кожним роком займає вище місце і досягає 20–30% [3, 4].

Завдяки широкому використанню сучасних ендоскопічних технологій в сучасній репродуктології підвищується ефективність діагностики і відповідно лікування різної внутрішньої маткової патології: гіперпластичні процеси і поліпи ендометрія, хронічний ендометрит і внутрішньоматкові синехії [5, 6]. Особливо це стосується пацієнок з поєднаними варіантами безпліддя, яким рекомендують широкий спектр лікувально-профілактичних заходів протягом довгого часу [1–6].

Останніми роками в Україні широко використовуються допоміжні репродуктивні технології (ДРТ), у тому числі і при жіночому безплідді різного генезу, до якого відноситься і матковий чинник безпліддя [3, 4]. При цьому ефективність ДРТ залишається не завжди високою, що дозволяє виділити пацієнок після невдалих спроб ДРТ, ведення яких викликає певні труднощі не лише з медичної, але і з психологічної точки зору [6].

У зв'язку з наведеним вище представляє значний інтерес вивчення особливостей проведення ДРТ у пацієнок цієї групи.

**Мета дослідження:** підвищення ефективності відновлення репродуктивної функції у жінок після невдалих спроб ДРТ на основі вивчення в них клініко-функціональних, ендокринологічних і ендоскопічних особливостей стану ендометрія, а також розробки і впровадження алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети дослідження було проведено комплексне обстеження 130 пацієнок з поєднаними чинниками безпліддя, у яких було встановлено переважання одного основного чинника.

У I групу увійшли 50 пацієнок з трубно-перитонеальним чинником безпліддя.

II групу склали 30 пацієнок з ендокринними чинниками безпліддя.

III групу склали 30 пацієнок з ендометріозом.

IV групу (порівняння) склали 20 жінок з безпліддям в шлюбі, зумовленим чоловічим чинником.

Критеріями включення пацієнок в першу, другу і третю групи були встановлений чинник безпліддя, підтверджений клініко-лабораторними і інструментальними методами дослідження, а також:

- вік 29–39 років;
- наявність в анамнезі не менше 2 (від 2 до 9) невдалих спроб ДРТ при перенесенні в порожнину матки не менше двох ембріонів «хорошої» якості.

Критерії включення пацієнок в четверту групу (порівняння):

- вік 30–36 років;
- прохідні маткові труби;
- відсутність генітальної патології;
- регулярний менструальний цикл;
- наявність домінуючого фолікула;
- товщина ендометрія >9 мм, тришарова структура;
- концентрація гонадотропінів (ЛГ, ФСГ) і естрогену (E2) на 5–7-й день менструального циклу в межах норми;
- концентрація прогестерону (П) в лютеїнову фазу >20 нмоль/л.

До першої групи увійшли пацієнтки у віці від 37 до 39 років, у другу групу – від 29 до 32 років, у третю групу – від 32 до 34 років. Середній вік пацієнок в групах спостережень і порівняння достовірно розрізнявся з переважанням показника в першій групі ( $p < 0,05$ ).

Усі методи дослідження проводилися відповідно до нормативних документів і наказів МОЗ України.

До комплексу проведених досліджень ми включали клінічні, ехографічні, ендоскопічні, морфологічні, ендокринологічні, мікробіологічні та статистичні.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що тривалість перебігу безпліддя у жінок з невдалими спробами ДРТ складає  $6,5 \pm 0,6$  року з переважанням вторинного безпліддя в порівнянні з первинним – 58,0:42,0%.

У пацієнок після невдалих спроб ДРТ сумарна частота патології ендометрія склала 97,3%, причому в структурі переважали аденоміоз (39,0%); поліпи ендометрія (24,5%); хронічний ендометрит (21,8%); і внутрішньоматковий синехії (12,0%).

Відсутність і/або пониження експресії рецепторів прогестерону і естрадіолу залоз і стромы ендометрія у пацієнок після невдалих спроб ДРТ мала місце в 56,5% випадків, а в самому ендометрії – в 30,0% спостережень.

Пацієнок після невдалих спроб ДРТ залежно від патології ендометрія і результатів додаткових методів досліджень необхідно розділяти на наступні підгрупи:

- пацієнтки з гіперпластичними процесами і поліпами ендометрія;
- пацієнтки з хронічним ендометритом;
- пацієнтки з недостатньою секреторною трансформацією ендометрія.

Вибір програми ДРТ повинен здійснюватися залежно від попередніх результатів невдалих спроб ДРТ, з урахуванням чутливості до гормональної терапії і оваріального резерву.

Сумарна ефективність ДРТ у пацієнок після невдалих попередніх спроб склала 17,3%, причому при трубно-перитонеальному безплідді – 19,0%; при ендометріозі – 16,7% і при ендокринному – 13,3% відповідно.

Оцінка взаємозв'язку позитивного ефекту ДРТ з гормональним чинником свідчить про наявність негативних зв'язків помірної сили з концентрацією фолікулостимулюючого гормону ( $r = -0,42$ ) і з вмістом гормонів пролактину ( $r = -0,39$ ) і трийодтироніну вільного ( $r = -0,31$ ) в периферичній крові. Зв'язок настання вагітності з рівнем естрадіолу був достовірним, проте слабким ( $r = 0,28$ ).

Позитивний ефект ДРТ позитивно корелював з рівнем експресії рецепторів прогестерону в стромі ендометрія ( $r = 0,23$ ), проте кореляції з усіма іншими показниками експресії рецепторів ендометрія до стероїдних гормонів були прямими і помірної сили: з рецепторами прогестерону в епітелії –  $r = 0,42$ , рецепторами естрадіолу в стромі –  $r = 0,32$  і в епітелії ендометрія  $r = 0,40$ .

Для практичної охорони здоров'я ми можемо рекомендувати наступне:

- алгоритм ведення і лікування пацієнок з безпліддям і невдалих спроб ДРТ повинен складатися з декількох етапів:

I етап – комплексне клініко-лабораторне і імуногістохімічне обстеження;

II етап – адекватна підготовка подружньої пари до реалізації програм ДРТ з вибором оптимальної програми стимуляції суперовуляції і отриманням достатньої кількості зрілих ооцитів; із забезпеченням оптимальних умов дроблення запліднених яйцеклітин; адекватної гормональної підготовки ендометрія до нідації яйцеклітини і вибору часу переносу ембріону;

III етап – підтримка лютеїнової фази менструального циклу з ранніх термінів вагітності.

- повторні гістероскопії слід здійснювати після лікування діагностованої патології матки та ендометрія;
- при атиповій гіперплазії – агоністи гонадотропінів;
- при аденоміозі – агоністи гонадотропінів та гестагени;
- при гіпоплазії ендометрію – гомеопатична терапія, вітаміни та біостимулятори.
- з метою контролю за ефективністю лікувально-профілактичних заходів, що проводяться, необхідно використовувати динамічне клініко-ехографічне, ендокринологічне і імуногістохімічне обстеження.

### ВИСНОВКИ

Таким чином, 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.

#### **Роль гистероскопии в повышении эффективности лечения женского бесплодия после неудачных попыток вспомогательных репродуктивных технологий**

**И.Е. Пальга**

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.

#### **Role of hysteroscopia in increase of efficiency of treatment of female barrenness after unsuccessful attempts auxiliary reproductive technologies**

**I.E. Paluga**

The analysis of matematiko-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 ЛІТЕРАТУРИ

1. Вовк І.Б. Корекція гормональних порушень при поєднаних формах неплідності / І.Б. Вовк, А.Г. Корнацька // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – № 4. – С. 147–149.
2. Генитальный эндометриоз и бесплодие: IVF или хирургия? / Е.В. Коханевич, И.А. Судомо, О.А. Берестовой [и др.] // Вісн. акушерів-гінекологів України. – 2007. – № 2. – С. 24–34.
3. Гістероскопічна оцінка стану матки у жінок з порушеною репродуктивною функцією / Л.І. Іванюта, С.О. Іванюта, Н.І. Беліс [та ін.] // Актуал. пробл. акушерства і гінекології, клініч. імунології та мед. генетики : зб. наук. праць. – К.; Луганськ, 2009. – Вип. 4. – С. 181–187.
4. Грищенко В.И. Иммуноморфологические нарушения имплантационного эндометрия в проблеме лечения эндокринного бесплодия у женщин / В.И. Грищенко, А.М. Феськов, И.А. Федькова // Междунар. мед. журнал. – 2007. – № 3. – С. 57–59.
5. Данкович Н.А. Проблема бесплодия и пути ее решения / Н.А. Данкович // Семейна 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.

# Вплив надлишкової маси тіла та гіперандрогенії на тактику проведення допоміжних репродуктивних технологій

**В.О. Петропавловська**

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

Результати проведених досліджень свідчать про ефективність запропонованого алгоритму диференційованого підходу до проведення допоміжних репродуктивних технологій у жінок з гіперандрогенією з врахуванням не лише генезу, але і наявності супутнього ожиріння, метаболічного синдрому і синдрому полікістозних яєчників. Представлені дані дозволяють рекомендувати вдосконалений алгоритм для широкого використання в кабінетах і клініках репродуктології.

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

Проблема безплідного шлюбу в Україні є досить актуальною, причому частота його коливається за даними різних авторів від 15% до 30% [1, 2]. При оцінюванні структури причин жіночого безпліддя провідне місце займають різні ендокринні порушення, причому, досить частий серед зустрічається гіперандрогенія (ГА) [3, 4].

У сучасній літературі наводиться декілька визначень ГА, але найчастіше цим терміном позначають симптомокомплекс порушень у сфері специфічних і метаболічних ефектів андрогенів в жіночому організмі, обумовлених патологією біосинтезу, транспорту і метаболізму андрогенів [5, 6].

Наявність ГА є однією з причин порушення репродуктивної системи жінок у вигляді менструальної дисфункції і ановуляції, які призводять до розвитку безпліддя [7, 8]. Крім того у цих жінок спостерігається «андрогензалежна дерматопатія» у вигляді гірсутизму, акне, алопеції і себореї [9, 10]. Слід визнати, що постійно зростаючий інтерес до вивчення даної патології стримують певні труднощі, до яких належать поліетіологічність, гетерогенність і поліморфізм, що призводить до істотних відмінностей діагностичних підходів, трактування результатів обстеження, інтерпретації клінічних проявів, особливостей перебігу захворювання і визначення лікувальної тактики [1, 7].

Останніми роками в Україні широко використовуються допоміжні репродуктивні технології (ДРТ), у тому числі і при жіночому безплідді ендокринного генезу, до якого відноситься і ГА [3, 8]. Проте показання і тактика їх проведення є предметом багаточисельних дискусій і вимагає додаткового вивчення.

**Мета дослідження:** відновлення репродуктивної функції у жінок з ГА різного генезу на основі вивчення у них клініко-функціональних та ендокринологічних особливостей, а також удосконалення і впровадження алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів з використанням ДРТ.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети нами було обстежено 126 пацієнток з порушенням генеративної функції (безпліддя первинне, вторинне, ранні втрати вагітності) на тлі клінічних і біохімічних проявів гіперандрогенії (ГА).

Критеріями включення в дослідження з'явилися:

- наявність порушень генеративної функції (безпліддя, ранні втрати вагітності);

- клінічні прояви ГА.

Критерії виключення з дослідження:

- порушення функції щитоподібної залози у виді тиреоїдної дисфункції;

- гіперпролактинемія;

- хвороба Кушінга;

- важкі екстрагенітальні захворювання, що призводять до порушення гормонального гомеостазу;

- класична форма природженої дисфункції кори надниркових залоз;

- гормонально-активні андрогенсекретуючі пухлини яєчників і надниркових залоз;

- вагітність;

- генетичні причини ранніх втрат вагітності.

В основі первинного розподілу пацієнток на групи керувалися наявністю або відсутністю ожиріння. Відомо, що жирова тканина є місцем позагонадного синтезу андрогенів. Крім того, в дослідження включені здорові жінки репродуктивного віку (середній вік групи  $27,9 \pm 1,9$ ), з них 15 – з нормальною масою тіла ( $IMT < 25$ , середній вік  $27,2 \pm 1,8$ ) і 15 – з екзогенно-конституціональним ожирінням ( $IMT > 25$ , середній вік  $26,7 \pm 2,1$ ), що склали контрольну групу.

Отже, спочатку виділено три групи обстежених хворих:

група 1 – 54 пацієнтки з ГА і нормальною масою тіла (середній  $IMT 23,1 \pm 0,9$ ) у віці від 23 до 35 років, середній вік склав  $27,5 \pm 2,5$ ;

група 2 – 72 хворих з ГА і висцелярним ожирінням (середній  $IMT 32,5 \pm 1,6$ ) у віці від 24 до 36 років, середній вік склав  $28,1 \pm 2,1$  року;

група 3 – контрольна, яку склали 30 практично здорових жінок репродуктивного віку (середній вік  $27,9 \pm 1,9$  року), з них 15 – з нормальною масою тіла ( $IMT < 25$ , середній вік  $27,2 \pm 1,8$ ) і 15 – з екзогенно-конституціональним ожирінням ( $IMT > 25$ , середній вік  $26,7 \pm 2,1$  року).

Основними показаннями для проведення допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) у пацієнток з ГА були наступні:

- хронічна гіперандрогенна ановуляція;

- неодноразові невдалі спроби стимуляції овуляції без вживання методів ДРТ;

- невдала проба ендохірургічної стимуляції овуляції.

При проведенні ДРТ у пацієнок з ГА ми використовували наступні відмітні моменти:

- використовували АМГ (антиюллерів гормон) як предиктора відповіді на оваріальну стимуляцію при СПКЯ;
- з врахуванням ІМТ і інсулінорезистентності застосовували терапію сенсетайзерами до інсуліну (метформін від 500 до 850 мг тричі в день) на етапі підготовки до проведення програми ДРТ для поліпшення оваріальної відповіді при стимуляції гонадотропінами;
- виявити кореляційний взаємозв'язок між терапією метформіном і зниженням цифр АМГ у пацієнок із СПКЯ і інсулінорезистентністю, і використовувати АМГ як маркер ефективності проведеного лікування.

При обстеженні вивчали скарги і анамнез захворювання, а потім проводили загальноклінічні і спеціальні методи дослідження.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними формами гіперандрогенії у жінок з безпліддям і нормальною масою тіла є яєчникові ГА (44,4%), а також наднирковозалозного і змішаного генезу (по 27,8%). За наявності супутнього ожиріння частіше зустрічається ГА наднирковозалозного генезу (41,7%) в порівнянні із змішаним (31,9%) і яєчковим генезом (26,4%).

У пацієнок з гіперандрогенією яєчникового генезу частіше зустрічається первинне безпліддя (92,6%), а при наднирковозалозному генезі – вторинне – (53,3%). Обтяжений акушерський анамнез (невиношування вагітності) частіше має місце при наднирковозалозній ГА (38,4%).

В пацієнок з гіперандрогенією незалежно від наявності супутнього ожиріння має місце достовірне збільшення ( $p < 0,05$ ) вмісту лютеїнізуючого гормону, 17-гідроксипрогестерону, дегідроепіандростерону, кортизолу і зниження глобуліну, що зв'язує статеві стероїди. За наявності супутнього ожиріння і гіперандрогенії достовірно ( $p < 0,05$ ) збільшується рівень антиюллерова гормону і вільного тестостерону.

Основні параметри індукції супероуляції у жінок з ГА залежать від її генезу:

- середня кількість циклів на одну пацієнтку при наднирковозалозній ГА складає 1,24; при змішаній – 1,34 і при яєчковій – 1,35;
- сумарна доза гонадотропінів була найвищою при наднирковозалозному генезі ГА (в середньому, на 400 МО вище, ніж при змішаному і на 600 – при яєчковому);
- найбільша тривалість стимуляції відмічена при яєчковому генезі ГА, а найменша – при наднирковозалозному;
- по кількості ооцитів самий високий показник мав місце при яєчковому генезі ГА, а низький – при наднирковозалозному;
- при оцінці товщини ендометрія в день перенесення ембріона самі високі параметри спостерігалися при наднирковозалозному генезі ГА, а найбільш низькі – при змішаному.

Клінічні результати допоміжних репродуктивних технологій залежать від генезу ГА: найкращі результати відмічені нами при яєчковому генезі, причому після

всіх параметрів: частота імплантації, настання вагітності і пологи живим плодом. При наднирковозалозному генезі нами відмічені найгірші показники, причому частота пологів живим плодом при наднирковозалозному генезі в 3,46 рази нижче в порівнянні з яєчковим і в 1,69 рази – із змішаним.

За наявності супутнього ожиріння у жінок з ГА число використаних циклів на 1 пацієнтку була вище (1,37 проти 1,26). Частота імплантації також наголошувалася частіше в 2,79 рази, а утворення бластоцитів – навпаки – вище в 1,51 рази у жінок без ожиріння, при тому, що рівень настання біохімічної і клінічної вагітності не відрізнявся. Частота невиношування була вища за наявності супутнього ожиріння в 2,79 рази, а прогресуючої вагітності і пологів живим плодом – більше в 1,23 рази у пацієнок без ожиріння.

Для практичної медицини ми можемо рекомендувати наступні моменти:

1. У пацієнок з гіперандрогенією різного генезу показаннями для використання допоміжних репродуктивних технологій є:
  - хронічна ановуляція унаслідок тривалої ГА;
  - неодноразові невдалі спроби стимуляції овуляції без використання допоміжних репродуктивних технологій;
  - невдала спроба ендокірургічної стимуляції овуляції.
2. Відмітні моменти використання допоміжних репродуктивних технологій у пацієнок з ГА різного генезу:
  - використання антиюллерова гормону як предиктора відповіді на оваріальну стимуляцію;
  - з врахуванням індексу маси тіла і інсулінорезистентності застосування терапії сенсетайзерами до інсуліну (метформін від 1500 до 2500 міліграма на добу за три прийоми); що забезпечує поліпшення оваріальної відповіді при стимуляції гонадотропінами;
  - наявність кореляційного взаємозв'язку між терапією метформіном і зниженням антиюллерова гормону, а також його використання як маркера ефективності проведеного лікування.

### ВИСНОВКИ

Таким чином, отримані результати свідчать про ефективність запропонованого алгоритму диференційованого підходу до проведення ДРТ у жінок з ГА з врахуванням не лише генезу ГА, але і наявності супутнього ожиріння, МС і СПКЯ. Представлені дані дозволяють рекомендувати вдосконалений алгоритм для широкого використання в кабінетах і клініках репродуктології.

### Влияние избыточной массы тела и гиперандрогении на тактику проведения вспомогательных репродуктивных технологий В.О. Петропавловская

Результаты проведенных исследований свидетельствуют об эффективности предлагаемого алгоритма дифференцированного подхода к проведению вспомогательных репродуктивных технологий у женщин с гиперандрогенией с учетом не только генеза, но и наличия сопутствующего ожирения, метаболического синдрома и синдрома поликистоз-

ных яичников. Представленные данные позволяют рекомендовать усовершенствованный алгоритм для широкого использования в кабинетах и клиниках репродуктологии.  
**Ключевые слова:** гиперандрогения, вспомогательные репродуктивные технологии.

**Influence of superfluous weight of body and hyperandrogenia  
on tactics of auxiliary reproductive technologies  
V.O. Petropavlovskay**

Results of the spent researches testify to efficiency of offered algorithm of the differentiated approach to carrying out of auxiliary reproductive technologies at women with hyperandrogenia with the account not only genesis, but also presence of accompanying adiposity, a metabolic syndrome and a syndrome polycystes ovariums. The presented data allows to recommend advanced algorithm for wide use in offices and clinics reproductology.

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

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Гилязутдинов И.А. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве. Руководство для врачей / Гилязутдинов И.А., Гилязутдин З.Ш., Боголюбова И.М. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 432 с.
2. Телунц А.В. Гирсутизм у девочек и молодых женщин / А.В. Телунц, Е.А. Богданова. – М.: МЕДпресс, 2012. – 96 с.
3. Резников А.Г. Инновации в гормональной терапии гиперандрогенной патологии у женщин / Резников А.Г. // Здоров'я України. – 2010. – № 22/1 (додатковий).
4. Нелидова Н.Э. Психическое здоровье беременных с гиперандрогенией / Н.Э.Нелидова, Н.А. Абитова, Е.В. Гуткевич // Гинекология. – 2012. – № 8. – С. 5–6, 11–13.
5. Гуркин Ю.А. Детская и подростковая гинекология. Руководство для врачей / Гуркин Ю.А. – М.: МИА. – 2009. – 696 с.
6. Андреева В.О. Роль фактора некроза опухоли- $\alpha$  в патогенезе эндокринно-метаболических расстройств у девочек-подростков с синдромом нервной анорексии / Андреева В.О. // Гинекология. – 2012. – № 8. – С. 5–6, 11–13.
7. Овсянникова Т.В. Гинекологическая эндокринология / Овсянникова Т.В., Прилепская В.И., Серов В.Н. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 528 с.
8. Глазкова О.Л. Клиническая гинекология. Учебное пособие / Глазкова О.Л., Подзолкова Н.М., Кузнецова И.В. – М.: МИА, 2009. – 616 с.
9. Сидорова И.С. Практическое руководство по клинической гинекологии: учеб. пособие / Сидорова И.С. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 448 с.
10. Манушарова Р.А. Гинекологическая эндокринология: Руководство для врачей / Р.А. Манушарова, Э.И. Черкезова. – М.: МИА, 2008. – 280 с.

УДК 618.33-084:616-053.1

**Вплив допоміжних репродуктивних  
технологій на стан патологічно змінених  
грудних залоз**

**О.А. Полюлях**

Одесский национальный медицинский университет МОЗ Украины.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о необходимости использования усовершенствованного нами алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий при проведении вспомогательных репродуктивных технологий у женщин с патологией грудных залоз.

**Ключевые слова:** вспомогательные репродуктивные технологии, доброкачественная патология грудных залоз.

Актуальность данного научного исследования обусловлена тем, что останніми роками допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) все частіше використовуються у пацієнток з різними варіантами гінекологічної і соматичної захворюваності, причому ефективність їх постійно підвищується [1–3]. У структурі різної гінекологічної і соматичної патології, які можуть призвести до необхідності використання ДРТ зростає роль різних доброякісних захворювань грудних залоз [1–3]. При цьому тактика ведення цих пацієнток остаточно не відпрацьована, що є однією з причин недостатньої ефективності ДРТ і подальшою високою частотою прогресування доброякісних захворювань грудних залоз (ДЗГЗ).

Не дивлячись на значне число наукових публікацій з проблеми ДРТ не можна вважати її повністю вирішеною, особливо в плані тактики проведення ДРТ у пацієнток з ДЗГЗ.

Усе наведене вище з'явилося для нас підставою до проведення справжнього наукового дослідження, що дозволяє вирішити важливе наукове завдання сучасної репродуктології.

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

Для вирішення поставленої мети в дослідження були включені 93 жінок, в яких були використані ДРТ.

Дослідження носили поетапний характер:

- 1 етап – формування основної (n=61) і контрольної груп (n=32) залежно від наявності патології грудних залоз;
- 2 етап – аналіз чинників ризику патології грудних залоз;
- 3 етап – клініко-лабораторне обстеження жінок основної групи;
- 4 етап – формування 1 (n=31) і 2 груп (n=30) відповідно з формою мастопатії – дифузна і вузлувата;



Таблиця 1

## Розподіл пацієнок за віком

Вік	Контрольна група, n=32	1 група, n=31	2 група, n=30
До 30 років	25% (n=8)	19,4% (n=6)	20% (n=6)
31-38 років	56,3% (n=18)	48,4% (n=15)	43,3% (n=13)
Більш 38 років	18,8% (n=6)	32,3% (n=10)	36,7% (n=11)

Таблиця 2

## Чинники безпліддя

Фактор безпліддя	Контрольна група, n=32	1 група, n=31	2 група, n=30
Ановуляція	28,1% (n=9)	48,4% (n=15)	40,0% (n=12)
Трубний/чоловічий	46,9% (n=15)	22,6% (n=7)	26,7% (n=8)
Поєднаний	25,0% (n=8)	29,0% (n=9)	33,3% (n=10)

Таблиця 3

## Розподіл пацієнок по протоколах стимуляції супероуляції

Протокол стимуляції супероуляції	Контрольна група, n=32	1 група, n=31	2 група, n=30
Короткий	50% (n=16)	48,4% (n=15)	50% (n=15)
Довгий	50,0% (n=16)	51,6% (n=16)	50,0% (n=15)

5 етап – оцінювання впливу різних протоколів стимуляції супероуляції на стан грудних залоз.

Усім пацієнкам проведено повне клінічне обстеження згідно стандартам ВООЗ по обстеженню жінок з безпліддям, а також згідно наказу МОЗ України №771 від 23.12.2008 р. «Про затвердження інструкції по порядку вживання ДРТ».

Вік пацієнок коливався від 26 до 40 років (табл. 1).

При зверненні 93 жінок з безпліддям в 36 (37,9%) була діагностована ановуляція (табл. 2), в 32 пацієнок (34,4%) – менструальні цикли були овуляторними, але присутній трубний або чоловічий чинники безпліддя, а у 25 жінок (28,1%) – було поєднання декількох чинників (чоловічий + ендокринний, трубно-перитонеальний + ендокринний, чоловічий + трубно-перитонеальний + ендокринний).

Пацієнкам проводилася стимуляція супероуляції по короткому протоколу без десенситизації гіпофіза (табл. 3) і по довгому протоколу з попередньою десенситизацією гіпоталамо-гіпофізарної системи агоністами гонадотропін-рилізінг гормону.

Результати проведених досліджень свідчать, що у жінок з доброякісною патологією грудних залоз основними причинами безпліддя є різні поєднані чинники (55,7%) і самостійна ановуляція (44,3%).

Дифузна форма мастопатії найчастіше (60,0%) зустрічається у пацієнок з поєднанням трубного і чоловічого чинників безпліддя (60,0%), а вузлувата – при ановуляції (13,8%).

Ендокринологічні і метаболічні порушення у пацієнок з безпліддям на тлі доброякісної патології грудних залоз характеризуються збільшенням достовірного вмісту естрадіолу ( $p < 0,05$ ), пролактину ( $p < 0,05$ ) і інсуліноподібного чинника зростання ( $p < 0,05$ ) при одночасному зниженні рівня прогестерону ( $p < 0,05$ ).

При використанні короткого протоколу стимуляції супероуляції у жінок з вузлуватою формою мастопатії в 26,6% з'являються нові вузли або збільшення розмірів тих, що раніше існували. При вживанні довгого протоколу це відбувається набагато рідше – 5,5%.

У жінок з безпліддям на тлі дифузної форми мастопатії при використанні короткого протоколу в 12,5% спостережень з'являється вузлувата форма, а при вживанні довгого протоколу це ускладнення відсутнє.

Використання вдосконаленого алгоритму ДРТ у жінок з доброякісною патологією грудних залоз дозволяє знизити частоту дифузної і вузлуватої форм мастопатії, а також підвищити ефективність лікування жіночого безпліддя.

Для практичної охорони здоров'я ми можемо запропонувати наступні моменти:

- при використанні ДРТ у жінок з доброякісною патологією грудних залоз необхідно враховувати форму мастопатії, характер дисгормональних і дисметаболічних порушень.

- при проведенні суперстимуляції овуляції у пацієнок з різними формами доброякісної патології грудних залоз необхідно віддавати перевагу довгому протоколу.

- з метою контролю за ефективністю ДРТ необхідно проведення динамічних мамографічних, ендокринологічних і гемодинамічних досліджень.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про необхідність використання вдосконаленого нами алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів при проведенні допоміжних репродуктивних технологій у жінок з патологією грудних залоз.

**Влияние вспомогательных репродуктивных технологий на состояние патологически измененных грудных желез**  
**О.А. Полюлях**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о необходимости использования усовершенствованного нами алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий при проведении вспомогательных репродуктивных технологий у женщин с патологией грудных желез.

**Ключевые слова:** *вспомогательные репродуктивные технологии, доброкачественная патология грудных желез.*

## Influence of auxiliary reproductive technologies on condition of pathologically changed mammary glands

*O.A. Poljuljah*

Results of the spent researches testify to necessity of use of the algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions improved by us at carrying out of auxiliary reproductive technologies at women with a pathology of mammary glands.

**Key words:** *auxiliary reproductive technologies, a good-quality pathology of mammary glands.*

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бесплодный брак: Руководство для врачей / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: Гэотар-медиа, 2012. – 611 с.
2. Богатырева Р.В. Репродуктивное здоровье и планирование семьи: социально-медицинские аспекты: Руководство для врачей / Р.В. Богатырева, Т.К. Иркина. – К. : ИЦ Семья, 2006. – С. 5–8.
3. Вовк І.Б. Корекція гормональних порушень при поєднаних формах неплідності / І.Б. Вовк, А.Г. Корнацька // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – № 4. – С. 147–149.

УДК 618.177-089.888.11-06:616-053.31-036.1

## Сучасні прогностичні критерії плацентарної дисфункції у жінок після допоміжних репродуктивних технологій

*Я.А. Рубан*

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

Результати проведених досліджень свідчать, що найбільш діагностично значущими у формуванні первинної плацентарної недостатності є показники резервного запасу яєчників АМГ, інгібіна-В і підвищені значення маркера плацентарної дисфункції TGF- $\beta$ 1. Провідним патогенетичним механізмом розвитку плацентарної дисфункції після допоміжних репродуктивних технологій з'явилося виявлення трьох профілів активності ендометрія: вискоекспресивного, середньоекспресивного і низкоекспресивного. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму прогностичних і діагностичних заходів після допоміжних репродуктивних технологій.

**Ключові слова:** *допоміжні репродуктивні технології, плацентарна дисфункція.*

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

Вагітності, що настали в результаті допоміжних репродуктивних технологій, мають вищу частоту невиношування, багатоводдя, ризик формування вад розвитку плода, підвищений інфекційний індекс [1, 2], формування плацентарної дисфункції, яка, переходячи в гостру клінічну форму, загрожує життю матері і дитині [3, 6].

Не дивлячись на значне число наукових публікацій, присвячених проблемі вагітності і пологів, після ДРТ не можна вважати всі питання повністю вирішеними.

**Мета дослідження:** прогнозування плацентарної дисфункції на прегравідарному етапі після допоміжних репродуктивних технологій.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

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

Середній вік вагітних в обох групах після ДРТ склав  $29,0 \pm 4,1$  року і  $33,1 \pm 3,3$  для чоловіків. Тривалий безплідний період призводить до того, що упускається найсприятливіший вік для настання вагітності, і вона настає в пізньому репродуктивному періоді на тлі перенесених соматичних і гінекологічних захворювань.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, доплерометричні, кардіотокографічні, ендокринологічні, морфологічні та статистичні.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проаналізувавши перебіг вагітності, пологів і стан ранньої адаптації новонароджених у жінок після ДРТ встановлено, що основна проблема несприятливих перинатальних результатів обумовлена формуванням плацентарної дисфункції. Для обґрунтування патогенезу даного ускладнення гестації ми провели додатковий етап дослідження, до якого увійшли 30 жінок з невдалими спробами ДРТ (основна підгрупа). Критерієм виключення для них з'явився чоловічий чинник безпліддя.

На етапі прегравідарної підготовки в цій підгрупі оцінювали вихідний рівень оваріального резерву, маркер плацентарної дисфункції – трансформуючий чинник зростання (TGF- $\alpha$ ), причому паралельно був досліджений ендометрій і оцінена сила рецептивності і локальний імунітет. Для оцінювання оваріального резерву ми використовували два показники: інгібін-В (ІВ) і антимюллерівський гормон (АМГ), які дають інформацію про якісний стан фолікулярного апарату в яєчниках. Концентрація ІВ вимірювалася на третій день циклу.

У даній підгрупі жінок рівень ІВ був значно знижений (від 10 до 35 пг/мл, при нормі 40–100 пг/мл). При оцінюванні рівня АМГ, як непрямого маркера оваріальної відповіді, оваріальної дисфункції і оваріального старіння, ми відзначили його зниження (від 2,3 до 1 нг/мл при нормі 2,1–7,3 нг/мл). За літературними джерелами про зниження функціонального резерву яєчників можна говорити при АМГ < 1,1; а при АМГ < 0,8 вірогідність настання вагітності вкрай низька [5].

Окрім визначення яєчникового резерву нами було проведено оцінювання рівня TGF- $\alpha$  у сироватці крові досліджуваних жінок. Включення в нашу роботу даного показника було необхідне для доказу ролі TGF- $\alpha$ , як маркера плацентарної дисфункції і діагностичного критерію акушерських проблем після ДРТ. Референтне значення для TGF- $\alpha$  склали 0–3,6 нг/мл. Діапазон набутих значень значно перевищує норму і варіює в межах 20–90 нг/мл. Настільки високий рівень може свідчити про розвиток плацентарної дисфункції, як в результаті репродуктивної обтяженої даних жінок, так і на тлі стимуляції яєчників.

Крім того, в досліджуваній підгрупі ми провели кореляційний аналіз між показниками ІВ, АМГ і TGF- $\alpha$ . Так, на тлі високих значень TGF- $\alpha$  спостерігалось зниження ІВ і АМГ. Виявлені закономірності дозволяють передбачати роль маркерів оваріального резерву і трансформуючого чинника зростання у формуванні анатомічно і функціонально неповноцінного хоріону і, як наслідок, розвитку плацентарної дисфункції, ведучої до порушення матково-

плодової перфузії і явищ внутрішньоутробної гіпоксії плода. З'ясувавши роль ІВ, АМГ і TGF- $\alpha$ , як маркерів плацентарної дисфункції, залишилася необхідність визначення початкового стану ендометрія, його рецепторного апарату і локального імунітету. Відомо, що порушення в рецепторному апараті можуть призвести до недостатньої сприйнятливості ендометрія до екзогенної гормональної дії, проте, немає чітких даних про рівні експресії стероїдних рецепторів, необхідних для нормальної імплантації і розвитку хоріону. Для з'ясування цього, всім 30 жінкам з невдалими спробами допоміжних репродуктивних технологій проводилося гістологічне і імуногістохімічне дослідження біоптатів ендометрія, які отримували шляхом біопсії під контролем гістероскопії на 15–17-й день менструального циклу під внутрішньовенним знеболенням. Для інтерпретації результатів експресії прогестеронових і естрогенових рецепторів використовувалася 8-бальна система класифікації, узагальнювальна як кількісні характеристики, так і інтенсивність розподілу рецепторів в ендометрії. Експресія білка KI-67 оцінювалася по відсотку маркірованих клітин. Нормальна кількість HLA-DR (клон TAL.1B5) в досліджуваній лабораторії складала до 10 в полі зору. Також визначалися деякі кластери диференціації антигенів.

У результаті проведених досліджень ми виявили цікаву особливість, жінки розділилися на три профілі активності по силі експресії прогестеронових і естрогенових рецепторів в ендометрії і локального імунітету – високоекспресивний, середньоекспресивний і низькокоекспресивний. Ми проаналізували особливості анамнезу пацієнток кожного профілю.

До високоекспресивного профілю (І група) увійшли жінки, які мали схильність до гіперпластичного синдрому у вигляді доброякісних пухлин матки і яєчників, залізистої гіперплазії ендометрія з дисменореєю. За результатами імуногістохімії була відмічена висока експресія і прогестеронових і естрогенових рецепторів, як в стромі, так і в залозах +7, +8.

Середньоекспресивний профіль (ІІ група): молодші жінки з необтяженим соматичним анамнезом, з нормальним менструальним циклом. За результатами імуногістохімії експресія прогестеронових рецепторів в стромі складала 5+, 6+, в залозах 6+, 7+; естрогенових від 4+ до 6+ і в стромі і в залозах, тобто експресія прогестеронових рецепторів дещо вище, ніж естрогенових.

Пацієнток низькокоекспресивного профілю (ІІІ група) характеризувала висока частота незареєстрованих шлюбів, ранній початок статевого життя, часта зміна статевих партнерів, хворобливі, нерегулярні менструації, високий рівень запальних захворювань органів малого тазу, хронічна внутрішньоматкова інфекція. Для них було характерне частіше первинне безпліддя тривалістю від 2 до 10 років. У даному профілі експресія рецепторів була найбільш низька (менше 4+), причому в двох випадках рецептори були відсутні зовсім.

Окрім експресії стероїдних рецепторів ми оцінювали локальний імунітет ендометрія, найбільш доступними для дослідження були кластери диференціації антигенів CD16, CD20, CD56, що відповідають за фагоцитоз, продукцію цитокінів, клітинну цитотоксичність; антигени тканинної сумісності (human leuco-

cyte antigens – HLA) найбільш важливого II класу (сублокус DR) і маркер швидкої проліферації Ki-67. При підвищенні даних показників ми можемо судити про активність запального процесу в ендометрії. Значні відхилення від референсних показників ми виявили в середньоекспресивному профілі, був відмічений високий рівень CD16 і CD 56 і HLA-DR.

### ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що найбільш діагностично значущими у формуванні первинної плацентарної недостатності є показники резервного запасу яєчників АМГ, інгібіна-В і підвищені значення маркера плацентарної дисфункції TGF- $\beta$ 1. Провідним патогенетичним механізмом розвитку плацентарної дисфункції після допоміжних репродуктивних технологій з'явилося виявлення трьох профілів активності ендометрія: високоекспресивного, середньоекспресивного і низькоекспресивного. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму прогностичних і діагностичних заходів після допоміжних репродуктивних технологій.

### Современные прогностические критерии плацентарной дисфункции после вспомогательных репродуктивных технологий Я.А. Рубан

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что наиболее диагностически значимыми в формировании первичной плацентарной недостаточности являются показатели резервного запаса яичников АМГ, ингибина-В и повышенные значения маркера плацентарной дисфункции TGF- $\beta$ 1. Ведущим патогенетическим механизмом развития плацентарной дисфункции после вспомогательных репродуктивных технологий явилось выявление трех профилей активности эндометрия: высокоэкспрессивного, среднеэкспрессивного и низкоэкспрессивного. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма прогностических и диагностических мероприятий после вспомогательных репродуктивных технологий.

**Ключевые слова:** вспомогательные репродуктивные технологии, плацентарная дисфункция.

### Modern forecasting criteries of placentary dysfunction after auxiliary reproductive technologies. J.A. Ruban

Results of the spent researches testify that most diagnostical in formation of primary placentary insufficiency indicators of reserve stock ovariums AMG, ingibina-in and the raised values of a marker of placentary dysfunction TGF- $\beta$ 1 are significant. The leading pathogenetic mechanism of development of placentary dysfunction after auxiliary reproductive technologies was revealing of 3 profiles of activity endometrium: highexpressive, middle-expressive and lowexpressive. The received results are necessary for considering by algorithm working out prognostических and diagnostic actions after auxiliary reproductive technologies.

**Key words:** auxiliary reproductive technologies, placentary dysfunction.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бесплодный брак : Руководство для врачей / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: Гэотар-медиа, 2012. – 611 с.
2. Бурдули Г.Н. Репродуктивные потери / Г.Н. Бурдули, О.Г. Фролова. – М.: Триада-Х, 2007. – 188 с.
3. Вовк І.Б. Корекція гормональних порушень при поєднаних формах неплідності / І.Б. Вовк, А.Г. Корнацька // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2008. – № 4. – С. 147–149.
4. Гойда Н.Г. Стан репродуктивного здоров'я населення України на межі тисячоліть / Н.Г. Гойда // Журн. практ. лікаря. – 2011. – № 5. – С. 2–6.
5. Грищенко В.И. Лечение и реабилитация больных с трубно-перитонеальным бесплодием / В.И. Грищенко, Н.И. Козуб, А.И. Довгаль // Междунар. мед. журнал. – 2010. – № 2. – С. 34–37.
6. Данкович Н.А. Проблема бесплодия и пути ее решения / Н.А. Данкович // Семейна медицина. – 2012. – № 1. – С. 10–13.

УДК 618.17-02:618.177-089.888.11

## Особенности психологического статуса женщин с врожденными аномалиями развития матки и вспомогательными репродуктивными технологиями

**С.В. Шиянова**

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что развитию пограничных психических расстройств способствует сочетание нескольких факторов, таких как неадаптивное поведение, которое способствовало усилению внутреннего напряжения, дисфункции вегетативной нервной системы, что проявлялось в вегетативных нарушениях. Длительное внутреннее напряжение приводило к развитию высокого уровня тревоги, выбросу кортикостероидов и в дальнейшем иммунодефицитному состоянию, что способствовало обострению хронических соматических заболеваний. Копинг стратегия «бегство в болезнь» приводило к развитию психосоматических заболеваний, главной целью которых было избежание лечения. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** вспомогательные репродуктивные технологии, психологическая характеристика, врожденные аномалии развития матки.

Современный уровень развития вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) является залогом эффективного комплексного применения в лечении бесплодного брака, в том числе и у женщин с врожденными аномалиями развития матки (ВАРМ) [2–4].

Бесплодный брак приводит к тяжелой моральной травме и самих супругов, и их родственников, не только вызывает серьезную личностную, семейную и социальную дезадаптацию, но и способствует развитию пограничных психических расстройств [2–4].

Сложность диагностики пограничных психических расстройств в практике лечения бесплодия методами ВРТ заключается в клиническом полиморфизме симптоматики, затяжном течении, что диктует необходимость их более детального исследования. Роль факторов риска развития донозологических и нозологических форм пограничных психических расстройств в условиях патоморфоза у женщин, страдающих бесплодием, нуждается в уточнении.

Особое значение в психическом статусе придается аффективной сфере. Бесплодие женщин относится к тем состояниям, которое существенно влияет на пси-

хоэмоциональный статус, вызывая состояние хронического стресса [2–4]. Дополнительными травмирующими факторами являются семейные, бытовые, служебные трудности вследствие затрат большого количества времени на посещение лечебных учреждений, финансовые расходы. Ухудшается качество жизни бесплодных женщин, формируется состояние одержимости, доминирования мыслей о не состоятельности в репродуктивной сфере. Состояние тревоги и депрессии определяется на всех этапах лечения бесплодия, идеи самообвинения способствуют усилению депрессивной симптоматики [2–4].

Следовательно, изучению гинекологических аспектов бесплодия посвящено большое количество исследований, но проблема развития полиморфизма клинических проявлений пограничных психических расстройств во время лечения методами ВРТ при ВАРМ, влияния конкретного метода лечения на психическое состояние женщин остается мало освещенной, а имеющиеся зарубежные исследования носят психодинамический характер.

**Цель исследования:** изучение психологических особенностей женщин с ВАРМ и ВРТ.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с поставленными задачами нами было обследовано 78 женщин с ВАРМ, страдающие бесплодием обратившиеся в отделение вспомогательных технологий в лечении бесплодия. Все пациентки были обследованы и на основании клинико-психопатологического обследования по критериям международной классификации болезней 10 пересмотра было выявлено, что 40 женщин с ВАРМ страдали пограничными психическими расстройствами. Контрольную группу составили 52 фертильные психически здоровые женщины.

В группу исследования вошли 40 женщин с ВАРМ и пограничными психическими расстройствами, обратившиеся для проведения ВРТ с вторичным бесплодием. Всем пациенткам было проведено полное клинико-лабораторное обследование по схеме, принятой в отделении вспомогательных технологий в лечении бесплодия.

Для оценки психологического статуса пациенток изучали следующие показатели: тест Лазаруса и Фольшана; индекс жизненного стиля; опросник Леонгарда и шкала депрессии Бека [1].

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Бесплодие само по себе несет элемент измененного психического состояния женщины, которого обычная фертильная женщина не имеет. Бесплодие заставляет менять жизненные установки, семейную жизнь, жизненные ценности. Для женщины постановка диагноза бесплодия – само по себе является психогенией. Возможность использования современных методов лечения бесплодия в настоящее время позволяет женщине получить генетически собственного ребенка в процессе лечения бесплодия.

В настоящее время, на наш взгляд, существует три платформы, с позиции которых можно говорить о бесплодии в процессе лечения в программе ВРТ.

Социальная платформа основана на убеждении, что роль женщины в обществе, в семье состоит в рождении ребенка. Нереализованная возможность стать матерью приводит к различным изменениям в психической сфере женщины, поэтому ей не-

обходима поддержка, помощь. В нашей стране существует программа государственного финансирования лечения женщин группы высокого риска.

Медицинская платформа основана на убеждении, что ответственность за лечение бесплодия несут врачи. Здесь не учитывается своеобразие личностных особенностей женщины, которые поздно обращаются за медицинской помощью к гинекологам, когда требуются уже радикальные методы лечения. Длительное бесплодие приводит к развитию пограничных психических расстройств. Женщины обращаются к экстрасенсам, знахарям, магам, но не к психиатрам, психотерапевтам, в лучшем случае к терапевтам с соматическими жалобами, которые появляются после длительного периода лечения бесплодия. Необходимо с детства формировать правильное мышление о сохранении репродуктивного здоровья.

В основе психической платформы лежат премоурбидные особенности личности, которые накладывают отпечаток на психическое состояние женщины в процессе лечения бесплодия методами вспомогательных репродуктивных технологий.

Изменения в психоэмоциональном статусе отрицательно влияют на эффективность лечения, запуская механизм развития неадаптивной реакции на стресс. В процессе лечения происходит смена копинг стратегий и женщина приспосабливается к длительному лечению и последующая отрицательная попытка лечения, которая не привела к беременности, воспринимается адекватно. Женщина становится более выдержанной и продолжает целенаправленное лечение бесплодия.

Проведение программ ВРТ сопряжено с физическими и психическими изменениями. Было отмечено, что пациенток волнуют изменения в организме в результате применения гормональных препаратов, появляется страх перед беременностью, перед родами. Эти состояния требуют психотерапевтической коррекции на этапе подготовки к программам.

Изменения происходят и в сфере мышления инфертильной женщины: формируя сверхценные идеи достижения беременности. Используя современные методы лечения, пациентки ВРТ неоднократно обращаются за лечением после очередной неудачной попытки. Непреодолимое желание забеременеть приводит к изменениям не только сферы мышления, но и эмоциональной сферы. Происходит усиление тревоги после первой неудачной попытки, присоединяется депрессивная симптоматика после второй попытки, максимально ухудшается настроение после отрицательной третьей попытки, происходит формирование «невроза ожидания».

Однако постепенно после третьей попытки у женщины изменяется отношение к себе, к своему бесплодию. Женщина учится правильно воспринимать свое бесплодие. Снижается интенсивность тревожно-депрессивной симптоматики. Появляются новые цели в жизни.

На протяжении 20 лет использования методов ВРТ не сформировалось программы взаимодействия психической, медицинской и социальных платформ. Психотерапевтическую помощь необходимо интегрировать в работу отделений вспомогательных репродуктивных технологий с целью проведения психоэмоциональной поддержки, а так же социальной со стороны государства в течение всего периода лечения женщины.

В процессе обследования 40 женщин исследуемой группы перед программой ВРТ было выяснено, что проблема бесплодия была для них раньше неактуальной.

В процессе совместной жизни с половым партнером беременность не наступала в течение года, но 37,5%, решили, что причиной бесплодия является партнер, 27,5% – причина бесплодия заложена в ней самой, 17,5% – причина в обоих, 15,0% – не знали о своем бесплодии. После обращения к врачу, когда устанавливали диагноз «бесплодие» появлялась тревога, которая постепенно нарастала, и наступало состояние фрустрации.

Наиболее часто женщины исследуемой группы испытывали недоумение, озлобленность, гнев, одиночество, обиду, депрессию, неадекватное поведение при оценке своих ощущений, когда впервые сталкивались с вопросом об отсутствии наступления беременности. Наиболее часто задаваемый вопрос: «Почему я?», «Почему со мной так произошло?». Больше половины женщин считали, что беременность все-таки наступит самостоятельно, и не обращались за лечением много лет. В связи с этим обращались к врачу в возрасте старше 35 лет 37,5% женщин исследуемой группы. Адекватная позиция по отношению к лечению современными методами отмечалась в группе пациенток 25–30 лет у 12,5% пациенток.

Женщины отмечали, что большое значение на их решение по поводу лечения от бесплодия влияли отношения в семье, с партнером. В то же время важным было отношение врача к их проблеме, предлагаемый метод лечения.

Прослеживается тенденция, что в исследуемой группе более половины пациенток свободно обсуждают проблемы бесплодия с партнером, практически все ощущают поддержку партнера, половина отмечают взаимоотношения теплыми, удовлетворенность в сексуальных контактах у более половины всех женщин. Корреляционный анализ показал положительное влияние позитивного отношения в семье и наступления беременности.

Из полученных данных следует, что в исследуемой группе наиболее часто женщина обсуждает проблему бесплодия с матерью (82,5%) и подругами (75,0%). Подавляющее большинство женщин, за исключением 15,0% предпочитают не обсуждать на работе проблемы лечения бесплодия.

По-видимому, проблема решения бесплодия с помощью метода ВРТ многие пациентки считают «неправильным», т.к. по их мнению – это снижает их самооценку и оценку в глазах окружающих.

Взаимная поддержка со стороны матери встречалась у более половины пациенток исследуемой группы (72,5%), в равной степени со стороны братьев/сестер (75,0%), больше половины пациенток получало поддержку от отца (55,0%), что имеет большое значение во время всего периода лечения.

Решение проблемы лечения бесплодия возникало не сразу, это был длительный процесс, когда женщина, наконец, принимала решение, когда осознавала эту необходимость. Это происходило, когда фаза фрустрации сменялась фазой осознания и принятия проблемы. Мотивация на решение проблемы требовала мобилизации со стороны психической сферы. Возникла необходимость получения знаний о возможных вариантах лечения. Возможности использования современных методов лечения способствовало укреплению женщины в своем решении, повышению самооценки, появлению уверенности в правильности выбранного пути.

Для более половины пациенток лечение программа ВРТ является единственным методом решения вопроса бесплодия. Однако не все женщины используют эту

возможность с целью забеременеть. Почти треть решают для себя пройти программу, чтобы потом сказать себе, что она выполнила свой долг, но безуспешно. Тем не менее, большая часть женщин стремится забеременеть с использованием программ вспомогательных репродуктивных технологий.

Проведение лечения начиналось с подготовительного периода перед ВРТ, когда женщины проходила много параклинических методов исследования. Момент получения разрешения на лечение для женщины был инициализирующим, т.к. итог должен быть одним: наступление беременности. Уровень тревоги начинал возрастать еще во время предВРТ периода и на момент начала лечения определялся как легкий. В зависимости от типа личности, копинг стратегии, женщины по-разному воспринимали проведение первой попытки лечения методами ВРТ. Многочисленные уколы, ультразвуковой контроль еще больше вносили уверенности в 100% исходе, «столько усилий требуется, конечно я буду беременной». Проведение трансвагинальной пункции и забор яйцеклеток воспринимался как один из этапов лечения. Максимально уровень тревоги возрастал к моменту сдачи крови на беременность.

В результате проведенного лечения в первой попытке ВРТ беременность наступила только у 47,5% пациенток исследуемой группы. Уровень тревоги и депрессии за 2–3 дня до начала лечения (Т1) и после проведенного лечения после теста на беременность (Т2) отличался у женщин исследуемой группы.

Исходя из полученных данных уровень личностной тревоги до и после лечения в программе ВРТ практически не изменялся и оставался в пределах 39,4 баллов. Показатели ситуативной тревоги не достоверно повысились 35,5 против 38,7 до и после лечения соответственно. Уровень депрессии по Беку недостоверно повысился с 4,8 до 6,8 баллов. День сдачи крови на беременность является наиболее стрессогенным, и был зарегистрирован максимальный уровень тревоги. Кроме того, мы считаем, что длительное лечение бесплодия способствует развитию депрессивных расстройств, в то время как тревожное расстройство появляется после безуспешно проведенной программы после первой попытки лечения. Ожидание положительного результат теста на беременность после первой попытки лечения приводило к нарастанию тревожной симптоматики и прекращению дальнейшего лечения.

Из полученных данных можно отметить, что после первой попытки прекратили лечение почти треть женщин, не достигнув положительного результата. Наибольший процент прекращения лечения отмечался в группе после четвертой неудачной попытки почти у половины женщин в исследуемой группе. Причиной прекращения женщины указали: финансовые проблемы в 47,5%, процедура ВРТ воспринималась как стрессовая ситуация 80,0%, ухудшение самочувствия: обострение соматических заболеваний, психосоматические жалобы отмечались у 47,5%, семейные проблемы – 65,0%. В группе беременных после положительного результата уровень тревоги депрессии отличался от группы женщин, у которых беременность не наступила.

По нашим данным уровень ситуативной и личностной тревоги достоверно снижался у женщин, которые стали беременными после лечения по сравнению с теми, у кого отрицательный результат на беременность: уровень личностной тревоги 32,6 баллов против 34,5 баллов и достоверно снижался уровень ситуативной тревоги 28,8 баллов против 34,9 баллов соответственно. В группе беременных уровень

личностной тревоги после лечения снизился по сравнению с показателями до лечения 32,1 баллов против 33,6 баллов соответственно. В группе женщин после отрицательной попытки лечения уровень ситуативной тревоги повысился 34,9 баллов против 32,2 баллов. Очевидно, что положительный результат лечения способствует снижению глубины проявления пограничных психических расстройств практически у всех женщин исследуемой группы.

В процессе исследования женщины заполняли опросник, который был составлен нами с целью выявления наиболее часто высказываемых жалоб.

По полученным данным факторный анализ выявил ряд моментов, которые оказывали влияние на психическое состояние женщин с бесплодием в программе лечения методами вспомогательных репродуктивных технологий. Женщины отмечали, что при мыслях и разговорах о бесплодии, его длительности возникало внутреннее напряжение, иногда подходил «комочек к горлу», учащалось сердцебиение. Навязчивые воспоминания по поводу неудачного лечения и отсутствия детей мешали концентрироваться на работе, дома, нарушался привычный график жизни. Перед новой попыткой лечения у женщин возникали различные проявления психосоматических заболеваний. Убеждение в необходимости проведения лечения пошло в противоречие с внутренним убеждением о правильности выбора метода. Обострялись хронические заболевания, возникали признаки простудных заболеваний или появлялась новая симптоматика соматического заболевания. «Бегство в болезнь» оправдывало «отсроченность» начала лечения. Проявление психосоматических расстройств во время процедуры ВРТ требовало психотерапевтической помощи с целью изменения убеждения и копинг-стратегии для успешного проведения лечения.

## ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что развитию пограничных психических расстройств способствует сочетание нескольких факторов, таких как неадаптивное поведение, которое способствовало усилению внутреннего напряжения, дисфункции вегетативной нервной системы, что проявлялось в вегетативных нарушениях. Длительное внутренне напряжение приводило к развитию высокого уровня тревоги, выбросу кортикостероидов и в дальнейшем иммунодефицитному состоянию, что способствовало обострению хронических соматических заболеваний. Копинг стратегия «бегство в болезнь» приводило к развитию психосоматических заболеваний, главной целью которых было избежание лечения. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

### **Особливості психологічного статусу жінок з природженими аномаліями розвитку матки і допоміжними репродуктивними технологіями** **С.В. Шиянова**

Результати проведених досліджень свідчать, що розвитку пограничних психічних розладів сприяє поєднання декількох чинників, таких як неадаптивна поведінка, яка спри-

яла посиленню внутрішньої напруги, дисфункції вегетативної нервової системи, що виявлялося у вегетативних порушеннях. Тривала внутрішня напруга призводила до розвитку високого рівня тривоги, викиду кортикостероїдів і надалі імунодефіцитному стану, що сприяло загостренню хронічних соматичних захворювань. Копінг стратегія «втеча в хворобу» призводила до розвитку психосоматичних захворювань, головною метою яких було уникнення лікування. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** допоміжні репродуктивні технології, психологічна характеристика, народжені аномалії розвитку матки.

**Features of the psychological status of women with congenital anomalies of development of uterus and auxiliary reproductive technologies**  
**S.V. Shijanova**

Results of the spent researches testify that development of boundary mental frustration is promoted by a combination of several factors, such as not adaptive behaviour which promoted strengthening of internal pressure, to dysfunction of vegetative nervous system that was shown in vegetative infringements. Long internally pressure led to development of high level of alarm, emission corticosteroides and further immunodeficient condition that promoted an aggravation of chronic somatic diseases. Coping strategy «flight in illness» led to development of the psychosomatic diseases treatment avoidance was which overall objective. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** auxiliary reproductive technologies, the psychological characteristic, congenital anomalies of development of uterus.

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. – М.: Медицина, 2010. – 496 с.
2. Боярский К.Ю. Влияние возраста на частоту наступления беременности в программе ЭКО / К.Ю. Боярский // Пробл. репрод. – 2009. – № 1. – С. 33–37.
3. Вихляева Е.М., Пшеничникова Т.Я. Роль специальной программы ВОЗ по репродукции человека в решении актуальных проблем: бесплодного брака // Акуш. и гинек. – 2009. – № 6. – С. 3–4.
4. Дейнека Н.В., Мельченко Н.И. Психосоматические соотношения при бесплодии у женщин // Психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии и педиатрии. – Иваново, 2011. – С. 147–150.

Матеріали науково-практичного семінару  
із міжнародною участю  
**«Здоров'я матері, плода  
та новонародженого в Україні»**

20 березня 2014 року, м. Львів

**Основные причины генитального эндометриоза  
на современном этапе**  
**Абугали Алаа**

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

Эндометриоз является одним из распространенных заболеваний женщин репродуктивного возраста. Частота этого заболевания, по различным данным, варьирует в достаточно широких пределах – от 7% до 50%. 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.

Целью настоящего научного исследования является изучение современных клинико-анамнестических факторов риска развития генитального эндометриоза. Для решения поставленной цели было обследовано 100 больных с генитальным эндометриозом различной локализации и степени выраженности, которые составили основную группу. В большинстве случаев был диагностирован эндометриоз яичников (39%) и аденомиоз (37%); в 17% – распространенный эндометриоз и в 12% – эндометриоз другой локализации (шейки матки и ретроцервикальный).

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у пациенток с эндометриозом различной локализации выделены основные клинико-анамнестические факторы риска, которые разделяются на пять больших групп. Использование полученных результатов в практическом здравоохранении позволяет повысить эффективность ранней диагностики и прогнозирования такой серьезной патологии, как генитальный эндометриоз.



**Роль иммунологического мониторинга в повышение эффективности вспомогательных репродуктивных технологий при сочетанных формах бесплодия**

**М.М. Адамов**

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, м. Киев  
Клиника репродуктологии Крымского государственного медицинского университета имени С.И. Георгиевского

На сегодняшний день одним из направлений лечения бесплодия является применение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), частота наступления беременности и родов после которого составляют соответственно 29,1% и 21,5% (данные Европейского общества репродукции человека, 2011 г.). Повышение эффективности ВРТ связано с исследованиями, направленными на изучение регуляторных механизмов репродуктивных процессов, прогнозирование их нарушений и определение подходов к коррекции. В этом плане одно из центральных мест занимает проблема иммунологической регуляции репродуктивной функции женщины. Известно, что иммунокомпетентные клетки (макрофаги, лимфоциты) и продуцируемые ими цитокины (интерлейкины, ростовые факторы, хемокины) принимают участие в механизмах фолликулогенеза, овуляции, формирования и функционирования желтого тела, циклических морфофункциональных изменений эндометрия, оплодотворения и имплантации. Целью исследования является изучение роль цитокинов в эффективности гонадотропной стимуляции яичников в цикле ВРТ и его исходах у женщин репродуктивного возраста с сочетанными формами бесплодия. Для решения поставленной цели нами было обследовано 70 женщин репродуктивного возраста, которые составили следующие группы: основную (n=30), сравнения (n=30) и контрольную (n=10). Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что к информативным клиничко-anamnestическим и гормональным факторам, определяющим исход цикла ВРТ у больных репродуктивного возраста с сочетанными формами бесплодия, относят: возраст больной; индекс массы тела; наличие tubo-перитонеального фактора бесплодия; уровень свободного тестостерона в крови; содержание прогестерона в крови на 20–22 день менструального цикла, а также определение в фолликулярной жидкости яичников цитокинов.

**Основные осложнения и побочные действия гормональных рилизинг-систем**

**Н.В. Адамчук**

Винницкий национальный медицинский университет имени Н.И. Пирогова.

Разработка и внедрение методов сохранения репродуктивного здоровья женщины, в том числе методов контрацепции, признаны приоритетным направлением современной медицины, и это направление постоянно развивается во всем мире. Обще-

признанно, что среди многочисленных методов контрацепции наиболее эффективным и приемлемым методом предупреждения нежелательной беременности является гормональная контрацепция (ГК). В настоящее время прогресс в области гормональной контрацепции привел к созданию не только ряда пероральных средств, но и принципиально новых – гормональных рилизинг-систем (ГРС) пролонгированного действия с различными способами введения (чрескожный, влагалищный, внутриматочный), что существенно расширило возможности контрацепции. Целью настоящего научного исследования явилось изучение побочных действий основных ГРС. Для решения поставленной цели нами были отобраны 150 фертильных женщин репродуктивного возраста от 18 до 40 лет (средний возраст  $31,2 \pm 0,6$  года), не имеющих противопоказаний к применению контрацептивных рилизинг-систем в соответствии с критериям ВОЗ (2008). Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что частота и характер побочных реакций в целом различались по группам и были специфичными для каждой рилизинг-системы. Так, при применении влагалищного кольца наблюдалось усиление влагалищной секреции (14,0%), кожного пластыря – масталгии и кожных реакций в месте аппликации пластыря (14,0%), ВМС «Мирена» – нарушения менструального цикла в виде межменструальных кровянистых выделений (28,0%). Большинство побочных реакций встречалось в период адаптации (в первые 3–4 мес) применения ГРС, при увеличении продолжительности применения их число значительно снижалось. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости проведения дальнейших исследований в этом направлении для оценки непротивопоказательных и лечебных эффектов ГРС.

**Влияние патологии шейки матки на клиническое течение беременности**

**Ф.Б. Алиева**

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

Несмотря на современные достижения в диагностике и лечении доброкачественных заболеваний шейки матки, патология шейки матки остается важнейшей проблемой в акушерстве и гинекологии. Особенную актуальность представляет проблема заболеваний шейки матки у беременных. Это обусловлено повышением заболеваемости раком шейки матки у женщин репродуктивного возраста, особенно в группе до 29 лет. Высокая частота развития неопластических процессов шейки матки объясняется растущей распространенностью папилломавирусной инфекции (ПВИ), клинической активацией герпетической и цитомегаловирусной инфекцией во время беременности.

Целью научного исследования было изучение частоты и структуры заболеваний шейки матки во время беременности. Для решения поставленной цели 100 беременных было проведено скрининговое обследование для определения частоты и структуры заболеваний шейки матки – основная группа. В комплекс проведенных исследований были включены клинические, функциональные и лабораторные методы ис-

следования. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что патология шейки матки во время беременности является достаточно важным научным заданием, которое требует самостоятельного решения в плане диагностики и лечения. Это позволит улучшить результаты родоразрешения женщин группы высокого риска.

### **Влияние различных методов прерывания беременности в I триместре на репродуктивный анамнез**

**С.М. Бакшеев**

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

Одним из главных факторов, негативно влияющих на репродуктивный потенциал женщины, является искусственное прерывание беременности. Проблема абортов, несмотря на установившуюся тенденцию к снижению их числа, по-прежнему требует решения в силу того, что является ведущей причиной материнской смертности, воспалительных заболеваний половых органов, бесплодия, невынашивания беременности и перинатальной патологии. Целью работы явилось изучение степени нарушения репродуктивного потенциала женщин, перенесших различные виды аборта в I триместре беременности. Для оценки влияния прерывания беременности в I триместре на состояние репродуктивного здоровья женщины был проведен ретроспективный анализ архивного материала. При этом проанализирована 1551 история болезни и амбулаторная карта, из них 523 женщины, которые имели в анамнезе искусственный аборт (АА), 723 – вакуум аспирацию (ВА) и 305 – медикаментозный аборт (МА) с применением различных препаратов. 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 планирования беременности. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

### **Роль специфической инфекции в развитии нарушений микробиоценоза половых путей у женщин репродуктивного возраста**

**Г.А. Барановская**

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

В последние годы трихомониаз уверенно занимает ведущее место в структуре инфекций, передающихся половым путем (ИППП), и поражает в основном социально активную группу населения [1–3]. Важность проблемы определяется не

только опасностью для здоровья и эпидемиологической значимостью, но и тяжелыми осложнениями, выражающимися мужским и женским бесплодием, патологией беременности и родов, рождением неполноценного потомства, возникновением психической и сексуальной дисгармонии в семье. Целью настоящего исследования явилось определение лабораторных и клинических особенностей развития трихомонадного дисбактериоза влагалища. Для решения поставленной цели под нашим наблюдением находились 94 небеременных женщины в возрасте от 17 до 39 лет (средний возраст  $27,04 \pm 0,76$  года), проходивших курс обследования и лечения по поводу острого урогенитального трихомониаза. Контрольную группу (первая группа) составили 95 здоровых небеременных женщин репродуктивного возраста. Во вторую группу (52 женщины) были включены пациентки, больные острым трихомониазом. Всем пациенткам было проведено бактериологическое обследование женской половой сферы с целью выявления возбудителей сексуально-трансмиссионных заболеваний и оценки биоценоза влагалища. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что острая трихомонадная инвазия является фактором разбалансировки всех звеньев микроэко системы влагалища, что приводит к формированию условий для развития трихомонадного дисбактериоза влагалища. При трихомонадном дисбактериозе влагалища достоверные изменения происходят в функциональной активности эпителия, биохимическом составе влагалищной жидкости, микробиологическом сообществе влагалища. Достоверно значимые изменения в составе влагалищной жидкости определены в содержании мочевины, общего белка, железа и меди, активности ферментов, уровне pH влагалищной жидкости и выраженности аминного теста. Острая трихомонадная инвазия приводит к нарушениям факторов неспецифической резистентности микроэко системы влагалища. Сохранение концентрации sIgA на уровне значений нормы является прогностически благоприятным признаком в плане нормоценоза влагалищной микроэко системы. Полученные результаты необходимо использовать для эффективной диагностики и лечения трихомонадного дисбактериоза влагалища.

### **Взаимосвязь патологии эндометрия и нарушений репродуктивной функции у женщин с тиреоидной дисфункцией**

**Д.Ю. Берая**

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

На сегодняшний день аутоиммунные заболевания щитовидной железы (АЗЩЖ), протекающие с тиреотоксикозом, и тиреоидит Хашимото, являющийся основной причиной развития гипотиреоза встречается примерно у 5% населения земного шара и могут приводить к развитию патологии в репродуктивной системе женщин чаще всего в виде нарушений менструальной функции, бесплодия, гормонозависимых опухолей, а в случае субклинического течения могут рассматриваться как факторы риска невынашивания беременности или аномалий развития плода. Совершенствование программ вспомогательных репродуктивных технологий

(ВРТ) позволило увеличить частоту наступления беременности от 30% до 80% при бесплодии различного генеза. Вместе с тем, одним из наиболее нерешенных вопросов данного научного направления является изучение особенностей бесплодия и состояния иммунной системы, в том числе патоморфологического и иммуногистохимического состояния эндометрия у женщин с аутоиммунной патологией щитовидной железы, что и является целью настоящего научного исследования. Для решения поставленной цели нами проведена сравнительная оценка состояния иммунной системы, патоморфологического и иммуногистохимического состояния эндометрия у 205 женщин репродуктивного возраста страдающих трубно-перитонеальным бесплодием и обратившихся для проведения ВРТ, в том числе 117 пациенток с носительством антител к щитовидной железе (АТ-ЩЖ) (АТ-тиреопероксидазе (ТПО) и/или АТ-тиреоглобулину (ТГ)) без нарушения функции ЩЖ и 88 пациенток без патологии ЩЖ. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что выявленная нами повышенная частота встречаемости как органоспецифических (антиовариальных), так и неорганоспецифических антител у женщин с аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы по сравнению с группой женщин без патологии щитовидной железы подтверждает теорию генерализованной аутоиммунной дисфункции у этих женщин, маркером которой являются анти-тиреоидные антитела. Кроме того, в эндометрии женщин с аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы в фазу пролиферации отмечаются воспалительно-подобные изменения с образованием рассеянной лимфоцитарной инфильтрации стромы и увеличением числа клеток, экспрессирующих маркеры плазматических клеток CD138, натуральных киллеров CD56 и макрофагов CD68; усиление процессов апоптоза клеток (Araf-1) в эпителии и строме эндометрия. В период «окна имплантации» в эндометрии у женщин с аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы выявлено 3-х кратное снижение экспрессии ключевого маркера рецептивности эндометрия – LIF, что может являться причиной неудач имплантации при проведении программы вспомогательных репродуктивных технологий. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

#### **Юные первородящие – фактор риска перинатальной патологии**

**М.А. Болотна**

**Медицинский институт Сумского государственного университета  
МОН Украины**

В последние годы во всем мире наметилась тенденция к нарастающей частоте незапланированных беременностей и родов в юном возрасте. Ежегодно во многих индустриальных и развивающихся странах от 5% до 10% девушек становятся беременными, а в некоторых регионах, в том числе и в Украине, этот показатель достигает 20% (данные ВОЗ). В результате за год в мире рожают 15 млн девушек-подростков, а еще 5 млн вынуждены прибегать к прерыванию беременности. Риск ранней беременности у женщин до 18 лет особенно высок прежде всего потому, что

связан с возможностью развития гестозов, анемии, невынашивания беременности, плацентарной дисфункции, внутриутробной задержки развития плода, сопровождающихся глубокими функциональными нарушениями со стороны организма юной женщины. Целью настоящего научного исследования является изучение перинатальной патологии у первородящих до 18 лет. Для решения поставленной цели был проведен клинический анализ родоразрешения юных первородящих в Сумском областном центре перинатологии и репродуктологии за последние 5 лет (2009–2013 гг.). Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что беременность и роды у юных первобеременных до 18 лет представляет серьезную угрозу для организма матери и плода. Поэтому является необходимым изучение факторов риска и течение беременности, родов, послеродового периода, перинатальной патологии, а также отдаленных последствий беременности в юном возрасте. Для решения важной медико-социальной проблемы беременности у юных женщин требуется разработка и внедрение комплекса восстановительного лечения на основе медикаментозной и немедикаментозной терапии.

#### **Нарушения менструальной функции у многорожавших женщин с точки зрения изменений биоценоза влагалища**

**Е.А. Бунятова**

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

Нормальная микрофлора репродуктивного тракта женщин является показателем здоровья этой экологической ниши и играет большую роль в поддержании нормального микробиологического статуса, являясь бактериальной составляющей колонизационной резистентности. При изменении физиологического состояния женщины (пубертатный период, менструальный цикл, беременность, климактерический период), характеризующимся сдвигом баланса половых гормонов, происходит качественное и количественное изменение микрофлоры половых путей. Это приводит к риску возникновения воспалительных заболеваний с последующим развитием женского бесплодия, особенно у многорожавших женщин. Целью настоящего исследования явилось определение биологической роли факторов персистенции при дисбиотических состояниях женского репродуктивного тракта у многорожавших женщин с нарушениями менструальной функции и воспалительными заболеваниями гениталий. При проведении исследований было изучено 648 штаммов микроорганизмов, выделенных от 32 здоровых многорожавших женщин и 28 – многорожавших женщин с нарушениями менструальной функции и воспалительными заболеваниями гениталий. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что нарушения менструальной функции и воспалительные заболевания внутренних половых органов протекают на фоне дисбиотических состояний, характеризующихся дефицитом лактофлоры и наличием условно-патогенных микроорганизмов с персистентным потенциалом и высокой колонизирующей способностью. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

## Інтраамніальне інфікування – як причина затримки розвитку плода при передчасних пологах

**О.І. Бутенко**

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Недоношування вагітності продовжує залишатися одним з основних типів акушерської патології, займаючи значне місце серед причин несприятливих перинатальних результатів. Частота передчасних пологів не має тенденції до зниження і впродовж останніх двох десятиліть стабільно складає 5–25%. Недоношені діти несуть основний «вклад» в показники перинатальної захворюваності і смертності. На їх частку доводиться 60–70% ранньої неонатальної смертності і 65–75% – дитячої, а мертвородження має місце в 8–10 разів частіше в порівнянні з терміновими пологами. Перинатальні втрати серед недоношених новонароджених в 30 разів вище, ніж у доношених, а крім того, серед них наголошується високий рівень захворюваності та інвалідизації з дитинства. У 20–30% етіологічним чинником передчасних пологів є інфікування матері умовно-патогенними мікроорганізмами, що передаються статевим шляхом. Метою справжнього дослідження є зниження частоти передчасних пологів у жінок з інтраамніальним інфікуванням на основі вивчення особливостей мікробіологічного статусу, системного імунітету і функціонального стану фетоплацентарного комплексу, а також розроблення і впровадження комплексу лікувально-профілактичних заходів. У відповідності з поставленою метою і завданнями були обстежені 150 пацієнток, серед яких 100 – з внутрішньоутробним інфікуванням, яких було розподілено на наступні групи: I група – 50 жінок з інтраамніальним інфікуванням, що отримували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи; II група – 50 жінок з інтраамніальним інфікуванням, що отримували запропоновану нами методику. Контрольну групу склали 50 первородящих без акушерської і соматичної патології, розроджених своєчасно через природні пологові шляхи. Результати проведених досліджень свідчать, що розродження жінок з внутрішньоутробним інфікуванням супроводжується високою частотою передчасних пологів унаслідок значного рівня порушень в системі «мати–плацента–плід», причому поєданого генезу. У зв'язку з недостатньою ефективністю загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів нами запропонована нова методика корекції фетоплацентарної недостатності і мікробіоценозу статевих шляхів у жінок цієї групи. Отримані клінічні, функціональні, лабораторні, мікробіологічні і вірусологічні результати підтверджують високу ефективність даної методики, що дає нам право рекомендувати її для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

## Сучасні можливості зниження акушерської і перинатальної патології у жінок з різними формами безпліддя з використанням партнерських пологів.

**С.Ю. Вдовиченко**

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

В умовах сьогодення проблеми материнства і дитинства є першочерговими у вирішеннях основних Державних програм, присвячених охороні здоров'я України. Останніми роками Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я (ВООЗ) розроблено «Стратегію ризику», направлену на виявлення причин різних ускладнень вагітності і пологів, а також на пошук шляхів підвищення ефективності охорони материнства і дитинства. Особливості перебігу гестаційного процесу і його результатів значною мірою визначається станом материнського організму, який залежить від переліку чинників, серед яких велике значення має стан репродуктивної функції.

Причини високого рівня акушерської і перинатальної патології жінок безпліддям різного генезу в умовах сьогодення все ще вивчені недостатньо і трактуються різними дослідниками неоднозначно. Відсутній диференційований підхід до профілактики акушерських і перинатальних ускладнень залежно від причин безпліддя. Метою дослідження було зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень жінок безпліддям різного генезу в анамнезі на підставі вивчення особливостей перебігу вагітності і пологів, функціонального стану фетоплацентарного комплексу, системного імунітету і мікробіоценозу статевих шляхів, а також розроблення і впровадження алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів з використанням партнерських пологів.

Для вирішення поставленої мети й завдань нами було обстежено 270 жінок із безпліддям різного генезу в анамнезі, яких було розподілено на такі групи й підгрупи: 1-а група – 120 жінок з безпліддям різного генезу в анамнезі, які отримували під час даної вагітності загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи. 2-а група – 120 жінок з безпліддям різного генезу в анамнезі, які отримували під час даної вагітності запропоновані лікувально-профілактичні заходи з використанням партнерських пологів. Контрольну групу склали 30 жінок, які народили вперше. Використання запропонованого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів з використанням партнерських пологів дозволяє істотно знизити частоту основних акушерських і перинатальних ускладнень: мимовільного переривання вагітності – у 6,3 разу; передчасних пологів – у 2,7 разу; кесаревих розтинів – у 2,4 разу; плацентарної дисфункції – у 1,3 разу; аномалій пологової діяльності – у 1,4 разу; дистресу плода – у 1,3 разу; частоту асфіксії новонароджених середньому і важкому ступеню – у 2,2 разу і сумарних репродуктивних втрат – у 1,6 разу. Запропонований алгоритм дозволяє істотно знизити частоту не лише репродуктивних втрат, але і основних акушерських і перинатальних ускладнень, що є вирішенням важливої проблеми сучасного акушерства.

## Основні ризики ендоскопічного лікування генітального ендометріозу

**О.В. Волошин**

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

Ендометріоз є поширеною гінекологічною патологією і виявляється в 5–15% клінічно здорових жінок репродуктивного віку. Серед пацієток з безпліддям або хронічним рецидивуючим больовим синдромом в області малого тазу частота ендометріозу перевищує 60%. У даний час ендометріоз розглядають не лише як специфічне місце гінекологічне захворювання, але і як системний патологічний процес («ендометріодна хвороба»). Причини виникнення, діагностика і лікування цього захворювання залишаються предметом суперечок від моменту опису до теперішнього часу. Саме недостатнє розуміння основних механізмів розвитку ендометріозу не дозволяє ефективно його лікувати. Серед основних спірних і невирішених питань даної проблеми особливе значення надають найближчим і віддаленим наслідкам хірургічного лікування ендометріозу.

**Мета дослідження:** вивчення найближчих і віддалених наслідків хірургічного лікування хворих із ендометріодною хворобою. Клінічні дослідження були виконані у 90 жінок з поширеними формами ендометріозу, які були розділені на три групи: до 1-ї групи входили 30 жінок із ендометріозом яєчників, матки, очеревини малого тазу і маткових труб. 2-у групу склали 30 жінок з аденоміозом і ретроцервікальним ендометріозом. 3-я група включала 30 жінок з поєднаними формами ендометріозу. Вік обстежених жінок коливався від 19 до 47 років, середній вік склав  $34,3 \pm 2,5$  року. Усім хворим проводили обстеження, що включало клінічні, інструментальні, лабораторні і патоморфологічні методи дослідження. Результати проведених досліджень свідчать, що хворі з поширеними формами ендометріодної хвороби представляють складний контингент для хірургічного лікування. Оптимальна діагностична тактика дозволяє виявити характер і ступінь ураження ендометріозом і визначити вибір доступу і об'єму хірургічного втручання. Поєднані форми ендометріодної хвороби вимагають участі в операції хірурга і уролога. З урахуванням можливих інтра- і післяопераційних ускладнень ця категорія хворих підлягає ретельному моніторингу в ранній післяопераційний період і проведенню протирецидивного лікування.

## Тактика ведення жінок з різними формами гіперпластичних процесів ендометрія

**Д.М. Гаврюшов**

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

Гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ) є однією з актуальних проблем сучасної гінекології. Гіперплазія ендометрія може бути проявом гормональних порушень, запального процесу статевих органів, порушень в ендокринній і імунній сис-

темі. Висока частота малігнізації гіперпластичних процесів ендометрія (10–50%) відносить дану патологію не лише до медичної, але і до соціальної проблеми. Гіперпластичні процеси ендометрія є одним з основних чинників виникнення аномальних маткових кровотеч і складають від 10 до 25% всіх причин звернення жінок до гінеколога. Частота виникнення гіперпластичних процесів ендометрія істотно збільшується до періоду вікових гормональних перебудов в організмі жінки. Не дивлячись на значне число наукових публікацій з проблеми гіперпластичних процесів ендометрія не можна вважати всі питання повністю вирішеними, особливо це стосується тактики ведення пацієток з гіперпластичними процесами ендометрія в перименопаузальний період, коли ризик розвитку рецидивуючих і злоякісних форм найбільш високий.

**Мета дослідження:** підвищення ефективності консервативної терапії гіперпластичних процесів ендометрія на основі вивчення основних ехографічних, ендокринологічних, біохімічних і морфологічних змін, а також розроблення алгоритму різних методів використання гормональної і антигомотоксичної терапії. Організаційно-методичний підхід до вибору методу лікування пацієток в перименопаузальний період з ГПЕ полягав у створенні певної програми обстеження, що передбачає клініко-анамнестичні і інструментальні методи діагностики (ультразвукові, ендоскопічні); лабораторні (мікробіологічні, цитологічні, морфологічні, імуногістохімічні) дослідження; оперативне лікування (гістероскопія і роздільне вискоблювання слизистої матки). Відповідно до поставленої мети і завдань дослідження було обстежено 100 жінок в перименопаузальному віці. Усі пацієнтки знаходилися у віці від 45 до 55 років, середній вік склав  $49,7 \pm 4,3$  року. Отримані позитивні результати лікування гіперпластичних процесів ендометрія з урахуванням імуногістохімічних детермінант свідчать про ефективність запропонованої моделі лікувальної тактики у цих пацієток. Це відкриває широкі перспективи у лікуванні і профілактики різної патології ендометрія.

## Сучасні причини розвитку ендометріозу різної локалізації

**І.П. Гнип**

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

Ендометріоз є одним з поширених захворювань жінок репродуктивного віку. Частота цього захворювання, за різними даними, варіює в досить широких межах – від 7% до 50%. Збільшення частоти виявлення ендометріозу пов'язане, з одного боку, із збільшеними діагностичними можливостями, з іншого боку – з погіршенням екології, що призводить до пошкодження ендокринної, імунної та антиоксидантної систем. Не дивлячись на значне число досліджень, присвячених різним аспектам ендометріозу, залишаються невиясненими багато питань етіології і патогенезу захворювання, особливості клінічної картини залежно від локалізації процесу. Крім того відсутні дані про порівняльну інформативність окремих методів діагностики захворювання і виявлення рецидивів, ефективність різних методів лікування і моніторингу, а також про клініко-анамнестичні чинники ризику даної патології.

**Мета дослідження:** вивчення сучасних клініко-анамнестичних чинників ризику розвитку генітального ендометріозу. Для вирішення поставленої мети було обстежено 100 хворих із генітальним ендометріозом різної локалізації і ступеня вираженості, які склали основну групу. В більшості випадків був діагностований ендометріоз яєчників (39%) і аденоміоз (37%); у 17% – розповсюджений ендометріоз і в 12% – ендометріоз іншої локалізації (шийки матки і ретроцервікальний). До контрольної групи увійшли 30 жінок 20–40 років, в яких були виключені виражені гінекологічні і екстрагенітальні захворювання. Результати проведених досліджень свідчать, що у пацієнок з ендометріозом різної локалізації виділені основні клініко-анамнестичні чинники ризику, які розділяються на п'ять великих груп. Використання отриманих результатів в практичній охороні здоров'я дозволяє підвищити ефективність ранньої діагностики і прогнозування такої серйозної патології, як генітальний ендометріоз.

### **Лейоміома матки різної локалізації з точки зору особливостей патогенезу**

**С.В. Грідчин**

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

Порушення репродуктивної функції у вигляді первинної і вторинної безплідності у пацієнок з лейоміомою матки досягає 60–70%. Ця проблема заслуговує на особливу думку у зв'язку із зростанням частоти жінок активного репродуктивного віку хворих на лейоміому, з одного боку, пізнім плануванням вагітності (після 40 років) – з іншого. Це обумовлено зростанням ризику виникнення лейоміоми саме у жінок даної вікової групи. Згідно з даними літератури, у жінок з безплідністю у 12–20% випадків лейоміома матки є єдиною причиною репродуктивних невдач. Проте, питання про роль лейоміоми матки у формуванні порушень репродуктивної функції залишається дискусійним. Не зважаючи на широке впровадження сучасних ендоскопічних технологій, абдомінальні реконструктивно-пластичні операції не втратили своєї актуальності, оскільки відсоток хворих молодого віку, охочих зберегти репродуктивну функцію і які страждають на безплідність або невиношування вагітності при лейоміомі матки великих і гігантських розмірів, атиповому розташуванні вузлів, не має тенденції до зниження.

**Мета дослідження:** вивчення особливостей рецепторного апарату утероміоцитів у хворих із лейоміомою матки. Під нашим спостереженням знаходилися 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. Усіх жінок було розподілено на дві клінічні групи. До першої клінічної групи увійшла 61 пацієнтка, яка звернулась з клінікою загрози переривання вагітності при наявності лейоміоми матки. Проведений аналіз показав, що вивчення особливостей рецепторного апарату утероміоцитів у хворих із лейоміомою матки має суттєве науково-практичне значення. Отримані результати дозволяють встановити нові аспекти патогенезу лейоміоми матки та обґрунтувати необхідність удосконалення лікувально-профілактичних заходів.

### **Рубець на матці після кесарева розтину: дискусійні питання**

**В.І. Гузь**

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

Впродовж останніх 15–20 років наголошується зростання частоти кесарева розтину в 3–4 рази. Згідно даним літератури, частота операції складає від 13% до 45%. За даними ряду авторів рубець на матці в даний час є одним з основних показників до кесарева розтину, складаючи від 18,2% до 37,0%. Основним мотивом для проведення повторного кесарева розтину служить небезпека розриву матки в пологах з несприятливим результатом для матері і плода. Дані, що наводяться різними авторами про неспроможність поперечного рубця на матці, мають великий розкид – від 22% до 50%. Частота розривів матки в пологах коливається від 0,7% до 1,5%, під час вагітності – від 1,1 до 3%. Найбільш інформативні методи діагностики і критерії повноцінності рубця на матці ще не визначені.

**Мета дослідження:** вивчити основні особливості стану рубця при повторному кесаревому розтині за допомогою сучасних методів дослідження. Проведено проспективне дослідження 100 жінок з кесаревим розтином в анамнезі (1-а група – основна), які спостерігалися впродовж всієї вагітності і протягом року після абдомінального розродження, а також їх новонароджені. Групу порівняння (2-а група) склали 50 жінок, вперше розроджених шляхом кесарева розтину, за різними свідченнями і їх новонароджені. Критеріями виключення з'явилися: важка екстрагенітальна патологія, корпоральний кесарів розтин в анамнезі, багатоплідна вагітність. Проведене дослідження показало, що в даний час не існує безпомилкового методу діагностики стану нижнього сегменту матки у вагітних з кесаревим розтином в анамнезі. Обстеження повинне носити комплексний характер з урахуванням клінічних даних і результатів інструментальних методів. Результати проведених досліджень свідчать, що при оцінюванні стану нижнього сегменту матки у вагітних з кесаревим розтином в анамнезі діагностична точність трансабдомінального ультразвукового дослідження склала 70,0%, трансвагінального ультразвукового дослідження – 78,0%, магнітно-резонансної томографії – 60,0%, доплерометрії – 56,0%; при неспроможності рубця на матці клінічні ознаки мали місце в 47,0% випадків. Неспроможність рубця на матці виявлена у 28,0% жінок, плацентажія в області рубця – у кожної десятої жінки (10,0%). Структура тканини нижнього сегменту матки при неспроможності рубця характеризується тотально поширеним міолізом в 93,0%, результатом якого є або розширення зони рубця, або збочена регенерація міоцитів без формування компактних пучків; при візуально незміненому нижньому сегменті матки в 80,0% випадків переважає атрофія міоцитів і «сітчастий» характер колагенізації. Не виявлено залежності морфологічної структури нижнього сегменту матки від тимчасового інтервалу між операціями.

### Вплив чоловічого безпліддя на тактику проведення допоміжних репродуктивних технологій

**О.С. Дарій**

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

Останніми роками допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) все частіше використовуються в подружніх пар з різними варіантами безпліддя, причому ефективність їх постійно підвищується. На сьогоднішній день наголошується неухильне зростання частки чоловічого чинника в безплідному браку, яка досягає 50–60%. Різноманіття чинників, що призводять до чоловічого безпліддя, можливість їх поєднання утруднюють вибір необхідних методів діагностики і лікування. Відновлення репродуктивної функції розтягується в часі і негативно впливає на ефективність лікування. Не дивлячись на значне число наукових публікацій з проблеми допоміжних репродуктивних технологій не можна вважати її повністю вирішеною, особливо в плані тактики ведення пацієнток з чоловічим чинником безпліддя.

**Мета дослідження:** підвищити ефективність лікування порушень репродуктивної функції при чоловічому чиннику безпліддя на основі удосконалення діагностичних і лікувально-профілактичних заходів при проведенні допоміжних репродуктивних технологій. У дослідження було включено 168 пар з чоловічим безпліддям (основна група), при цьому вживання програм допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) для лікування безпліддя було обумовлене станом репродуктивного здоров'я чоловіків. Основну групу було розподілено на чотири підгрупи залежно від програми ДРТ, яка проводилася. Результати проведених досліджень свідчать про ефективність проведення різних програм ДРТ при чоловічому чиннику безпліддя. При цьому використання вдосконаленого нами алгоритму дозволяє підвищити частоту не лише настання вагітності, але і народження живої здорової дитини.

### Оперативные методы восстановления репродуктивной функции у женщин с лейомиомой матки

**А.А. Довгань**

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

Значительное место среди патологии репродуктивной системы на сегодняшний день занимает лейомиома матки. Основным методом лечения данной патологии является оперативный, так как существующие методы консервативной терапии очень часто являются недостаточно или абсолютно неэффективными. В структуре всех операций до 80,0% приходится на радикальные – ампутацию или экстирпацию матки. Весьма неблагоприятным является тот факт, в возрасте до 40 лет оперативному вмешательству подвергаются до 30,0% больных лейомиомой. Анализ

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

**Цель исследования:** изучение особенностей репродуктивной функции пациенток после консервативной миомэктоми. Нами было обследовано 100 пациенток репродуктивного возраста с лейомиомой матки, средний возраст которых составил  $35,7 \pm 3,7$  года. Полученные результаты свидетельствуют, что в 90,0% случаев лейомиома развивается в сочетании с другой генитальной патологией: у каждой второй больной (48,0%) встречались воспалительные процессы придатков и патология шейки матки. У 16,0% наблюдались кисты яичников, несколько реже гиперпластические процессы эндометрия (14,0%) и эндометриоз различной локализации (14,0%). При анализе репродуктивной функции следует отметить, что беременности в анамнезе были у 68,0% пациенток. Количество родов лишь незначительно преобладало над числом абортот. 22,0% пациенток указывали на самопроизвольное прерывание беременности, причем у большинства из них выкидыши происходили в сроке до 18 нед беременности, что, по-видимому, связано с относительной гиперэстрогенией у больных с лейомиомой матки. Наступившая беременность закончилась родами у 18,0% обследуемых женщин. Кесарево сечение произведено у 11,0% женщин, у 7,0% произошли роды через естественные родовые пути.

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

### Імунологічні аспекти поєднання геніального ендометріозу та безпліддя

**А.В. Єжова**

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

На сучасному етапі проблема геніального ендометріозу (ГЕ) набула особливу значущість у зв'язку з неухильним зростанням захворювання в структурі гінекологічної патології. Ендометріоз спостерігається у 12–50% жінок репродуктивного періоду, а на долю аденоміозу (А) доводиться від 27 до 53% випадків. Розвиток уявлень про зв'язок патогенезу ендометріозу з порушеннями в гіпоталамо-гіпофізарно-яєчниковій системі дозволив гормонотерапією зайняти міцне місце в лікуванні ГЕ, разом з оперативним лікуванням. Проте недостатня ефективність консервативного лікування ендометріозу з використанням препаратів, що пригнічують синтез естрогену, дає високий відсоток рецидивів, а питання про кри-

терії вибору найбільш ефективного агента для вживання в лікуванні ГЕ, особливо в випадках рецидивуючих форм, залишається дискусійним. У зв'язку з цим в даний час актуальні сучасні дослідження, направлені на з'ясування механізмів розвитку цього захворювання, а також поліпшення результатів його лікування.

Мета дослідження: вивчити стан імунної системи у хворих з ГЕ репродуктивного віку і оцінити ефективність лікування захворювання з використанням комплексної гормональної, противірусної і імуномодуючої терапії. У роботі представлені дані обстеження 74 пацієток у віці від 25 до 43 років (середній вік  $31,2 \pm 3,3$  року) з діагнозом генітальний ендометріоз і 21 жінка аналогічного віку (середній вік –  $31,3 \pm 2,4$  року), яка звернулася з приводу контрацепції і не мала на момент дослідження будь-яких захворювань з боку органів малого тазу і молочних залоз, що склали групу контролю. Результати проведених досліджень свідчать, що жінки репродуктивного віку з генітальним ендометріозом характеризуються статистично значимим підвищенням титру антитіл до персистуючих вірусів (ЦМВ, ВПГ1 і 2 типу, Еп.-Барр) порівняно з групою контролю. Сумарний рівень активації персистуючих вірусів у хворих ГЕ перевищує діагностичний титр більш ніж в 3,5 разу ( $p < 0,01$ ), що свідчить про недостатність противірусної (тобто клітинної) ланки імунітету. Використання комплексної терапії (гормоно- і імуномодуючої у поєднанні з противірусними препаратами) у хворих з аденоміозом репродуктивного віку збільшує час безрецидивного періоду захворювання (в 96% – до 1 року, в 30% – до 2 років і в 15% до 3 років ( $p = 0,01$ )) і знижує показник частоти безпліддя з 45,8% до 12,4% ( $p < 0,05$ ).

### Сучасні технології діагностики аномалій розвитку матки

**А.В. Заболотін**

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

Природжені аномалії розвитку (ПАР) матки і піхви серед дівчаток з гінекологічною патологією складають до 6% і мають тенденцію до зростання. Клінічні прояви ПАР матки і піхви залежать від форми аномалії і частіше характеризуються дисменореєю, первинною аменореєю, тазовими болями. При ПАР з порушенням відтоку менструальної крові в 80% зустрічається спайковий процес малого тазу і ендометріоз. Серед різних варіантів ПАР матки найчастіше зустрічаються дворога і сідловодна матка, проте наукові публікації в даному напрямі небагаточисельні і носять фрагментарний характер, при тому, що частота даної патології зростає.

**Мета дослідження:** вивчення ролі сучасних технологій в діагностиці сідловодної і дворогої матки. Відповідно до поставленої мети було обстежено 45 пацієток, з яких в 24 була діагностовано дворога матка і в 21 – сідловодна. При аналізі основних причин звернення пацієток встановлено, що це були порушення репродуктивної функції і невиношування вагітності. Результати проведення досліджень свідчать, що жінок з аномаліями розвитку матки у вигляді дворогої або сідловодної матки складають групу високої ризику щодо розвитку

порушень репродуктивної функції, причому при дворогій матці – первинного безпліддя, а при сідловодній – вторинного. Основним репродуктивним ускладненням вагітності у цих пацієток 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.

### Корекція порушень менструальної функції у дівчат групи високого ризику

**Т.С. Зоріна**

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

Репродуктивне здоров'я дівчаток і дівчат є основою нормальної демографічної ситуації в країні. У зв'язку з цим розвиток дитячої і підліткової гінекології має дуже важливе значення, тому саме в пубертатному періоді закладається основа репродуктивного здоров'я майбутніх матерів. Останніми роками у вітчизняній і зарубіжній літературі все частіше піднімається питання про наявність взаємозв'язку між особливостями перенесеної акушерської патології і станом репродуктивного здоров'я дівчаток-підлітків. У той же час, в сучасній літературі є лише одиничні публікації про фізичний і статевий розвиток дівчаток, що народилися з різною масою тіла. Хоча тут можна допустити можливий розвиток соматичної захворюваності і патології пубертатного періоду. Усе Наведене вище є підставою для проведення справжнього наукового дослідження. Основною метою справжньої роботи є вивчення можливості використання антигомотоксичної терапії для корекції порушень менструальної функції у дівчаток групи високого ризику. Відповідно до мети і завдань справжнього наукового дослідження було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 90 дівчаток пубертатного періоду, яких було розподілено на три групи: контрольна група – 30 соматично здорових дівчаток, що народилися через природні пологові шляхи від матерів без акушерської та екстрагенітальної патології з вагою 3000–3500 г; I група – 30 дівчаток, що народилися з вагою більше 4000 г і отримували загальноприйнятні лікувально-профілактичні заходи; II група – 30 дівчаток, що народилися з вагою більше 4000 г і в яких був використаний пропонуваній нами диференційований підхід до корекції патології репродуктивної системи. Результати проведених досліджень диференційований підхід до корекції порушень репродуктивної системи за пропонуваними нами схемами дозволяє попередити порушення фізичного і статевого розвитку; знизити загальну соматичну захворюваність в 2 рази, частоту порушень менструального циклу в 3,5 разу, мультифолікулярних форм яєчників в 1,7 разу і запобігти утворенню функціональних кіст яєчників при одночасній нормалізації ендокринологічного статусу і ліпідного обміну.



## Ендокринологічні зміни при фізіологічних партнерських пологах

**Н.А. Кобилецька**

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

У даний час в структурі різних акушерських ускладнень аномалії пологової діяльності (АПД) займають одне з провідних місць. При цьому АПД є істотним чинником ризику перинатальної патології, особливо у жінок з обтяженим акушерським анамнезом. Аналіз екскреції метаболітів стероїдних гормонів в сечі вагітної жінки і породіллі представляє велику діагностичну цінність, оскільки надає повну інформацію не лише про концентрацію основного метаболіту прогестерону – прегнандіолу, але також дозволяє оцінити функціональний стан плода за даними концентрації фетальних стероїдів. Значну інформацію можна отримати при вивченні вмісту холестерину, який, як відомо, є основним попередником всіх стероїдних гормонів в системі мати–плацента–плід.

**Мета дослідження:** вивчити роль стероїдних гормонів при фізіологічній пологовій діяльності на тлі партнерських пологів. Наше дослідження направлене на визначення метаболітів стероїдних гормонів в сечі породіллі протягом 6 год, а, отже, позбавлено описаних вище недоліків. Крім того, з метою зниження помилок, пов'язаних з циркадними ритмами, для хроматографічного аналізу використовували сечу, зібрану в інтервалі з 9 г до 15 г.

Для визначення нормативних показників нами обстежено 22 породіллі з доношеною вагітністю, в яких самостійно розвинулася регулярна пологова діяльність в період з 3 г до 6 г ранку. Вік жінок знаходився в межах від 18 до 30 років. Результати проведених досліджень свідчать про важливу роль стероїдних гормонів і холестерину в розвитку і перебігу фізіологічної пологової діяльності. Використання встановлених критеріїв дозволить підвищити ефективність прогнозування і ранньої діагностики різних аномалій пологової діяльності.

## Морфологічні аспекти поєднаної патології матки у жінок репродуктивного віку

**Г.В. Колесник**

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

Останніми роками наголошується закономірне ушкодження матки всіма типами гіперпластичних процесів – аденоміоз, лейоміома, гіперплазія ендометрія – особливо у жінок репродуктивного віку з попередніми запальними захворюваннями органів малого тазу, що свідчить про деякі загальні закономірності розвитку цих патологічних процесів. 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, аденома-

тозні поліпи були виявлені в 6,5–18,7%, аденокарцинома матки в 1,6–17,8% спостережень. Не дивлячись на сучасні методи обстеження, при поєднаній патології вирішальне значення 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.

**Мета дослідження:** вивчення морфологічних особливостей поєднання аденоміозу з патологічними процесами ендометрія. 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. 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 атиpii до складної атипичної гіперплазії. Встановлені морфологічні особливості поєднаної патології необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

## Вплив допоміжних репродуктивних технологій на стан грудних 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 призвести до необхідності використання ДРТ виросла роль різних доброякісних захворювань молочних залоз (ДЗМЗ). При цьому тактика ведення цих пацієнок остаточно не відпрацьована, що є однією з причин недостатньої ефективності ДРТ і подальшою високою частотою прогресування ДЗМЗ. Не дивлячись на значне число наукових публікацій з проблеми ДРТ не можна вважати її повністю вирішеною, особливо в плані вивчення впливу різних чинників безпліддя на частоту дифузної і вузлуватої форм доброякісних захворювань грудних залоз, що і з'явилося метою нашого наукового дослідження. Для вирішення поставленої мети і завдань в дослідження включено 93 жінки, що знаходилися на лікуванні безпліддя методами ДРТ. Результати проведених досліджень свідчать, що у жінок з доброякісною патологією грудних залоз основними причинами безпліддя є різні поєднані чинники (55,7%) і самостійна ановуляція (44,3%). Дифузна форма мастопатії найчастіше (60,0%) зустрічається у пацієнок з поєднанням трубного і чоловічого чинників безпліддя (60,0%), а вузлувата – при ановуляції (13,8%). Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

### Вплив аномального розташування плаценти на розвиток перинатальної патології

**С.А. Куріцина**

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

Своєчасна діагностика і профілактика перинатальної патології є одним з найважливіших завдань сучасного акушерства. Дані сучасної літератури свідчать, що серед причин, що впливають на підвищення цих інтегральних показників, слід зазначити аномальне розташування плаценти (АРП), тобто локалізацію її у області нижнього сегменту матки, а також варіанти її міграції. З акушерської точки зору АРП є однією з причин розвитку передчасного відшарування плаценти, невиношування вагітності, плацентарної дисфункції і аномалій пологової діяльності. В перинатології дана проблема представляє інтерес з позицій затримки внутрішньоутробного розвитку плода і внутрішньоутробного інфікування.

**Мета дослідження:** підвищення ефективності ранньої діагностики і профілактики перинатальної патології в жінок з аномальною плацентацією на основі удосконалення і впровадження удосконаленого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Перспективно спостерігалися 130 жінок (основна група) з аномальним розташуванням плаценти (АРП). Низька плацентажія виявлена при ультразвуковому дослідженні (УЗД) в терміні 14–16 тиж вагітності. Згідно з класифікацією аномалій плацентажії і варіантів міграції плаценти, критерієм включення пацієнток в основну групу було розташування плаценти (в 14–16 тиж) на відстані менше 2 см від внутрішнього зіву шийки матки. Як контрольна група обстежене 60 практично здорових вагітних з нормальною плацентажією. Результати проведених досліджень свідчать, що тип плацентажії і особлива наявність аномальної плацентажії впливає на функціональний стан фетоплацентарного комплексу, а також розвиток перинатальної патології. Для своєчасної діагностики плацентарної дисфункції і зниження частоти перинатальної патології необхідне раннє ехографічне обстеження локалізації плаценти з наступним динамічним обстеженням пацієнток для оцінки процесів міграції плаценти. Спосіб і терміни розродження жінок з аномальною плацентажією залежать від локалізації плаценти, завершеності її міграції і функціонального стану фетоплацентарного комплексу.

### Клінічний перебіг анемії вагітних у жінок з екстрагенітальною патологією

**О.А. Лезнікова**

Луганський державний медичний університет МОЗ України

Анемічний синдром у всьому світі залишається серйозною проблемою екстрагенітальної патології в акушерстві, не дивлячись на велику кількість методів лабораторної діагностики і широкий вибір препаратів заліза на світовому фармацевтич-

ному ринку. Технічні і фінансові труднощі, що перешкоджають оцінці метаболізму заліза у великих популяціях, не дозволяють отримати точні статистичні дані розповсюдження дефіциту заліза. У той же час можна вважати, що частота виявлення дефіциту заліза набагато перевищує поширеність анемії. Це означає, що навіть в країнах з розвинутою економікою у більшості жінок на початок вагітності запаси заліза не можуть задовольняти збільшеної потреби, пов'язаної із збільшенням глобулярного об'єму в материнському організмі і з розвитком плодово-плацентарного комплексу. Висока частота анемії у вагітних жінок і можливі ускладнення (підвищення перинатальної смертності, затримка розвитку плода, дистрес плода, неонатальна асфіксія, аномалії пологової діяльності тощо) роблять дану проблему надзвичайно актуальною і вимагають поглибленого вивчення патогенезу анемічного синдрому, а також вдосконалення методів лабораторної діагностики, направлених на своєчасну профілактику і лікування анемії вагітних.

**Мета дослідження:** вивчення сучасних аспектів патогенезу анемічного синдрому у вагітних жінок. Для вирішення поставленої мети ми вивчили роль дефіциту заліза і інфекційно-запальних чинників в патогенезі анемічного синдрому у вагітних жінок. Для цього було виконано обстеження 73 вагітних з дійсною залізодефіцитною анемією (ЗДА), в яких були відсутні гострі і хронічні інфекційні і аутоімунні захворювання (група ІА) і 70 вагітних жінок з фоновою екстрагенітальною патологією (група ІІ). Діагноз анемічного синдрому засновували на даних анамнезу, скаргах вагітної, результатах об'єктивного обстеження, лабораторних даних, що включали дослідження показників обміну заліза, а також результатах оглядів і висновків профільних фахівців. Результати проведених досліджень свідчать про істотну роль сироваткового феритину в генезі анемічного синдрому у вагітних. Отримані результати необхідно враховувати при розробці тактики ведення вагітності і пологів у жінок з анемічним синдромом.

### Відновлення репродуктивної функції у жінок з лейоміомою матки

**О.О. Літвак**

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

Державне управління справами

Науково-практичний центр профілактичної і клінічної медицини

За даними літератури питома вага міомектомії є невеликою і складає до 20,0%. Серед основних причин такої ситуації виділяють наступні: технічні складнощі операції, що вимагають гарної хірургічної підготовки оперуючого лікаря, можливість виникнення рецидивів лейоміоми, вища частота післяопераційних запальних ускладнень, розвиток масивного спайкового процесу в малому тазу, що незрідка призводить до появи перитонеальної форми безпліддя і симптомів спайкової хвороби. Аналіз наукових робіт, присвячених проблемі реконструктивно-пластичних операцій на матці у хворих лейоміомою матки пока-

зує, що основною метою операцій, що проводяться, є прагнення залишити матку, зберегти або відновити репродуктивну, менструальну функції і підтримати гомеостаз організму в цілому. Проте до теперішнього часу багато питань цієї проблеми залишаються невіршеними, а по низці принципових запитань в літературі є суперечливі думки.

**Мета дослідження:** вивчення особливостей репродуктивної функції пацієнток після консервативної міомектомії. Нами було обстежено 100 пацієнток репродуктивного віку з лейоміомою матки, середній вік яких склав  $35,7 \pm 3,7$  року. Отримані результати свідчать, що в 90,0% випадків лейоміома розвивається у поєднанні з іншою генітальною патологією: у кожній другій хворій (48,0%) зустрічалися запальні процеси придатків і патологія шийки матки. В 16,0% спостерігалися кісти яєчників, декілька рідше гіперпластичні процеси ендометрія (14,0%) і ендометріоз різної локалізації (14,0%). Проведений аналіз показав позитивний вплив міомектомії на нормалізацію репродуктивної функції жінок з міомою матки. Проведення операції дозволило позбавитися від основних скарг у більшості пацієнток. При цьому нами не виявлено впливу операції на гінекологічну захворюваність, а кількість рецидивів є незначною.

### Особливості клінічного перебігу генітального ендометріозу на фоні тиреоїдної дисфункції

**Б.М. Лисенко**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика  
Державне управління справами  
Науково-практичний центр профілактичної і клінічної медицини

В даний час ендометріоз є однією з найважливіших проблем гінекології. Не дивлячись на більш ніж столітній період, що минув 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% і є найбільш поширеною причиною, що призводить до госпіталізації і гістеректомії. Одним із основних варіантів соматичної захворюваності у жінок репродуктивного віку є гіпофункція щитоподібної залози 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. Метою дослідження було встановлення особливостей клінічного перебігу зовнішнього генітального ендометріозу при гіпотиреозі. Для вирішення поставленої мети нами було обстежено 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, в другу – 60 жінок з ЗГЕ і супутнім гіпотиреозом. 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 ЗГЕ. Не дивлячись на відсутність гіперполіменореї при зовнішньому генітальному ендометріозі, поєднання його з гіпотиреозом часто супроводжується анемією легкого ступеню. Жінки репродуктивного віку із ЗГЕ 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 ЗГЕ у поєднанні з гіпотиреозом герпесвірусної і уреоплазмової інфекцій. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні тактики ведення цих пацієнток.

### Сучасні можливості діагностики плацентарної дисфункції у вагітних із варикозною хворобою

**Л.В. Манжула**

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

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

**Мета дослідження:** показати найбільш інформативні маркери розвитку ПД у вагітних із ВХ. Згідно поставленої мети нами було проспективно обстежено в термінах 10–41 тиж вагітності, в пологах і в ранньому післяпологовому періоді 100 пацієнток зі ВХ. Контрольну групу склали 50 пацієнток з неускладненим перебігом вагітності і пологів. Результати проведених досліджень свідчать про необхідність комплексної оцінки функціонального стану фетоплацентарного комплексу у жінок з варикозною хворобою з оцінкою вмісту фібрoneктину і гомоцистеїну. Алгоритм діагностичних заходів при даній екстрагенітальній патології повинен включати окрім результатів оцінки гормональної функції плаценти і найбільш інформативні показники системного гемостазу – вміст фібрoneктину і гомоцистеїну. Такий підхід дозволяє своєчасно поставити діагноз ПД і ефективно корегувати алгоритм лікувально-профілактичних заходів, а також тактику ведення вагітності і пологів.

### Допоміжні репродуктивні технології як фактор ризику перинатальної патології

**Д.М. Масло**

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

У сучасній Україні репродуктивна медицина набуває все більшої значущості і для багатьох безплідних пар допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) стали єдиним шансом отримати потомство. Актуальність вибраної теми обумовлена збільшенням числа матерів пізнього репродуктивного віку, високою частотою невдач після екстракорпорального запліднення, зростанням ризику втрати бажаної вагітності від застосованих технологій, зниженням імунітету і вимушеною зміною гормонального фону після ДРТ. Все ж при вагітності, що настала, перед клініцистом виникає проблема ускладнень гестації і своєчасного рішення питання про терапію, терміни, способи розродження. Ключовим моментом є необхідність підбору адекватної гормональної підтримки вагітності, вибору доз, форм введення, комбінацій препаратів, тривалості їх вживання.

**Мета дослідження:** вивчити вплив ДРТ на розвиток акушерських і перинатальних ускладнень

### Особливості гормональної корекції в залежності від стану мікробіоценозу статевих шляхів

**Н.П. Михайлів**

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

Одним з об'єктивних і чутливих тестів для визначення безпеки контрацептивних гормональних препаратів, на думку деяких учених, є вагінальний мікробіоценоз, що є динамічною екосистемою, утвореною в ході еволюції мікрофлори в межах вагінального біотопа. Фізіологічний стан рівноваги вагінального мікробіоценозу підтримується гормональною, нервовою і імунною системами, що взаємодіють як дине ціле. Порушення в одній з вказаних ланок незмінно призводить до певних зрушень в екологічній ніші піхви з подальшим розвитком дисбіотичних станів. До чинників, здатних викликати дисбіотичні порушення у молодих жінок, окрім час тої зміни статевих партнерів, відносять методи контрацепції. Патогенетичні механізми розвитку дисбіозу вагінальної екосистеми при використанні бар'єрних, хімічних і внутрішньоматкових засобів досить широко висвітлені у вітчизняній і світовій літературі і їх етіологічна роль загально визнана.

**Мета дослідження:** зниження частоти порушень мікробіоценозу піхви при використанні різних видів гормональної контрацепції на основі розробки і впровадження диференційованого підходу до вживання інтравагінальних і пероральних препаратів.

### Особливості протиспайкової терапії у жінок з безпліддям трубного походження

**М.С. Молодиченко**

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

Нами удосконалена, науково обґрунтована та впроваджена комплексна схема лікування безпліддя трубно-перитонеального походження з включенням методів комбінованої інтра- та післяопераційної протиспайкової терапії та оцінкою ефективності проведеного лікування, а саме, настання вагітності. Реконструктивно-пластичні лапароскопічні операції полягали в наступному: сальпінгооваріолізис виконували у вигляді самостійної операції або як підготовчий етап для операцій на матковій трубі, особливу увагу приділяли плоским периваріальним злукам, які порушують вихід яйцеклітини із проовульованого фолікула. Злуки роз'єднували із застосуванням за необхідності біполярної електрокоагуляції в режимі коагуляції й різання. Загальноприйняті реабілітаційні заходи включали традиційну антибактеріальну терапію, нестероїдні анальгетики, фізіотерапію.

**Мета дослідження:** підвищити ефективність лапароскопічного лікування трубно-перитонеального безпліддя шляхом прогнозування та застосування профілактично-лікувальних заходів, спрямованих на зниження та попередження можливих ускладнень під час оперативного втручання.

### Зміни функціонального стану яєчників після різних варіантів гістеректомії

**Е.В. Мотренко**

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

Успіхи сучасної гінекології останніми роками закономірно пов'язують з розробленням і широким впровадженням в клінічну практику оперативних методів лікування. Визначення раціональних свідчень до операції, адекватний анестезіологічний посібник, використання точної техніки, бурхливий розвиток ендоскопічної хірургії призвели до того, що оперативне втручання в гінекології стало розглядатися як досить безпечна і ефективна лікувальна процедура, що забезпечує, а у ряді випадків, що гарантує пацієнтці повне одужання.

**Мета дослідження:** вивчення порівняльних аспектів тотальної і субтотальної гістеректомії у жінок репродуктивного віку.

У відповідності з поставленою метою дослідження в роботу включено 299 жінок репродуктивного віку, які склали 4 групи. 277 пацієнток з них страждали різною гінекологічною патологією, в 252 з яких була виконана гістеректомія (ГЕ). Результати проведених досліджень свідчать, що гістеректомія, виконана в репродуктивному віці, несприятливим чином позначається на анатомо-функціональному стані яєчників. Зниження рівня естрадіолу зафіксоване у

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

### Сучасні питання кесарева розтину при партнерських пологах

**І.П. Нецкар**

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

В даний час серед основних особливостей сучасного акушерства необхідно відзначити, в першу чергу, лібералізацію свідчень до операції кесарева розтину і, відповідно, істотні зміни частоти і структури різних свідчень. Дані літератури свідчать, що збільшення рівня кесаревих розтинів сталося за рахунок таких свідчень як рубець на матці, плацентарна недостатність, неефективне лікування аномалій пологової діяльності і дистрес-плода. У вітчизняній літературі є достатнє публікацій з проблеми абдомінального розродження. У той же час, на наш погляд назріла необхідність вивчення основних медико-соціальних аспектів даної проблеми для вирішення питання можливості зниження частоти кесаревих розтинів без погіршення перинатальних показників.

**Мета дослідження:** вивчення основних медико-соціальних аспектів і розробка шляхів зниження частоти абдомінального розродження. Для вирішення поставленої мети був проведений клінічний аналіз 2000 операцій кесарева розтину за останніх 5 років за даними пологового будинку № 1 м. Києва. Результати проведених досліджень свідчать, що зниження частоти абдомінального розродження можливе лише по сукупності медичних і соціальних аспектів. Серед медичних можна виділити програмоване розродження жінок з рубцем на матці; адекватна профілактика і лікування аномалій пологової діяльності і плацентарної недостатності. Крім того, важливим моментом є правильне рішення питання планування сім'ї, в першу чергу, у жінок з рубцем на матці. З соціальних моментів можна виділити розробку заходів щодо захисту здоров'я жінок, які мешкають в екологічно несприятливих районах або працюють на шкідливих промислових виробництвах, а також матеріальне забезпечення вагітних жінок.

### Підвищенні ефективності лікування жіночого безпліддя після невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій із використанням ендоскопії

**І.Є. Палига**

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

Завдяки широкому використанню сучасних ендоскопічних технологій в сучасній репродуктології підвищується ефективність діагностики і відповідно лікування різної внутрішньоматкової патології: гіперпластичні процеси і поліпи ендометрія, хронічний ендометрит і внутрішньоматковий синехії. Особливо це стосується пацієнок з поєднаними варіантами безпліддя, яким рекомендують широкий спектр лікувально-профілактичних заходів протягом довгого часу.

**Метою дослідження:** підвищення ефективності відновлення репродуктивної функції у жінок після невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) на основі вивчення в них клініко-функціональних, ендокринологічних і ендоскопічних особливостей стану ендометрія, а також розроблення і упровадження алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Відповідно до мети дослідження було проведено комплексне обстеження 130 пацієнок, з поєднаними чинниками безпліддя, у яких було встановлено переважання одного основного чинника. Проведений аналіз математико-статистичних взаємозв'язків дозволив виявити наявність зв'язків між результатом ДРТ 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 пацієнок, 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.

### Особливості допоміжних репродуктивних технологій у жінок з гіперандрогенією та надлишковою масою тіла

**В.О. Петропавловська**

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

Проблема безплідного шлюбу в Україні є досить актуальною, причому частота його коливається за даними різних авторів від 15% до 30%. При оцінюванні причин жіночого безпліддя провідне місце займають різні ендокринні порушення, особливо гіперандрогенія (ГА). У сучасній літературі наводиться декілька

визначень ГА, але найчастіше цим терміном позначають симптомокомплекс порушень у сфері специфічних і метаболічних ефектів андрогенів в жіночому організмі, зумовлених патологією біосинтезу, транспорту і метаболізму андрогенів.

**Мета дослідження:** відновлення репродуктивної функції у жінок з ГА різного генезу на основі вивчення у них клініко-функціональних та ендокринологічних особливостей, а також удосконалення і впровадження алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів з використанням ДРТ. Для вирішення поставленої мети було обстежено 126 пацієток із порушенням генеративної функції (безпліддя первинне, вторинне, ранні втрати вагітності) на тлі клінічних і біохімічних проявів гіперандрогенії (ГА). Отримані результати свідчать про ефективність запропонованого алгоритму диференційованого підходу до проведення ДРТ у жінок з ГА з врахуванням не лише генезу ГА, але і наявності супутнього ожиріння, МС і СПКЯ. Представлені дані дозволяють рекомендувати вдосконалений алгоритм для широкого використання в кабінетах і клініках репродуктології.

#### **Тактика вспомогательных репродуктивных технологий при различных патологических изменениях грудных желез**

**О.А. Полюлях**

**Одесский национальный медицинский университет МЗ Украины**

Актуальность представляемой научной работы обусловлена тем, что в последние годы вспомогательные репродуктивные технологии все чаще используются у пациенток с различными вариантами гинекологической и соматической заболеваемости, причем эффективность их постоянно повышается. В структуре различной гинекологической и соматической патологии, которые могут привести к необходимости использования вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) выросла роль различных доброкачественных заболеваний грудных желез. При этом тактика ведения этих пациенток окончательно не отработана, что является одной из причин недостаточной эффективности ВРТ и последующей высокой частотой прогрессирования доброкачественных заболеваний грудных желез (ДЗМЖ).

**Цель исследования:** усовершенствование алгоритма ВРТ у женщин с доброкачественной патологией грудных желез на основе изучения клинико-эхографических, эндокринологических и гемодинамических особенностей. Для решения поставленной цели в исследование были включены 93 женщины, у которых были использованы ВРТ. Использование усовершенствованного алгоритма ВРТ у женщин с доброкачественной патологией грудных желез позволяет снизить частоту диффузной и узловой форм мастопатии, а также повысить эффективность лечения женского бесплодия.

#### **Аденоміоз – сучасні клінічні аспекти у жінок репродуктивного віку**

**П.М. Прудніков**

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

Не дивлячись на вікову історію вивчення різних аспектів проблеми ендометріозу, це захворювання залишається однією з центральних медико-соціальних проблем. Ендометріоз стоїть на третьому місці в структурі гінекологічної захворюваності і спостерігається більше ніж у 50% жінок репродуктивного віку, негативно впливає на психоемоційний стан, знижує працездатність і репродуктивну функцію. Протягом останнього десятиліття відзначено зростання частоти захворювання ендометріозом, а також «омолодження» контингенту хворих. Проте точно судити про поширеність цього захворювання важко, оскільки немає чітких статистичних даних. Аденоміоз в структурі генітального ендометріозу досягає 70–90%. На підставі клінічних проявів діагноз «аденоміоз» може бути поставлений в кращому разі в 50% спостережень, в 75% випадків діагноз не встановлюється, в 35% спостерігається гіпердіагностика. Це пов'язано з тим, що етіологія і патогенетичні механізми, відповідальні за розвиток аденоміозу, досі недостатньо детально вивчені і для коректної діагностики потрібний гістопатологічний висновок після видалення матки.

**Мета дослідження:** вивчення сучасних клінічних аспектів аденоміозу. Для досягнення поставленої мети дослідження було проведено обстеження 170 пацієток, з яких 120 – хворі аденоміозом різного ступеня активності і поширеності – основна група.

Отримані нами результати свідчать, що на підставі клініко-анамнестичних даних і результатів гінекологічного обстеження аденоміоз був запідозрений в 95 хворих, з них підтверджений – в 56 випадках. Доля псевдопозитивних результатів склала 41%. В той же час з 120 пацієток з підтвердженим аденоміозом в клінічний діагноз дана патологія була винесена в 62, тобто доля псевдонегативних результатів склала 48%, чутливість методу – 51,7% і специфічність – 59%. Отримані результати необхідно урахувати при розробленні тактики ведення жінок з аденоміозом.

#### **Роль змін цитокінового статусу в патогенезі запальних захворювань репродуктивної системи**

**В.Ю. Радько**

**Медичний інститут Сумського державного університету МОН України**

Проблема хронічних запальних захворювань жіночих статевих органів зберігає в даний час свою актуальність і виходить за рамки акушерства і гінекології, маючи не лише медичне, але і соціальне значення у зв'язку з можливою інвалідизацією хворих. Процес хронізації запалення придатків матки опосередкований дисбалансом імунної системи з порушенням відповіді на впровадження патогенного агента. Не дивлячись на значне число публікацій про особливості імунної відповіді при за-

пальних процесах репродуктивної системи не можна вважати всі питання повністю вирішеними. На нашу думку, в першу чергу, це стосується вивчення рівня цитокінів у цих хворих.

**Мета дослідження:** вивчення особливостей цитокінового статусу у жінок із запальними процесами репродуктивної системи. В ході виконання роботи проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження 90 жінок з різним перебігом хронічних неспецифічних запальних захворювань придатків матки у віці від 15 до 50 років. Весь клінічний матеріал залежно від характеру перебігу захворювання, результатів клінічних і лабораторних методів дослідження було розподілено на дві клінічні групи.

Основну групу склали 50 пацієнток із загостренням хронічного серозного запалення придатків матки з неускладненим перебігом захворювання і сприятливим результатом. До групи порівняння були віднесені 40 пацієнток з хронічними гнійними запальними захворюваннями придатків матки.

Результати проведених досліджень дозволили виявити найбільш діагностично значимі показники хронічного сальпінгофориту: зниження рівня ІЛ-8 в сироватці крові нижче 56 пг/мл і підвищення вмісту ІЛ-8 в перитонеальній рідині вище 48 пг/мл. Прогностично несприятливими ознаками при хронічному гнійному запаленні, є підвищення в перитонеальній рідині рівня фібронектину (вище 215 пг/мл), ІЛ-1 $\alpha$  (більше 720 пг/мл), ІЛ-8 (більше 508 пг/мл) і зниження концентрації ІЛ-4 (менше 20 пг/мл). Додаткове дослідження вмісту інтерлейкінів в сироватці крові і перитонеальній рідині є достовірним критерієм для диференціальної діагностики серозного і гнійного запалення на додаток до загальноприйнятих клінічних і інструментальних методів обстеження.

### Можливості реалізації репродуктивної функції у жінок старше 40 років

**К.Л. Романенко**

*Дніпропетровський медичний інститут традиційної і нетрадиційної медицини*

У динаміці останніх років зросло число жінок, які виконують функцію материнства у віці 40 років і старше. Вивчення пізнього репродуктивного віку пов'язане з тим, що жінки старше 40 років є завершуючою стадією розвитку репродуктивних процесів в популяції. Слід чекати подальшого підвищення частоти пологів у жінок у віці 40 років і старше завдяки успіхам лікування безпліддя, невиношування вагітності, а також досягненням сучасних репродуктивних технологій і пренатальної діагностики. Крім того, деякі пацієнтки, бажають мати дитину лише після досягнення певного матеріального і професійного благополуччя. Пошук найбільш ефективних методів ведення вагітності і пологів у жінок старше 40 років має велике практичне значення в зниженні частоти ускладнень, перинатальної і материнської смертності і захворюваності. Одному з первинних наукових завдань у вирішенні даної проблеми є вивчення медико-соціальних прегравідарних аспектів у жінок старше 40 років, чому і присвячено справжнє наукове дослідження.

У зв'язку з поставленою метою був проведений ретроспективний аналіз прегравідарних медико-соціальних аспектів у 191 жінки старше 40 років, вагітність в яких завершилася пологамі. Групами порівняння послужили випадкові смугові відбори історій пологів у 191 жінки у віці 20–29 років (група порівняння 2 – ГС 2) і 191 жінки 30–39 років (група порівняння 1 – ГС 1) в цей же часовий проміжок. Результати проведених досліджень свідчать, що жінки старше 40 років мають укрій несприятливий акушерсько-гінекологічний анамнез в порівнянні з групою жінок 30–39 років і особливо в порівнянні з 20–29-річними пацієнтками. Особливо обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез мали первородящі жінки старше 40 років за рахунок вищої частоти безпліддя, міоми матки і дисфункціональних порушень менструально-оваріального циклу. Ці чинники, мабуть, багато в чому визначили настання і виношування вагітності в пізнішому віці. Невиношування вагітності зустрічалось однаково часто як в першо-, так і повторно-, і багатонароджуючих жінок старше 40 років. На підставі вищевикладеного можна зробити висновок, що медико-соціальний портрет вагітних у віці 40 років і старше характеризується переважанням повторнородящих жінок, що мають обтяжений соматичний і акушерсько-гінекологічний анамнез, вищу освіту, працюють. При формуванні тактики ведення цих жінок необхідно враховувати особливості соматичного і акушерсько-гінекологічного анамнезу, які можуть впливати на перебіг вагітності і її результат.

### Влияние различных вариантов гормональной контрацепции на изменения биоценоза половых путей и кишечника

**Т.Б. Романчук**

*Днепропетровский медицинский институт традиционной и нетрадиционной медицины*

Проблема бактериального вагиноза в настоящее время является одной из наиболее актуальных в современной гинекологии, а частота его колеблется в пределах 40–60% среди женщин репродуктивного возраста. Бактериальный вагиноз рассматривают как общий инфекционный невоспалительный синдром, связанный с дисбиозом влагалищного биотопа; характеризуется очень высокой концентрацией облигатных и факультативных анаэробных условно патогенных микроорганизмов и резким снижением или отсутствием моноклональных бактерий во влагалищном отделяемом. Несмотря на значительное число научных сообщений по проблеме контрацепции за последние годы, вопросы профилактики нежеланной беременности у женщин с бактериальным вагинозом практически неизучены, хотя их необходимость не вызывает сомнений.

**Цель исследования:** снижение частоты побочных эффектов различных методов контрацепции у женщин с бактериальным вагинозом на основе комплексного изучения микробиоценоза влагалища и кишечника и разработки методики сочетанного использования гормональных контрацептивов и коррекции микробиоценоза половых путей и кишечника.

Для решения поставленной цели было обследовано 150 женщин репродуктивного возраста, которые были разделены на три группы: контрольная группа – 50 гинекологическим и соматически здоровых женщин репродуктивного возраста, использующих барьерные методы контрацепции; I группа – 50 женщин репродуктивного возраста с бактериальным вагинозом, использующих барьерные методы контрацепции и II группа – 50 женщин репродуктивного возраста с бактериальным вагинозом с сочетанным использованием комбинированных оральных контрацептивов и коррекцией микробиоценоза половых путей и кишечника. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что контрацепция у пациенток с бактериальным вагинозом должна носить комплексный характер с учетом всех звеньев этиопатогенетических изменений. Сочетанное использование гормональных контрацептивов с лечебными мероприятиями (коррекция микробиоценоза половых путей и кишечника) позволяет обеспечить не только высокий контрацептивный эффект, но и профилактировать рецидивирование бактериального вагиноза. Это позволяет рекомендовать предлагаемую методику для широкого использования в практическом здравоохранении.

### **Возможности прогнозирования плацентарной дисфункции у женщин после вспомогательных репродуктивных технологий**

**Я.А. Рубан**

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

Беременность, наступившая в результате вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), имеют высшую частоту невынашивания, многоводия, риск формирования пороков развития плода, повышенный инфекционный индекс и, что очень важно, формирование плацентарной дисфункции (ПД), влияющей на перинатальное благополучие, а переходя в острую клиническую форму, угрожая жизни матери и ребенка. Несмотря на значительное число научных публикаций, посвященных проблеме беременности и родов после ВРТ нельзя считать все вопросы полностью решенными. На наш взгляд, в первую очередь, это касается возможностей прогнозирования ПД на прегравидарном этапе после вспомогательных репродуктивных технологий, чему и посвящено настоящее научное исследование. В основу работы положено комплексное обследование 100 беременных после ВРТ и их новорожденных (основная группа). Группу сравнения составили 50 женщин аналогичного возраста, у которых беременность наступила естественным образом. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что наиболее диагностически значимыми в формировании первичной плацентарной недостаточности являются показатели резервного запаса яичников антимюллерова гормона, ингибина-В и повышенные значения маркера плацентной дисфункции TGF- $\alpha$ . Ведущим патогенетическим механизмом развития ПД после ВРТ явилось выявление 3 профилей активности эндометрия: высокоэкспрессивного, среднеэкспрессивного и низкоэкспрессивного. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма прогностических и диагностических мероприятий после ВРТ.

### **Психоземotionalные аспекты избыточной массы тела у беременных**

**С.Г. Русалкина**

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

В настоящее время постоянно увеличивается количество молодых женщин с нейрогенными расстройствами и сочетанными повреждениями эндокринных желез, анемией, дисбиотическими состояниями, ожирением и дефицитом массы тела и потому более острой становится проблема здоровья матери и ребенка. В таких условиях качественные параметры адаптационных механизмов на этапах жизни, в том числе и при беременности, изменяются. Гестационные осложнения приобретают обязательный характер, углубляется экстрагенитальная патология, что, естественно, влияет на состояние плода и новорожденного (гипоксия, гипотрофия, пороки развития, перинатальные повреждения центральной нервной системы). Осложненное течение беременности усугубляет расстройство регуляторных механизмов и метаболические нарушения. Вышеизложенное свидетельствует о актуальности изучения психоземotionalного статуса у женщин с различной нейроэндокринной патологией.

**Цель исследования:** изучение основных особенностей клинического течения беременности и родов, а также состояния психоземotionalного статуса у женщин с нейроэндокринной патологией.

Для решения поставленной цели было проведено комплексное клинико-лабораторное и психологическое обследование 100 женщин с нейроэндокринной патологией (основная группа) и 50 женщин без такой патологии (контрольная группа). Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что беременность у женщин с нейроэндокринной патологией протекает на фоне предельного напряжения приспособительных механизмов, проявляющегося метаболическими нарушениями в сочетании с неадекватно высокой симпатической активностью в течение всего периода гестации, что характеризует преобладание процессов компенсации. Эти расстройства формируют картину преэклампсии и постоянной угрозы несвоевременного прерывания беременности. На таком фоне хроническая плацентарная недостаточность и гипоксия плода может усугубиться патологическими родами и снижением адаптационных возможностей новорожденных. Кроме того, наблюдается формирование крайних вариантов нормы (невротическая триада) и избыточной эмоционального напряжения. Эти пациентки во время беременности вырабатывают новые формы защитных реакций с включением более широкого диапазона психологических механизмов. Исследование личностных особенностей, способов преодоления трудностей и поведения в конфликтных ситуациях основной и контрольной группы показало, что адаптационные возможности беременных с нейроэндокринной патологией ограничены, а механизмы более затратны и менее эффективны. В связи с этим существует объективная необходимость обязательного участия квалифицированного психолога при лечении и реабилитации этих пациенток. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.



### Дискутабельні питання розродження жінок з аномаліями розвитку матки

**А.П. Садовий**

Національна медична академія післядипломної освіти

імені П.Л. Шупика, м. Київ

Вроджені аномалії розвитку (ВАР) матки і піхви серед дівчаток з гінекологічною патологією складають до 6% і мають тенденцію до зростання. Клінічні прояви ВАР матки і піхви залежать від форми аномалії і частіше характеризуються дисменореєю, первинною аменореєю, тазовим болем. При ВАР з порушенням відтоку менструальної крові в 80% зустрічається спайковий процес малого тазу і ендометріоз. Не дивлячись на значне число наукових повідомлень з проблеми ВАР матки і піхви, не можна вважати всі наукові завдання повністю вирішеними, особливо в аспекті реалізації репродуктивної функції, а також акушерських і перинатальних результатів розродження.

**Мета дослідження:** проаналізувати особливості акушерських і перинатальних результатів розродження жінок з аномаліями розвитку матки.

Для вирішення поставленої мети було проведено двоетапне дослідження, внаслідок чого створено два інформаційні масиви. Перший інформаційний масив включав результати ретроспективного аналізу медичної документації (150 історій пологів і розвитку новонароджених) вагітних з аномаліями розвитку матки, які склали основну групу. На другому етапі дослідження проводилося диспансерне спостереження з ранніх термінів вагітності 30 пацієнток з нормальною анатомією внутрішніх статевих органів, що не мали обтяженого акушерського анамнезу, які склали контрольну групу. Результати проведених досліджень свідчать, що жінки з аномаліями розвитку матки складають групу високого ризику щодо несприятливих акушерських і перинатальних результатів розродження. Основним ускладненням вагітності у цих пацієнток є невиношування, а в подальшому – плацентарна дисфункція із затримкою розвитку плода і різною перинатальною патологією. Отримані результати диктують необхідність подальшого вивчення даної проблеми, особливо в аспекті зниження частоти акушерської патології і поліпшення перинатальних результатів розродження.

### Особенности перинатальной патологии при врожденных аномалиях развития матки

**М.А. Сазонова**

Национальная медицинская академия последипломного образования

имени П.Л. Шупика, г. Киев

В последние годы отмечена тенденция к увеличению частоты выявления пороков развития различных органов и систем организма, в том числе и женских половых органов. Аномалии женских половых органов встречаются в 3,2–3,5% случаев среди женщин репродуктивного возраста и составляют 4% от всех врожденных пороков развития. Репродуктивные проблемы возникают, по данным некоторых ав-

торов, у 25–50% пациенток с аномалиями развития матки. Среди пациентов, страдающих привычным невынашиванием беременности, аномалии развития матки встречаются у 10–15%. В генезе пороков развития матки и влагалища важную роль играют неблагоприятные экологические и наследственные факторы. В литературе содержатся противоречивые данные о частоте бесплодия при пороках развития матки, большинство авторов считают, что при многих аномалиях развития частота зачатия существенно не снижается по сравнению с нормой, другие авторы связывают бесплодие с аномалиями матки в 11%.

**Цель исследования:** изучить влияние различных аномалий развития матки на акушерские и перинатальные исходы родоразрешения.

Проведено двухэтапное исследование, в результате чего созданы два информационных массива. Первый информационный массив включал в себя результаты ретроспективного анализа медицинской документации (50 историй родов и развития новорожденных) беременных с аномалиями развития матки которые составили ретроспективную группу. На втором этапе исследования проводилось диспансерное наблюдение с ранних сроков беременности 30 пациенток с нормальной анатомией внутренних половых органов, не имевших обтяженного акушерского анамнеза, которые составили контрольную группу. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что женщины с различными аномалиями развития матки составляют группу высокого риска по развитию плацентарной дисфункции и последующей перинатальной патологии. Это диктует необходимость дальнейшего изучения данной научной задачи, особенно в аспекте ранней диагностики и коррекции плацентарной дисфункции, что позволит улучшить перинатальные исходы родоразрешения.

### Роль глистной инвазии в генезе патологии печени у беременных женщин

**М.И. Соколова**

Национальная медицинская академия последипломного образования

имени П.Л. Шупика, г. Киев

Принимая во внимание значимость функционального состояния печени для обеспечения физиологического течения гестационного процесса, а также серьезных последствий ее вовлечения в патологический процесс при осложнениях беременности, недостаточную освещенность ранних, доклинических проявлений дисфункции гепатоцита в генезе акушерской патологии, представляет определенный интерес изучение роли глистной инвазии в генезе гепатодепрессивного синдрома как варианта нарушения адаптации организма к беременности.

**Цель исследования:** выявление клинических особенностей течения беременности и родов у беременных с появлением лабораторных признаков гепатодепрессии на фоне глистной инвазии.

Руководствуясь изложенными выше положениями в течение последних лет по результатам гемостазиологического обследования были отобраны 50 беременных

женщин, показатели коагулограммы у которых соответствовали критериям гепато-депрессивного синдрома на фоне глистной инвазии. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что состояние гепатодепрессии при беременности сопровождается развитием акушерской патологии: токсикоз первой половины беременности, угроза прерывания, преэклампсия, плацентарная дисфункция и патологическая кровопотеря. В связи с чем полученные результаты обосновывают целесообразность использования модели «дисфункции гепатоцита» в качестве прогностического критерия осложнений беременности и перинатальной патологии с первого триместра беременности у женщин на фоне выявленной глистной инвазии.

### Пути снижения нарушений репродуктивной функции у женщин с эндометриозами

**Ю.В. Страхова**

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

Генитальный эндометриоз является одной из самых распространенных гинекологических патологий у женщин репродуктивного возраста [1–6]. Согласно данным современной литературы частота разных проявлений этой патологии в общей популяции женщин репродуктивного возраста колеблется от 3% до 10%. По мнению отечественных и зарубежных специалистов роста частоты гинекологических заболеваний, в частности генитального эндометриоза, следует рассматривать как следствие высокой частоты патологии пубертатного периода, социальной нестабильности общества, изменения репродуктивного поведения, а также роста соматической заболеваемости населения. Независимо от значительного числа научных сообщений одним из нерешенных вопросов данного научного направления являются отдаленные последствия перенесенного лапароскопического лечения. Хотя не вызывает сомнений тот факт, что эффективность проведенной терапии, во многом, зависит от качества проведения реабилитационных мероприятий, включающих не только лечение основного заболевания, но и профилактику рецидивов. В то же время, в современной литературе отсутствуют практические рекомендации относительно ведения больных, перенесших эндоскопическое лечение по поводу эндометриоза, хотя их необходимость не вызывает сомнений.

Цель исследования: снижение частоты рецидива эндометриоза после лапароскопического лечения на основании изучения основных анамнестических, клинических, эхографических, эндокринологических и иммунологических изменений, а также усовершенствования алгоритма лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Для решения поставленной цели нами было обследовано 90 пациенток, которые были распределены на три группы: контрольная группа – 30 гинекологически и соматически здоровых женщин репродуктивного возраста; 1-я группа – 30 пациенток после лапароскопического лечения эндометриоза, получавших общепринятые реабилитационные мероприятия; 2-я группа – 30 пациенток после лапароско-

пического лечения эндометриозом, получавших предложенную нами методику реабилитации. Результаты проведенных исследований показали, что использование дифференцированного подхода к реабилитации больных с эндометриозами после проведенного лапароскопического лечения позволяет существенно снизить частоту рецидива и клинических проявлений данной патологии. Безусловным подтверждением эффективности предложенной методики являются полученные результаты эхографических, эндокринологических и иммунологических исследований.

### Сучасні мікробіологічні аспекти гнійно-запальних захворювань придатків матки

**В.С. Страховецький**

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

Значне, а часто і вирішальне значення в розвитку гнійних запальних захворювань придатків матки (ГЗЗПМ) відіграють так звані провокуючі чинники, серед яких особливу увагу слід приділити внутрішньоматковій контрацепції (ВМК). Проте до теперішнього часу не систематизовані питання залежності розвитку ускладненого перебігу ГЗЗПМ на фоні ВМК від стану імунітету. Значні труднощі представляє вибір раціональної етіотропної і патогенетичної терапії в цієї категорії хворих. У зв'язку з тим, що властивості мікроорганізмів під впливом зовнішніх і внутрішніх чинників постійно міняються, актуальними представляються дослідження, направлені на проведення моніторингу мікробного складу і антибіотикорезистентності при ГЗЗПМ. Усе викладене вище визначило мету справжнього дослідження – вивчити бактеріологічні і мікробіологічні особливості ГЗЗПМ. Основну групу досліджуваних склали 363 жінки з ГЗЗПМ у віці від 18 до 49 років (34,4±9,3 року). Контрольна група складалася з 40 здорових жінок, порівняних за віком з пацієнтками основної групи. Результати проведенних досліджень свідчать, що у хворих з різними патогенетичними варіантами ГЗЗПМ виявлені відмінності видового складу мікрофлори у вогнищі гнійного запалення. Мікрофлора у хворих з ГЗЗПМ на фоні ВМК характеризувалася достовірним переважанням анаеробних мікроорганізмів (79,1±6,2% штамів). Мікрофлора, виділена у хворих з ГЗЗПМ без ВМК, була представлена практично в рівній мірі аеробними/факультативно анаеробними (у 53,0±6,1%) і анаеробними (у 47,0±6,1%) мікроорганізмами, а також ПСПШ (у 40,9% хворих виділена *Chlamydia trachomatis*). Крім того, мають місце достовірні відмінності антибіотико-чутливості анаеробної мікрофлори у хворих з різними патогенетичними варіантами ГЗЗПМ. У пацієток з ГЗЗПМ на фоні ВМК 73,8±6,1% штамів анаеробних мікроорганізмів були стійкі до метронідазолу, 12,5±2,2% – до кліндаміцину і 6,3±1,9% – до амоксициліну, у хворих з ГЗЗПМ без ВМК ці штами були стійкі до кліндаміцину – 5,1±1,1% штамів, до амоксициліну – 18,5±3,1%, при цьому всі штами були чутливі до метронідазолу. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

### Особливості місцевих змін цитокинового статусу у жінок репродуктивного віку з перитонеальними спайками

**А.М. Суліма**

ДУ «Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського»

Найбільше значення в регуляції запальної реакції, а так само саморегуляції репаративних процесів в рані мають групи цитокінів, що продукуються макрофагами, нейтрофілами, моноцитами. Також можна стверджувати, що результат спайкового процесу визначається сукупністю міжклітинних взаємодій лімфоцитів, макрофагів, фібробластів, ендотеліоцитів і інших клітин через прямі рецепторні і медіаторовані контакти за принципом саморегуляції. Наявність спайок в черевній порожнині безпосередньо пов'язана з кількістю і об'ємом перенесених оперативних втручань на органах черевної порожнини, перенесеними інфекціями, а також поширеністю ендометріюїдних гетеротипій. Встановлено, що для жінок з трубно-перитонеальним безпліддям характерні зміни в імунному статусі: Т-клітинний імунodefіцит, зниження неспецифічної резистентності. Наявність подібних протиріч вказує на те, що питання адгезіогенезу залишаються до цих пір предметом наукових дискусій. Визначення експресії і дослідження ІЛ-2 в тканинах спайок різного генезу у пацієток репродуктивного віку може надати істотну допомогу в прогнозуванні їх утворення і рецидиву.

**Мета дослідження:** вивчити особливості експресії і розподілу ІЛ-2 в тканині тазових перитонеальних спайок у пацієток репродуктивного віку. Матеріалом для справжнього дослідження послужили фрагменти операційного матеріалу (спайки і їх ділянки) n=100, отримані у жінок репродуктивного віку при проведенні оперативної лапароскопії. 38 спайок від пацієток, які мають в анамнезі хронічні запальні захворювання органів малого тазу, 32 спайки від пацієток, що мають ендометріюїдну хворобу (12 пацієток з ендометріомами яєчників і 20 пацієток із зовнішнім перитонеальним ендометріозом) і 30 пацієток, які перенесли раніше операції на органах малого тазу і черевної порожнини. Свідченнями для оперативного лікування з'явилися: безпліддя, об'ємні утворення в яєчниках, хронічний тазовий біль або їх поєднання. Результати проведених досліджень свідчать, що в тканині спайок післяопераційного і запального генезу експресія ІЛ-2 є настільки низькою, що її, у ряді випадків, можливо, трактувати як негативну. Найбільша міра експресії маркера ІЛ-2 виявлялася в тканині спайок пацієток із зовнішнім генітальним ендометріозом. Низька експресія ІЛ-2 в тканинах перитонеальних тазових спайок пацієток репродуктивного віку може свідчити про зміну процесу регенерації очеревини у вигляді уповільнення процесів репарації і як наслідок формування спайок. На підставі отриманих даних, можна передбачити, що одним з аспектів патогенетичної профілактики утворення перитонеальних тазових спайок у пацієток репродуктивного віку є вживання препаратів, що підсилюють вироблення ендогенного ІЛ-2 як стимулятора процесу регенерації тканин з подальшою активацією механізмів імунної відповіді.

### Особливості тактики хірургічного лікування міоми матки у поєднанні з генітальним пролапсом

**В.А. Терехов**

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України, м. Київ

Сьогодні всесвітньо визнані авторитети в ендоскопічній хірургії стверджують, що немає обмежень для виконання лапароскопічної операції по видаленню матки. Досвід світової хірургії свідчить на користь того, що надмірно конфронтаційний, шлях розвитку, прагнучий до розробки «стандартних для всіх» альтернатив, не завжди продуктивний. Усі ці підходи є предметом обговорення і на сьогоднішній день не мають суворов певних постулатів дії. Залишаються до цих пір не вивченими критерії відбору, показання, протипоказання, доцільність, можливі очікувані ускладнення, віддалені результати для призначення того або іншого оперативного втручання при поєднаній патології матки без і з генітальним пролапсом. Аналіз наукової літератури свідчить про недостатнє освітлення вказаних аспектів проблеми, що з'явилося підставою до проведення справжнього дослідження.

**Мета дослідження:** підвищення ефективності хірургічного лікування поєднаної патології матки без і з генітальним пролапсом на основі розроблення і впровадження диференційованого підходу до вибору методики операції.

Програмою представленого дослідження було вивчення результатів хірургічного лікування хворих з доброякісними захворюваннями матки, простими і складними формами генітального пролапсу при використанні вагінального оперативного доступу. Використання пропонованого диференційованого підходу при хірургічному лікуванні поєднаної патології матки без і з генітальним пролапсом дозволяє відзначити значне поліпшення 96,7% хворих, а 83,3% з них вважали собі вилікуваними повністю. Найбільш високим відсоток позитивних результатів хірургічного лікування (93,3%) був в пацієток без генітального пролапсу, яким гістеректомія була виконана лише з приводу доброякісних захворювань матки і придатків з лапароскопічною асистенцією.

### Особенности плацентарной дисфункции с учетом варианта плацентации

**С.А. Ткаченко**

Медицинский институт Сумского государственного университета МОН Украины

Одной из основных проблем современного акушерства является разработка эффективных мер профилактики материнской и перинатальной смертности. Среди причин, оказывающих влияние на повышение этих интегральных показателей, следует отметить аномальное расположение плаценты (АРП), т.е. локализацию ее в области нижнего сегмента матки, частично или полностью ниже предлежащей части плода. Акушерский аспект проблемы заключается в решении вопроса сохранения или пролонгирования

ния беременности при кровотечениях, возникающих вследствие АРП. В перинатологии данная проблема представляет интерес с позиций задержки внутриутробного развития плода и преждевременного прерывания беременности. Однако многие вопросы этиологии, патогенеза, течения беременности и родов, состояния плода и новорожденного при АРП остаются до настоящего времени окончательно не изученными.

**Цель исследования:** изучить основные аспекты плацентарной дисфункции при аномальной плацентации. Проспективно обследовано 100 женщин (основная группа) с АРП.

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

### **Дискоординированная родовая деятельность – как проявление морфофункциональных нарушений миометрия**

**С.Я. Ткачик**

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

Изучение особенностей структуры миометрия в родах представляет практический интерес для понимания процессов этиологии, патогенеза развития аномалий родовой деятельности, что в свою очередь позволит повысить эффективность профилактики и лечения данной патологии. Сосудистая система миометрия в родах имеет ряд существенных особенностей. При изучении ультраструктуры миометрия обнаружены признаки пролиферации клеточных компонентов внутренней и средней оболочек сосудов. Исходя из изложенного выше, представляется перспективным изучение процессов образования новых сосудов в миометрии, которые могут играть ключевую роль в патогенезе развития дискоординированной родовой деятельности. Исследования рецепторного статуса в миометрии в процессе родов немногочисленны и противоречивы. Имеются единичные сведения о состоянии рецепторного аппарата при слабости родовой деятельности. Об уровне рецепторов миометрия при дискоординированной родовой деятельности в доступной нам литературе сведений нет.

**Цель исследования:** изучение роли морфофункциональных нарушений миометрия в развитии дискоординированной родовой деятельности.

С учетом поставленной цели мы изучили образцы миометрия из области разреза на матке при операции кесарево сечение у 25 рожениц, коррекция аномалии родовой деятельности у которых не принесла успеха и роды завершились путем операции кесарева сечения по поводу неэффективного лечения дискоординированной родовой деятельности (ДРД). Анализ проводился в сравнении с миометрием пациенток с физиологической родовой деятельностью (ФРД) у 11 пациенток, где показанием для операции были: клинический узкий таз, дистресс плода в родах. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что морфологическое обследование миометрия при дискоординиро-

ванной родовой деятельности, показало, 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 эстрогенсодержащих препаратов в родах с целью коррекции дискоординированной родовой деятельности. Необходим поиск препаратов, блокирующих прогестероновые рецепторы, не оказывающих отрицательного влияния на микроциркуляцию или улучшающих ее.

### **Хирургическое лечение сочетанной патологии матки – сравнительные аспекты различных методик**

**В.А. Шамрай**

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

На сегодняшний день предлагаются и внедряются различные методики оперативного доступа, используются новые синтетические материалы в качестве трансплантатов, снимаются ограничения для применения малоинвазивных методик, место традиционного абдоминального доступа занимает лапароскопический и влагалищный. Традиционные хирургические технологии в оперативной гинекологии, господствующие десятилетиями, вытесняют новые, что вызывает споры среди врачей достаточно долго оперирующих традиционными методами. Кроме того, с учетом многообразия возможных хирургических доступов не определены показания, противопоказания и четкие критерии выбора оперативного доступа при необходимости хирургического лечения доброкачественных новообразований матки. Это приводит к поляризации мнений специалистов о целесообразности применения малоинвазивных технологий при больших размерах миомы матки, наличии обширного спаечного процесса органов брюшной полости и малого таза. По нашему мнению не все научные задачи данного направления на сегодняшний день полностью решены. Одним из таких вопросов является тактика абдоминального хирургического лечения сочетанной патологии матки.

**Цель исследования:** изучить дискуссионные вопросы различных методов хирургического лечения сочетанной патологии матки.

В исследование были включены 359 женщин с сочетанной патологией матки, которым были проведены различные варианты оперативного лечения. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что использование абдоминальное хирургическое лечение 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.

**Влияние профессионального труда женщин –  
медицинских работников на развитие психоэмоциональных  
нарушений**

**А.С. Шельгин**

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

Специфика трудовой деятельности медицинских работников связана с воздействием профессиональных факторов, способных вызывать заболевания, приводит к потере трудоспособности, инвалидности, а в ряде случаев быть непосредственной угрозой жизни. Проблема охраны репродуктивного здоровья медицинских работников многогранна, и ее решение предполагает взаимодействие различных направлений здравоохранения и социальной политики государства с учетом национальных особенностей и международных стандартов. Несмотря на важность проблемы, в литературе недостаточно доказательных данных по состоянию психоэмоционального статуса женщин-медицинских работников, что, безусловно, оказывает существенное влияние на состояние их соматического и репродуктивного здоровья.

Цель исследования: изучение роли профессионального труда женщин - медицинских работников в нарушении психологического статуса. С целью выявления основных особенностей психоэмоционального статуса у женщин медицинских работников с соматической заболеваемостью нами была проведена комплексная клиничко-лабораторная и функциональная оценка состояния здоровья, в том числе и репродуктивного, у 100 женщин врачей различных специальностей и у 100 женщин средних медицинских работников по данным проведенного анкетирования. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высоком уровне психоэмоционального напряжения у женщин – медицинских работников. Это связано с неудовлетворенностью своей работой, чрезмерной нагрузкой, нервно-эмоциональным напряжением, что подтверждается данными гигиенической оценки условий труда и состоянием соматического здоровья. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Особливості проведення допоміжних репродуктивних технологій  
у жінок з вродженими аномаліями розвитку матки**

**С.В. Шиянова**

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

У структурі жіночого безпліддя вроджені аномалії розвитку матки (ВАРМ) займають значне місце, причому, найбільш частою такою патологією є дворога матка і різні перегородки в її порожнині. У літературі приведена безліч визначень поняття ВАРМ, але найчастіше цим терміном позначають різні анатомічні і функціональні дефекти з боку матки. Останніми роками в Україні широко використовуються допоміжні репродук-

тивні технології (ДРТ), у тому числі і при жіночому безплідді. Не дивлячись на те, що серед протипоказань до ДРТ зустрічаються і ВАРМ, проте не всі форми і варіанти. При цьому відсутні чіткі критерії включення і виключення пацієнток з ВАРМ з програми ДРТ. У зв'язку з вищевикладеним, представляє значний інтерес вивчення особливостей проведення ДРТ у пацієнток цієї групи.

**Мета дослідження:** зниження частоти порушень репродуктивної функції у жінок з ВАРМ на основі вивчення клінічних, ендокринологічних і функціональних змін, а також розробки і впровадження алгоритму проведення у них ДРТ. Отримані результати дозволили розширити відомості про патогенез порушень репродуктивної функції, розробити питання диференціальної діагностики різних форм і варіантом ВАРМ у пацієнток з безпліддям. Розроблено і впроваджено в клінічну практику диференціальні схеми обстеження і підготовки до ДРТ пацієнток з ВАРМ. Науково обґрунтовано алгоритм ведення I триместра вагітності у пацієнток з ВАРМ після ДРТ.

**Особенности профилактики послеоперационной заболеваемости у  
гинекологических больных старших возрастных групп**

**В.В. Яцентюк**

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

Профилактика послеоперационных осложнений является достаточно изученной проблемой в современной гинекологии. В то же время, частота разных осложнений, в первую очередь воспалительного генеза, является повышенной при наличии разных факторов риска, к которым, безусловно, относятся и больные старших возрастных групп с соединенной патологией матки. Такая ситуация требует дополнительного изучения данного научного задания и разработки эффективного комплекса лечебно-профилактических мероприятий. Все изложенное выше является достаточным обоснованием актуальности выбранного научного задания.

Цель исследования: снижение частоты послеоперационной заболеваемости у женщин старших возрастных групп с соединенной патологией матки на основе изучения в них клиничко-морфологических, микробиологических и иммунологических особенностей, а также разработки и внедрения комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

Для решения поставленной цели нами были обследованы 150 пациенток в возрасте старше 60 лет, которые были распределены на три группы. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что усовершенствованная нами методика профилактики послеоперационных осложнений больных старших возрастных групп с генитальной патологией позволяет существенно снизить частоту послеоперационных осложнений. Это происходит на фоне адекватной коррекции микробиоценоза половых путей и иммунного статуса. Методика является простой, общедоступной и может найти широкое приложение в практическом здравоохранении.

**Наукове видання**  
**ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ**  
**СПІВРОБІТНИКІВ**  
**НМАПО імені П.Л. ШУПИКА**

**Випуск 23, книга 6 (частина 1)**

Головний редактор:  
академік НАМН України, професор  
**Ю.В. Вороненко**  
Науковий редактор: член-кор. НАМН України, д.мед.н., проф.  
**Ю.П. Вдовиченко**

Художній і технічний редактор:  
Л.В. Сухих

Комп'ютерне упорядкування та верстка: **А.О. Бондаренко**

Редактор англ. резюме: к.пед.н., доцент **Л.Ю. Лічман**

**Замовник та видавець:** НМАПО імені П.Л. Шупика

Адреса для листування: Україна, 04112, м. Київ-112, вул. Дорогожицька, 9  
Адреса редакції: Україна, 04112, м. Київ-112, вул. Дорогожицька, 9, кім. 403,  
тел./факс (044) 440-61-92  
e-mail: [nmapo403@ukr.net](mailto:nmapo403@ukr.net)

Формат 60x84/16. Папір офсетний. Гарнітура Peterburg. Друк офсетний.  
Обл. видав. арк. – 29,64. Ум.-друкарк. – 18,96.  
Друк ТОВ «Медичний видавничий дім «Професіонал»»  
Тел./факс: (044) 220-15-41