



НМАПО

**ім. П.Л. Шупика
МОЗ України**

www.nmapo.edu.ua

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

**Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика
Київ, 2014 р. – 316 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. Вепюгнева** - д.мед.н., проф.; **Н.Г. Гойда** - д.мед.н., проф.; **Ю.І. Головченко** - д.мед.н., проф.; **Р.І. Гош** – к.біол.н., с.наук.с.; **Г.І. Герцен** - д.мед.н., проф.; **В.Г. Гетьман** - д.мед.н., проф.; **Л.Л. Давтян** - д.мед.н., проф.; **О.Я. Дзюблик** - д.мед.н., проф.; **М.М. Долженко** - д.мед.н., проф.; **О.Й. Жарінов** - д.мед.н., проф.; **В.А. Загорій** – д.мед.н., проф.; **Ю.П. Зозуля** - академік НАМН України, проф.; **К.М. Ігрунова** - д.мед.н., проф.; **В.К. Казимирко** - д.мед.н., проф.; **А.А. Калашніков** - д.мед.н., проф.; **В.М. Коваленко** - член.-кор. НАМН України, проф.; **О.Є. Коваленко** - д.мед.н., проф.; **І.П. Козярін** - д.мед.н., проф.; **Р.С. Коритнюк** - д.мед.н., проф.; **Г.П. Козиняць** - 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 2)

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; 316 p.**

The 23rd collected transactions appear in 6 books. The 6th 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 2)

Kyiv – 2014

ЗМІСТ

АКУШЕРСТВО

Морфологічні основи ініціативи первинної профілактики втрат вагітності у жінок зі сполучнотканинними дисплазіями <i>О.О. Бібік, І.В. Сорокіна, Л.Г. Назаренко</i>	11
Вагітні до 18 років – як група ризику акушерської і перинатальної патології <i>М.А. Болотна</i>	20
Навчально-методологічне оцінювання відношення лікарів акушер-гінекологів до партнерських пологів <i>С.Ю. Вдовиченко</i>	23
Вплив патологічної прибавки маси тіла з дизметаболічними порушеннями на наслідки вагітності та пологів <i>В.І. Бойко, Т.М. Кваскова</i>	30
Вплив партнерських пологів на характер пологової діяльності <i>В.І. Бойко, Н.А. Кобилецька</i>	34
Плацентарна дисфункція при багатоводді <i>І.Д. Кондратенко</i>	37
Профілактика невиношування у жінок із запальними процесами репродуктивної системи <i>І.Ю. Костюк</i>	42
Повторний кесарів розтин під час партнерських пологів при неспроможності рубця на матці <i>І.П. Нецкарь</i>	46
Імунологічний контроль цитотрофобластичної інвазії в ранні терміни вагітності <i>О.В. Трохимович</i>	51
Особливості прогнозування перинатальної патології при аномаліях розвитку плідного яйця та аномальній плацентації <i>С.А. Куріцина</i>	58
Рубець на матці після кесарева розтину: ехографічні та морфологічні особливості <i>В.І. Гузь</i>	65
Влияние варикозной болезни матери на перинатальные исходы родоразрешения <i>Л.В. Манжула</i>	71

Особливості плацентарної дисфункції після допоміжних репродуктивних технологій <i>Д.М. Масло</i>	75
Профилактика анемии беременных и преждевременных родов у многорожавших женщин <i>Е. Набхан</i>	80
Вплив аномалій розвитку матки на особливості маточно-плацентарної та плодово-плацентарної гемодинаміки при різних формах плацентарної дисфункції <i>М.О. Сазонова</i>	84
Вплив глистяної інвазії на розвиток анемії вагітних у жінок із хронічною патологією печінки та травного тракту <i>М.І. Соколова</i>	92
Особливості діагностики та лікування доброякісних новоутворень яєчників при вагітності <i>В.І. Бойко, Н.П. Сухоставець</i>	98
Вплив різних варіантів аномальної плацентації на перинатальні наслідки розродження <i>В.І. Бойко, С.О. Ткаченко</i>	101
Патологічний прелімінальний період на фоні плацентарної дисфункції – як фактор ризику перинатальної патології <i>С.Я. Ткачик</i>	106
Тактика ведення багатоплідної вагітності без використання родинно-орієнтованих технологій <i>Т.А. Шинкарук</i>	110

ГІНЕКОЛОГІЯ

Дисфункция яичников и изменения иммунного статуса при наружном генитальном эндометриозе <i>Абугали Алаа</i>	117
Вплив мікробіоценозу статевих шляхів на вибір варіанту гормональної контрацепції <i>Н.В. Адамчук</i>	122

Профилактика послеабортных осложнений у девочек-подростков с использованием коррекции микробиотоза половых путей	
<i>С.Н. Бакшеев</i>	127
Тактика ведения многорожавших женщин с патологией шейки матки и нарушениями менструальной функции	
<i>Е.А. Бунятова</i>	131
Актуальні аспекти діагностики аномалій матки і піхви до вагітності	
<i>В.І. Бойко, Ю.С. Воліна-Стахорна</i>	135
Порівняльні аспекти ускладнень при гінекологічних лапароскопічних операціях	
<i>О.А. Волошин</i>	142
Вплив змін ендокринологічного статусу на розвиток гіперпластичних процесів ендометрія у жінок репродуктивного віку	
<i>Д.М. Гаврюшов</i>	152
Тактика оперативного лікування поєднаної патології матки: порівняльні аспекти	
<i>М.Л. Куземенська, Е.С. Гладенко</i>	158
Тактика лікування генітального ендометріозу з позицій клініко-імунологічного контролю	
<i>І.П. Гнип</i>	162
Порівняльні аспекти консервативної міомектомії при різній локалізації вузлів	
<i>С.В. Грідчін</i>	171
Вплив порушень менструальної функції у дівчат на стан грудних залоз	
<i>Т.С. Зоріна</i>	177
Ендоскопічна діагностика та лікування поєднаної патології матки і яєчників з репродуктивних позицій	
<i>Г.В. Колесник</i>	181
Порушення репродуктивної функції при фіброзно-кістозній хворобі	
<i>Р.Е. Кубрак</i>	185
Влияние консервативной миомэктомии на менструальную функцию женщины	
<i>Е.О. Литвак</i>	190
Влияние генитального эндометриоза на состояние грудных желез	
<i>Б.М. Лысенко</i>	196

Оптимізація методики малоінвазивної хірургії у жінок з трубно-перитонеальним безпліддям	
<i>М.С. Молодиченко</i>	200
Корекція порушень репродуктивної і менструальної функції у жінок з доброякісними захворюваннями грудних залоз	
<i>О.А. Полюлях</i>	205
Дискусійні питання хірургічного лікування різних форм генітального ендометріозу	
<i>П.М. Прудніков</i>	209
Вплив запальних процесів статевих органів на стан місцевого імунітету каналу шийки матки	
<i>В.І. Бойко, В.Ю. Радько</i>	215
Вплив пізнього репродуктивного віку на стан фетоплацентарного комплексу	
<i>Т.В. Лещева, К.Л. Романенко</i>	219
Вплив метаболічного синдрому на перебіг прегравідарного періоду	
<i>С.Г. Русалкіна</i>	224
Віддалені наслідки хірургічного лікування лейоміоми матки великих розмірів	
<i>В.І. Бойко, В.А. Терехов</i>	228
Шляхи зниження післяопераційних ускладнень при поєднаній патології матки у жінок старших вікових груп	
<i>В.А. Шамрай</i>	232
Реабілітація жінок після консервативно-пластичних вагінальних операцій	
<i>В.В. Яцентюк</i>	236

БЕСПЛІДДЯ

Усовершенствование вспомогательных репродуктивных технологий при наличии гиперандрогении у женщин	
<i>М.М. Адамов</i>	240
Досвід використання м'яких стимуляцій у програмах допоміжних репродуктивних технологій	
<i>І.В. Бабенко</i>	245
Оптимизация тактики ведения женщин с бесплодием на фоне йоддефицитных заболеваний	
<i>Д.Ю. Берая</i>	253

Профілактика передчасних пологів і затримки розвитку плода у жінок з безпліддям в анамнезі В.І. Бойко, О.І. Бутенко	258
Клинико-иммунологические критерии эффективности вспомогательных репродуктивных технологий при различных формах бесплодия А.С. Дарий	263
Ефективність та невдалі спроби допоміжних репродуктивних технологій у пацієнок з гіперандрогенією різного генезу І.Е. Палига	270
Ендометріоз яєчників як причина безпліддя у жінок (огляд літератури) Т.І. Піддубна, М.Л. Кузьоменська	275
Вплив різних методів лікування безпліддя на розвиток передчасних пологів Я.А. Рубан	286
Роль аномалій розвитку статевих органів протягом безпліддя у пацієнок пізнього репродуктивного віку А.П. Садовий	290
Тактика лікування безпліддя у жінок із патологією яєчників Ю.В. Страховецька	295
Актуальні аспекти прогнозування ефективності допоміжних репродуктивних технологій у жінок без та з аномаліями розвитку матки С.В. Шиянова	299
Матеріали науково-практичного семінару з міжнародною участю «Здоров'я матері, плода та новонародженого в Україні» 12 листопада 2014 року, м Київ	306

Морфологічні основи ініціативи первинної профілактики втрат вагітності у жінок зі сполучнотканинними дисплазіями

О.О. Бібік¹, І.В. Сорокіна², Л.Г. Назаренко³

¹Харківська медична академія післядипломної освіти

²Харківський національний медичний університет

³КЗОЗ «Харківський міський клінічний пологовий будинок № 6»

З метою обґрунтування первинної профілактики невиношування вагітності у жінок із недиференційованими дисплазіями сполучної тканини проведено морфофункціональне дослідження хоріону, плаценти й плацентарного ложа при самовільних ранніх та пізніх абортах у осіб з ознаками дисплазії і нормальним фенотипом. Встановлено однотипні зміни в I і II триместрах, які в сукупності є ознаками реалізації дефектів метаболізму сполучної тканини на рівні матково-плацентарного комплексу. Отримані дані розглянуто як основу для прекоцепційної підготовки таких жінок комплексом засобів метаболічної, ангіопротекторної й гормональної підтримки.

Ключові слова: вагітність, невиношування, дисплазія, плацента.

В теперішній час не викликає сумніву, що подолання проблеми невиношування вагітності (НВ) є дійовим інструментом впливу на демографічні перспективи суспільства. В контексті найбільш багатообіцяючої сучасної моделі охорони здоров'я – «4Р медицини» (P4 Medicine: a predictive, personalized, preventive and participatory approach to medicine – медицини, що провіщає, персоналізований, попереджувачий, такої, що передбачує участь пацієнта), умовою для вирішення цього завдання має стати переміщення головного вектору медичної допомоги жінкам репродуктивного віку в напрямку від реагуючої до превентивної стратегії. Це передбачає розуміння пацієнтом відповідальності за своє здоров'я, як визначальної характеристики якості життя.

Суттєві переваги, стосовно виходів вагітності, як відомо, мають жінки зі свідомою підготовкою до материнства. В це поняття включається не стільки прагнення до збільшення родини, що забезпечується спроможністю до настання вагітності, певним соціальним статусом, скільки усвідомленням персональних особливостей стану здоров'я, наявності так званих ризиків, які ставлять під сумнів або знижують шанс виношування і народження здорової дитини з достатнім потенціалом життєздатності. Тому в сучасних умовах в розвинутих країнах світу базовим компонентом акушерської допомоги стає прекоцепційна (предгравідарна) опіка, яка включає три головні розділи *індивідуалізованого* надання жінці або подружній парі необхідної підтримки соціального і медичного змісту. Це (1) освітня платформа зі

стимулювання здоров'я, (2) ідентифікація й оцінка ризику, (3) заходи, спрямовані на ці ризики, аби знизити або усунути чинники, які можуть вплинути на майбутню вагітність [1, 2]. Плюси охоплення жінки прекоцепційною опікою проявляються мінімізацією частоти ранніх і пізніх втрат вагітності, перинатальних ускладнень і більш низькою неонатальною смертністю.

Однією із перших і найважливіших складових *індивідуалізації* медичного супроводу є увага до соматоморфологічного статусу пацієнтки, зокрема, до особливостей будови тіла, до загальної і регіональної диспластичності [3]. Такий підхід дає, без додаткових витрат, об'єктивний клінічний матеріал для аналізу структури преморбідних станів, особливостей фізичного та психологічного розвитку пацієнтів, прогнозованих патологічних станів і хвороб [4].

У зв'язку з цим об'єктом нашої уваги стали питання взаємозалежності передчасного самовільного завершення вагітності і недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) – патологічного стану, широка і наростаюча поширеність якого є відзнакою сучасного покоління дітей, підлітків, молоді, дорослих. Раніше проведені нами дослідження дозволили визначити НДСТ як самостійний і значимий фактор ризику втрати вагітності в другому триместрі, охарактеризувати клінічне значення формування при вагітності *феномену скороченої шийки матки*, який є передвісником і навіть еквівалентом цервікальної недостатності, як *вісцеральної ознаки аномалій сполучної тканини* в сучасному репродуктивному поколінні українських жінок [5]. Проте, для отримання вичерпних уявлень про сутність зазначеного взаємозв'язку необхідним уявляється розуміння того, що саме є морфологічною основою несприятливого завершення і втрати вагітності на рівні матково-плацентарного комплексу. Відповідь на це питання є необхідною умовою вибудовування цілеспрямованої персоналізованої стратегії прекоцепційної підготовки і превентивного медичного супроводу при вагітності.

Мета дослідження: обґрунтування алгоритму первинної профілактики невиношування у жінок із НДСТ, сутністю якої є прекоцепційна підготовка, на підставі клініко-морфофункціонального дослідження, вивчення його практичних можливостей щодо зниження частоти втрат вагітності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проведено в два етапи.

Змістом першого етапу було проведення клініко-морфологічних паралелей у жінок з клінічно виразною НДСТ (середня ступінь тяжкості за шкалою Фоміної [6]) при завершенні вагітності раннім самовільним абортom в терміні 6–10 тиж (I група, 12 спостережень), пізнім самовільним викиднем в 16–20 тиж (II група, 15 спостережень). Групи порівняння були складені із числа соматично здорових жінок, які не мали в анамнезі репродуктивних проблем. До групи III включили 5 випадків артифіціального аборту за бажанням жінки, виконаного за допомогою одноразової вакуумної системи. У групу IV було відібрано 6 випадків пізнього самовільного аборту, в яких шляхом клініко-лабораторного обстеження медичну причину не було встановлено, проте, були вказівки на епізоди надмірного фізичного навантаження або психоемоційного стресу, які передували появі симптомів болю, патологічних вагінальних виділень.

Особливістю перебігу самовільного аборту в II групі було безсимптомне скорочення шийки матки, дилатація каналу шийки матки, пролапс плідного міхура, що дозволило визнати як загальний для даного контингенту провідний патогенетичний фактор втрати вагітності – цервікальну недостатність. Всі жінки цієї групи надійшли до гінекологічного відділення в стані, який було розцінено як вкрай прогностично сумнівний, незворотний з точки зору пролонгації вагітності. Із них в 4 випадках було задіяне екстрений серкляж, але, незважаючи на це, протягом 1–3 діб стався абортивний вихід.

Матеріалом для дослідження слугували в I і III групі тканини ендометрію (біопсія із ділянки плацентарного ложа), ворсин хоріону і амніотичної оболонки, а в II і IV групі – тканина плаценти (через відсутність потреби в інструментальній ревізії матки, з етичних міркувань тканина ендометрію не залучалася у досліджуваний матеріал).

Досліджуваний матеріал надавали фіксації в 10% нейтральному формаліні, целлоїдин-парафіні, спиртовій проводці. Зрізи товщиною 5–6 мкм офарблювали гістологічними методами: гематоксиліном і еозином, пікрофуксином за Ван-Гізеном, по Малорі; гістохімічними методами ідентифікували мукополісахариди (PAS-реакція з контролем амілазою).

Імуногістохімічне дослідження проводили непрямим методом Кунса за методикою Brosman (1979). Макрофаги й апоптозно змінені клітки диференціювали за допомогою моноклональних (МК) антитіл (АТ) до CD68 і CD95 (Novocastra Laboratories Ltd). Коллагени типували МКАТ до колагенів (**К**) I, IV типів, фибронектин – МК АТ до фибронектину (Novocastra Laboratories Ltd.), **К** III типу – МК АТ до **К** III типу (IMTEK Ltd, Росія). За люмінесцентну мітку використовували F(ab)-2 фрагменти кролячих АТ проти імуноглобулінів миші, мічених ФІТЦ. Препарати вивчали в люмінесцентному мікроскопі «Axioskop 40», з використанням світлофільтрів: ФС-1-2, СЗС-24, БС-8-2, УФС-6-3.

Стереометричними методами за допомогою мікроскопа «Olympus» ВХ-41 і програмного забезпечення Biostat.exe визначали відносні обсяги основних структурних компонентів тканинного матеріалу. Статистичний аналіз проведений за допомогою стандартного пакету програм Statgraphics.

На другому етапі нами було реалізовано власні уявлення щодо оптимального обсягу предгравідарної підготовки, обґрунтовані виявленими в клініко-морфологічному дослідженні змінами морфофункціонального стану матково-плацентарного комплексу при ранній і пізній втраті вагітності. Незважаючи на встановлений асоціативний зв'язок НДСТ з втратами вагітності другого триместру, вважалося за доцільне узяти об'єктом дослідження також і ранні самовільні аборти, як своєрідну модель якості у даного контингенту жінок гестаційних перетворень і адаптивних реакцій, від яких залежить успіх подальшого розвитку вагітності.

В дослідження було запрошено 35 осіб з НДСТ, які за поінформованою згодою пройшли предгравідарну підготовку, в наступному завагітніли і погодились на розроблені нами підходи до медичного супроводу під час вагітності (група **А**). Групою порівняння (група **В**) слугували 35 жінок з НДСТ середнього ступеня тяжкості, які обмежились стандартним веденням вагітності, що настала без предгравідарної підготовки.

Критеріями виключення із дослідження були завмерла вагітність, вроджені аномалії статевих органів, скелету і внутрішніх органів жінки, запальні і неінфекційні екстрагенітальні захворювання в стадії суб- і декомпенсації, генетичні аномалії плода.

Критеріями ефективності запропонованого алгоритму первинної профілактики НВ вважали наявність загрози переривання, строк і спосіб завершення вагітності (пізні і ранні викидні, передчасні і термінові пологи), перинатальні виходи (затримка росту плода [ЗРП], неонатальна захворюваність, потреба в інтенсивній допомозі).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В I і III групах при мікроскопії матеріалу виявлялися елементи хоріону (гладкий хоріон і компоненти ворсинчастого хоріона [ВХ]) й хоріального ложа, а також тканина амніотичної оболонки (представлена базальними мембранами й розташованими на них клітинами амніотичного епітелію).

У складі децидуальної оболонки [ДО] II групи ідентифікувалися широка яскраво еозинофільна Шик-позитивна смужка фібриноїду (зона Рора), великі децидуальні клітки переважно епітеліоїдного типу, подекуди й дрібні децидуальні клітини проміжного типу.

Серед децидуальних клітин зустрічалися й т.зв. гігантські клітини, що містять 2-3 ядра і формуються шляхом злиття клітин інтерстиціального трофобласту [7].

У фрагментах ДО виявляються матково-плацентарні артерії. Якщо у препаратах III групи стінки артерій представлені одиничними ендотеліоцитами, розташованими на тонких базальних мембранах, а також рясними відкладеннями фібриноїду, то в I групі в усіх спостереженнях має місце збереження ендотеліального покриву на значному протязі судинних стінок на фоні менш виражених фібриноїдних відкладень. Це свідчить про затримку при НДСТ процесу перетворення спіральних артерій у матково-плацентарні артерії, якими забезпечується приплив артеріальної крові в міжворсинковий простір. Натомість, без урахування особливостей метаболічного статусу й фенотипу жінки, властивого НДСТ, збереження ендотелію в спіральних артеріях спостерігається тільки в кожному другому випадку при ранніх мимовільних абортів [8].

Є підстави припустити, що в основі цього явища полягає особливість колагеноутворення IV типу в складі базальних мембран. Результати імуногістохімічного дослідження матеріалу груп I і III наведені в таблиці 1. Як видно із отриманих даних, в базальних мембранах матково-плацентарних судин III групи виявлене слабе світіння K IV типу, проте, в подібних структурах I групи інтенсивність світіння K IV типу є вищою. Оскільки K IV типу вважається стабілізатором базальних мембран і відіграє роль у підтримці трофічних процесів в ендотелі, вірогідно, низький його вміст при ранній неускладненій вагітності забезпечує редукцію ендотеліального покриву та формування фібриноїду. Натомість, в групі жінок з НДСТ цей процес гальмується.

У складі судинного фібриноїду відзначаються два типи K – K IV типу й інтерстиціальний K III типу. Якщо в III групі переважає K IV типу, то в I – K III типу.

Кількісні результати імуногістохімічного дослідження матково-плацентарного комплексу при абортівному виході ранньої вагітності

Група	Оптична щільність світіння колагенів у стінках матково-плацентарних артерій (ум.ом.)			Оптична щільність світіння колагенів у ворсинчастому хоріоні (ум.од.)		Опт. щільність світіння фібринектину в стромі ворсин
	K IV типу базальних мембран судин	Судинний фібриноїд		K IV типу в синцитіальних і судинних мембранах	K III типу в стромі ворсин	
		K IV типу	K III типу			
I	0,14±0,004*	0,07±0,003*	0,19±0,002*	0,1 ±0,001*	0,2±0,005*	0,07±0,002*
II	0,09±0,002	0,13±0,003	0,11±0,001	0,08 ±0,003	0,15±0,007	0,12 ±0,004

Примітка: * – достовірність різниці відповідних показників у групах ($p \leq 0,05$).

В одиничних препаратах III групи і в кожному 6-му групи I серед клітинних елементів ДО виявлялися нейтрофільні гранулоцити, лімфоцити, плазмобласти, плазмоцити, еозинофіли, як осередкова запальна інфільтрація під смужкою фібриноїдного некрозу (зона Рора).

В обох групах ВХ представлено ворсинами ембріонального типу, у яких відзначається статок кровоносних судин, численні розгалуження, з перевагою еритроblastів у просвіті кровоносних судин. Морфометричне дослідження дозволило виявити відносно більший відносний обсяг еритроblastів у групі I ($0,97 \pm 0,08\%$ проти $0,4 \pm 0,02\%$ в групі II, $p < 0,05$).

Нами виявлено відносно вищий обсяг популяції макрофагів у стромі ворсин в препаратах I групи ($6,02 \pm 0,001$ кл. в полі зору * 400) в порівнянні з III групою ($4,3 \pm 0,001$, $p < 0,001$). Величина апоптозного індексу в стромі ворсин спостережень I групи також була вищою ($0,47 \pm 0,006$ в групі I і $0,26 \pm 0,009$ в групі III, $p < 0,001$). І оскільки серед стромальних клітин більшу частку становлять фібробласти, можна припустити, що активізація апоптозу характерна передусім для цієї популяції клітин.

В стромі ворсинок виявлено інтерстиціальні колагени як III типу, так і I (зрілий). В обох групах переважав K III типу, тоді як K I типу виділявся у мізерному виді, що навіть не підлягало визначенню оптичної щільності. У групі I вміст K IV типу в складі базальних мембран був вищим, ніж в групі III, а K III типу – значно нижчим. Можливо, дефіцит стромальних колагенів пов'язаний з нестатком фібринектину, вміст якого в стромі ворсин є суттєво нижчим при НДСТ (група I).

Вогнищами в усіх спостереженнях обох груп відзначалися вільні симпласти ворсин, що відділилися від синцитіального покриву – острівці з 10–17 ядер, оточених загальною цитоплазмою з мікроворсинками.

В спостереженнях I групи часто виявлялися дрібні ворсинки, покриті тонким сплошним синцитієм, при відсутності в їхній стромі капілярів, а також ворсинки, у синцитіальному прошарку яких мали місце зони фібриноїду, а в стромі – ознаки дезорганізації сполучної тканини (фібриноїдні набряк і некроз), а також мікрогрануломатозні зміни, яких майже не відзначалося в препаратах III групи.

При морфометричному дослідженні в I групі відзначено менший відносний обсяг синцитію, цитотрофобласту, судин, строми ворсин і фібробластів у складі строми ($P < 0,05$) в сполученні з тим, що у **ВХ** більшим був обсяг еритробластів у просвітах судин, клітин Кашенко-Гофбауера в стромі ворсин, а також набряк строми, фібриноїдного перетворення й мікрогрануломатозних змін у ній ($P < 0,05$).

Ендометріальний компонент включав розгалужені маткові залози, стінки яких вистелені світлими епітеліоцитами. У просвітах залоз виявлявся гомогенний еозинофільний секрет. У стромі ендометрію відзначалася децидуальна реакція, сильніше виражена в периваскулярних просторах спіральних артерій. Серед децидуальних клітин в обох групах відзначалася перевага проміжних і мало диференційованих форм, а також нечисленні нейтрофільні гранулоцити, лімфоцити, одиничні плазмоцити. В 45% препаратів I групи в тканині визначилися вогнища крововиливів.

При *пізніх самовільних абортах* в обох групах в плацентах виявлено усе три функціональні зони – базальна оболонка, **ВХ** і хоріальна пластинка.

В базальній оболонці в кожному 10-у препараті II групи була значно виражена запальна інфільтрація, осередками з периваскулярною локалізацією і серед фібриноїдної субстанції. Серед імунних клітин відзначалися численні нейтрофільні гранулоцити. На границі з ворсинчастим хоріоном відзначалася суцільна смужка фібриноїду.

У препаратах II групи звертають увагу дрібні вогнища колагенізації. В них імуногістохімічно виявлені два типи колагенів – **К III** типу (молодий інтерстиціальний) і **К IV** типу (в IV групі він локалізується в складі базальних мембран епітелію й судин).

Інтенсивність світіння **К IV** типу в стінках судин базальної пластинки була вищою в III групі. У фібриноїдній субстанції **ДО** виявлялися **К IV** типу й інтерстиціальний **К III** типу. У IV групі переважав **К IV** типу, а в препаратах III групи **К III** типу.

У **ВХ** обох груп виявлялися ворсинки різного ступеня зрілості, але в IV групі він виглядав більше зрілим. Рідшими були ембріональні, ворсини, з характерними відкритими стромальними каналами. В II групі незрілість **ВХ** була більше виражена. В кожному 8-у препараті вимальовувався синдром патологічної незрілості **ВХ**, в 22,0% – синдром дисоційованого розвитку **ВХ**. У судинах **ВХ** всіх спостережень переважали еритроцити, у II групі часто зустрічалися й еритробласти. Синцитіальні базальні мембрани тонкі й у всіх спостереженнях містять **К IV** типу. Однак, у препаратах II групи базальна мембрана синцитіального покриву місцями була стовщеною, з яскравим світінням **К IV** типу, а також і не характерного для базальних мембран інтерстиціального **К III** типу. У деяких спостереженнях II групи синцитіальний епітелій великих ворсин сплоснений, місцями з явищами десквамації, фібриноїдним перетворенням, в інших – з проліферацією синцитію термінальних ворсинок з утворенням численних синцитіальних вузликів. Вогнищами в термінальних ворсинках виявляється ангіоматоз.

Особливістю судинного компоненту **ВХ** в II групі є часте виявлення ендотеліоцитів з явищами проліферації, що призводить до звуження просвіту судин.

У порівнянні з IV групою, строма ворсинок у більш пухка, містить менше фібробластів і фиброцитів, більше багата макрофагами (в II групі $4,1 \pm 0,003$ клітини в поле зору $\times 400$, в IV – $2,0 \pm 0,002$).

В обох групах, поряд з рисами незрілості, виявлялися ознаки старіння **ВХ** (зони склерозу).

Апоптозно змінені клітини в стромі **ВХ** були у більшій кількості в групі II в порівнянні з IV.

За відносним обсягом основних структурних компонентів плацент, ми виявили відмінності при НДСТ: збільшений відносний обсяг фібриноїду й запальної інфільтрації.

Таким чином, у жінок з НДСТ як при ранніх, так і пізніх мимовільних абортах виявляються однотипні морфологічні зміни: недостатність синцитіального покриву ворсин, фібриноїдне перетворення зі зменшеним відносним обсягом функціонуючих зон, дефіцит фібробластів у стромі ворсин, порушення колагенування, що формує надмір молодого **К III** типу й дефіцит зрілого **К I** типу, на фоні вираженої недостатньої продукції фібронектину. Посилення макрофальної реакції й апоптозу стромальних елементів **ВХ**, активні фібриноїдні перетворення, в першу чергу синцитіотрофобласту, сполучаються з ознаками напружених адаптаційно-приспосувальних реакцій і неангіогенезу в термінальних ворсинках. Отримані дані дозволяють скласти уявлення, що вагітність на фоні НДСТ має ускладнений прогноз, що, ймовірно, пов'язано з генетичною програмою метаболізму сполучної тканини, на фоні чого підвищується ризик первинних розладів інвазії трофобласту і плацентації. Усе це ми вважаємо аргументами «за» необхідність особливого медичного супроводу таких жінок в межах передгравідарної підготовки.

Запропонований нами комплекс, окрім загально визнаної дієтичної підтримки для осіб з НДСТ, включає збагачення харчовими додатками, що містять ЩЗ-поліненасичені жирні кислоти (ПНЖК), або лікарськими засобами з очищеними ЩЗ-ПНЖК, бажано в комбінації з вітамінами групи В та фоліевою кислотою, в сполученні із засобами, що містять L-карнитин, і ангіопротекторами з групи біофлавоноїдів. Важливою складовою вважали прогестеронову підтримку, з пріоритетом вагінальних форм введення препаратів.

Порівняльний аналіз особливостей перебігу і наслідків вагітності, стану плода та новонародженого в **A** і **B** групах показав, що у відсутності цільової прекоцепційної підготовки клінічно значима загроза переривання в різні терміни спостерігалася в 3,2 рази частіше (74,3% в групі **B**, 22,9% в групі **A**), відзначалися такі ускладнення, як синдром ЗВР плода, дистрес. Нами відмічено значимий вплив предгравідарної підготовки на загальне самопочуття, що, зокрема, проявилось усуненням симптомів хронічної втоми, характерної для осіб з НДСТ, призвело до бажаної корекції маси тіла у жінок з астеничною статурою і дефіцитом ваги, що, ймовірно, є відображенням підвищення адаптаційного ресурсу, який і реалізуватиметься при настанні вагітності.

Використання розробленої нами схеми первинної профілактики НВ для осіб з НДСТ в сполученні з комплексною превентивною метаболічною, ангіопротекторною і гормональною підтримкою й під час вагітності дозволило доносити

вагітність до терміну своєчасних пологів в 91,4% жінок групи А (на відміну від 68,6% в групі В), знизити число перинатальних уражень при повній відсутності втрат. В групі В, пацієнтки якої одержували терапію при розвитку клінічних симптомів, мали місце одиничні ранні репродуктивні втрати внаслідок пізніх абортів і передчасних пологів, синдром ЗВР плода в 20%, що, вірогідно, пов'язано з не коригованими судинними аномаліями, недостатньою гестаційною трансформацією.

ВИСНОВКИ

У жінок з НДСТ при ранніх і пізніх мимовільних абортах виявляються однотипні за змістом морфологічні зміни, які в сукупності несуть ознаки реалізації сполучнотканного дефекту на рівні матково-плацентарного комплексу, що є морфологічним субстратом підвищеного ризику втрати вагітності як в I, так і в II триместрі.

Розуміння ускладненого прогнозу вагітності у осіб з НДСТ необхідно як лікареві, так і пацієнткам, і це має стати основою ініціативи активного впровадження превентивної стратегії, спрямованої на цілеспрямовану прекоцепційну підготовку, готовність до керування вірогідними й очікуваними у цього контингенту ризиками втрати вагітності, шляхом особливого медичного супроводу в гестаційному процесі.

Морфологические основы инициативы первичной профилактики потерь беременности у женщин с соединительнотканными дисплазиями

Е.А. Биби́к, И.В. Сорокина, Л.Г. Назаренко

С целью обоснования первичной профилактики невынашивания беременности у женщин с недифференцированными дисплазиями соединительной ткани проведенное морфофункциональное исследование хориона, плаценты и плацентарного ложа при самопроизвольных ранних и поздних абортах у лиц с наличием признаков дисплазии и нормальным фенотипом. Установлены однотипные изменения в плацентах при НДСТ в I и II триместрах, которые в совокупности являются признаками реализации дефектов метаболизма соединительной ткани на уровне маточно-плацентарного комплекса. Полученные данные рассмотрены как основа для прекоцепционной подготовки таких женщин с помощью комплекса средств метаболической, ангиопротекторной и гормональной поддержки.

Ключевые слова: беременность, невынашивание, дисплазия, плацента.

Morphological bases of initiatives for primary prevention of loss of pregnancy in women with connective tissue dysplasia

E. Bibik, I. Sorokina, L. Nazarenko

In order to justify the primary prevention of miscarriage in women with undifferentiated connective tissue dysplasia (UDCTD) conducted morphological and functional study of the chorion, placenta and placental bed at early and late spontaneous abortion in patients with evidence of the presence of dysplasia and normal phenotype. Established

similar changes in the placenta in UDCTD in I and II trimesters, which together are signs of the implementation of the defects of metabolism of connective tissue at the utero-placental complex. The obtained data are considered as the basis for the preparation of such preconception of women through the complex of metabolic, and hormonal angioprotection support.

Key words: pregnancy, miscarriage, dysplasia, placenta.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. The clinical content of preconception case: an overview and preparation of this supplement / B.M. Jack, H. Atrash, D.V. Coonrod [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2008. – № 12. – P. 266–279.
2. The impact of prenatal case on neonatal deaths in the presence and absence of antenatal high-risk conditions / A.M. Vintzileos, C.V. Ananth, J.C. Smulian [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2002. – Vol. 186, № 5. – P. 1011–1016.
3. Проблемы современной морфологии человека: материалы Международной научно-практической конференции, посвященной 80-летию профессора А. Никитюка. – М.: РГУФКСМиТ, 2013. – 213 с.
4. Кадурина Е.И. Дисплазия соединительной ткани / Е.И. Кадурина, В.И. Горбунова // Руководство для врачей. – СПб.: Элби-СПб, 2009. – 704 с.
5. Назаренко Л.Г. Профилактика потери беременности во II триместре – ресурс усовершенствования перинатальной помощи / Л.Г. Назаренко, Е.А. Биби́к, Д.А. Настенко // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупіка. – К., 2011. – Вип. 20, кн. 4 (ч. 3). – С. 65 – 72.
6. Фомина Л.Н. Клинические формы соединительнотканной дисплазии у детей: Учебное пособие. – ПетрГУ. Петрозаводск. – 2001. – 60 с.
7. Милованов А.П. Патология системы мать–плацента–плод / А.П. Милованов. – М.: Медицина, 1999. – 447 с.
8. Mischel M.Z. A morphological and immunological study of human placental bed biopsies in miscarriage / M.Z. Mischel, T.Y. Khong, D.A. Clark, R.W. BEARD. // International Journal of Obstetrics and Gynaecology. – 2005. – Vol. 97, № 11. – P. 984–988.

Вагітні до 18 років – як група ризику акушерської і перинатальної патології

М.А. Болотна

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Результати проведених досліджень свідчать, що вагітність і пологи в юних первовагітних 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, потрібне розроблення і впровадження комплексу відновного лікування на основі медикаментозної і немедикаментозної терапії.

Ключові слова: вагітні до 18 років, акушерська і перинатальна патологія.

Останнім часом у всьому світі намітилася тенденція до зростання 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). У 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 незрідка стресовий характер. Рання вагітність призводить до соціальної ізоляції незаміжніх юних матерів, перериває їх освіту, надалі завдає економічної шкоди суспільству, а неповнолітня мати незрідка позбавлена економічної і психологічної підтримки, що викликає погіршення її здоров'я як жінки [1-4]. Усе це негативно відображається не лише на здоров'ї майбутньої матері, але й її дитини.

Вивченню різних боків перебігу 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 первовагітних.

Мета дослідження: вивчення клінічних особливостей вагітності і пологів у юних первородящих за даними типового обласного перинатального центру.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети був проведений клінічний аналіз розродження юних первородящих на базі кафедри акушерства і гінекології в Сумському обласному центрі акушерства, гінекології і репродуктології (СОЦАГР) за останніх 5 років (2010–2014 рр.).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Згідно з отриманими результатами, кількість пологів в первовагітних до 18 років за 2000–2004 рр. по СОЦАГР склало: 2000 р. – 4,2%; 2001 р. – 3,1%; 2002 р. – 2,5%; 2003 р. – 3,3% і 2004 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 декілька 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 статевих органів (8%).

ВИСНОВКИ

Таким чином, усе викладене вище вказує на те, що вагітність і пологи в юних первовагітних 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.

Беременные до 18 лет – как группа риска акушерской и перинатальной патологии
М.А. Болотна

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.

Ключевые слова: *беременные до 18 лет, акушерская и перинатальная патология.*

Pregnant women till 18 years – as risk group obstetrical and perinatal pathologies
М.А. Bolotna

Results of the spent researches testify that pregnancy and childbirth at young firstpregnancy till 18 years poses serious threat for an organism of mother and a fetus. 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: *pregnant women till 18 years, obstetrical and perinatal a pathology.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Маркин Л.Б. Справочник детского гинеколога. / Л.Б. Маркин, Э.Б. Яковлева. – К.: Интермед, 2012. – 246 с.
2. Яковлева Э.Б. Подготовка юных беременных к родам в условиях женской консультации / Э.Б. Яковлева // Педиатрия, акушерство и гинекология. – 2008. – № 4. – С. 44–45.
3. Яковлева Э.Б. Акушерство и гинекология подросткового возраста / Э.Б. Яковлева. – Донецк: Семья и здоровье, 2007. – 381 с.
4. Яковлева Э.Б. Юный возраст матери и состояние здоровья новорожденного ребенка / Э.Б. Яковлева // Педиатрия. – 2008. – № 3. – С. 62–65.

УДК 618.4/5-08-058.833:614.23:618.1/2

Навчально-методологічне оцінювання відношення лікарів акушер-гінекологів до партнерських пологів

С.Ю. Вдовиченко

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

Проведене дослідження показало неоднозначне відношення акушерів-гінекологів, особливо з великим стажем, до партнерських пологів, а також різне розуміння і уявлення, що не сформувалися, відносно багатьох аспектів подібних пологів. Отримані результати передбачають разом із подальшим дослідженням проблеми виключення форсування широкого впровадження партнерських пологів в акушерську практику. У даному аспекті необхідне наукове обґрунтування можливості використання родино-орієнтованих технологій при розродженні жінок без і з чинниками ризику. Зміна психології лікарів акушер-гінекологів з різним стажем роботи можливо лише під впливом конкретних прикладів поліпшення показників материнського травматизму і перинатальної патології при раціональному веденні партнерських пологів.

Ключові слова: *партнерські пологи, лікарі акушер-гінекологи.*

В умовах сьогодення захист материнства – першочергове завдання держави, оскільки перехід до ринкової економіки і зумовлені цим соціально-економічні перетворення негативно вплинули на багато медико-соціальних аспектів сім'ї, материнства і дитинства – на фоні кризової демографічної ситуації спостерігається зростання безпліддя в шлюбі, низька народжуваність, рівень загального і репродуктивного здоров'я підлітків, що знижується, зростання соматичної патології у вагітних, низький рівень нормальних пологів, високі показники материнської і перинатальної смертності, зростає число хворих дітей [1–5].

Не викликає сумнівів той факт, що унаслідок ліберально-демократичних змін етико-правового регулювання медичної діяльності, що сталися, також активно піднімається питання про необхідність гуманізації вітчизняного акушерства. Як один із способів досягнення цього пропонуються так звані партнерські пологи [1–5].

Вочевидь, що за наявності дійсно позитивних ефектів від присутності на пологах чоловіка народжуючої жінки доцільні певні зміни в існуючій системі допомоги породіллі, проте партнерські пологи, що отримали початок переважно в великих містах України – досить нова і мало апробована соціальна практика, яка потребує різнобічного аналізу, що і визначає актуальність дослідження. В той же час одним з найменш вивчених питань даної проблеми є відношення лікарів акушерів-гінекологів до партнерських пологів.

Мета дослідження: навчально-методологічне оцінювання відношення лікарів акушерів-гінекологів до партнерських пологів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Робота виконувалася в клінічному пологовому будинку № 1 на основній базі кафедр акушерства, гінекології і перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.

Для вивчення особливостей відношення акушерів-гінекологів до практики партнерських пологів з урахуванням прийнятих до анкетування в соціології вимог була складена і використана анкета, що включала 20 закритих альтернативних питань. Був вивчений розподіл відповідей 100 респондентів з різним стажем роботи (50 – зі стажем роботи до 10 років і 50 – більше 10 років) на питання про те, позитивне або негативне явище представляє практика партнерських пологів. Опитування проводили під час проходження лікарями акушерами-гінекологами передатестаційних циклів і циклів тематичного удосконалення. Отримані результати можливо використовувати в удосконаленні учбового процесу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що якщо серед лікарів із стажем до 10 років відносилися позитивно до партнерських пологів 72,0% респондентів, то серед їх більш досвідчених колег – 56,0%. Відповідно, майже кожен третій акушер-гінеколог (30,0%) оцінював практику партнерських пологів як негативне явище і фахівці з великим стажем давали таку оцінку частіше за своїх молодших колег (42,0% проти 22,0% відповідно). На дане питання 6,0% лікарям важко відповісти.

Те, що практика партнерських пологів відображає демократичні зміни в акушерстві вважав кожен четвертий опитаний лікар (24,0%), причому як акушери-гінекологи із стажем до 10 років, так і їх більш досвідчені колеги однаково часто висловлювали дану точку зору (24,0% і 26,0% відповідно). У той же час для третини лікарів (36,0%) практика партнерських пологів була лише данню «модним і сумнівним» західним поглядам. При цьому особливо часто таку позицію висловлювали акушери-гінекологи із стажем 10 років і більш в порівнянні з лікарями, що пропрацювали до 10-ти років (52,0% і 24,0% відповідно). Ще чверть лікарів (26,0%) вибрали середню позицію між цими двома крайніми точками зору; решті акушерів-гінекологів (12,0%) важко відповісти на дане питання.

Більше половини респондентів (52,0%) вважали, що присутні на пологах чоловік або інші родичі створюють спокійнішу, «родинну» обстановку для породіллі, зменшуючи тим самим її тривогу і страх пологів. Проте якщо серед лікарів із стажем до 10 років так вважають 64,0%, то їх більш досвідчені колеги висловлювали подібну точку зору майже в 2 рази рідше – серед них так вважали 38,0%. 30,0% опитаних лікарів дотримувалися прямо протилежної точки зору – на їх погляд присутні на пологах чоловік або інші родичі не створюють спокійнішу, «родинну» обстановку для породіллі, і не зменшують її тривогу і страх пологів (серед лікарів із стажем до 10-ти років таких було 24,0%, серед тих, що пропрацювали 10 років і більше – 38,0%). Останнім 16,0% респондентам важко відповісти на дане питання, причому серед лікарів із стажем 10 років і більше важче конретизувати свою думку було 22,0%, тобто майже кожному четвертому фахівцю.

Представлення лікарів різних груп по таким питанням як і де повинні або можуть проводитися партнерські пологи, хто може бути присутнім на них і чи повинні чоловік або інші родичі проходити курс підготовчих занять були досить схожими.

Так, переважна більшість респондентів (84,0%) вважали, що партнерські пологи повинні проводитися лише в лікарні (серед лікарів із стажем до 10-ти років так висловилися 86,0%; серед тих, що пропрацювали 10 і більше років – 84,0%). На погляд 14,0% акушерів-гінекологів партнерські пологи можуть проводитися як в лікарні, так і вдома і всього 2,0% респондентам важко відповісти на дане питання.

На погляд 58,0% респондентів за наявності бажання породіллі бути присутнім на пологах може лише чоловік (серед лікарів із стажем до 10 років цю позицію розділили 64,0%; серед їх більш досвідчених колег – 52,0%). 16,0% опитаних допускали можливість присутності на пологах, окрім чоловіка, і інших родичів за винятком дітей до 16 років. 2,0% акушерів-гінекологів допускали можливість присутності не лише чоловіка і інших родичів, але і дітей до 16 років. Ще 8,0% вважали за можливе присутність на пологах, окрім чоловіка і родичів, інших близьких людей. Решта 14,0% акушерів-гінекологів важко відповісти на дане питання.

На погляд двох третин (66,0%) опитаних лікарів, якщо родичі або члени сім'ї висловлюють бажання бути присутнім на пологах, то вони обов'язково повинні пройти курс підготовчих занять (серед лікарів із стажем до 10 років так вважали 62,0%, серед тих, що пропрацювали 10 років і більше – 70,0%). 28,0% спеціалістів вважали, що проходження подібного підготовчого курсу бажане, але не обов'язково і всього 2,0% відповіли, що проходження такого курсу взагалі не потрібне (4,0% важко висловити свою точку зору з даного питання).

Три з чотирьох опитаних акушерів-гінекологів (76,0%; 78,0% серед тих, що пропрацювали менше 10 років і 74,0% серед тих, що мають стаж 10 років і більше) вважали, що партнерські пологи можуть проводитися лише у жінок з вагітністю, що нормально перебігає і соматично здорових. 20,0% респондентів (16,0% і 24,0% відповідно) допустили можливість проведення родинних пологів практично у всіх, хто бажає; 2,0% важко відповісти.

Порівняння акушерів-гінекологів відносно ведення партнерських і «звичайних» (тобто тих, на яких не присутні члени сім'ї) пологів свідчать, що не було виявлене достовірних відмінностей у відповідях респондентів різних груп відносно відмінностей у веденні партнерських і «звичайних» пологів: 34,0% (30,0% лікарів із стажем до 10 років і 36,0% їх більш досвідчених колег), вважали, що жодних відмінностей у веденні пологів немає. У порівнянні з цим 44,0% (46,0% і 42,0% відповідно) вважали, що є певні відмінності і 14,0% акушерів-гінекологів (10,0% і 20,0% відповідно) відзначили принципові відмінності (важко відповісти на питання про відмінності 10,0%).

Найчастішими відмінностями у веденні партнерських і «звичайних» пологів називалося те, що від медичного персоналу потрібна велика обережність у висловах під час пологів (що особливо виділили 42,0% акушерів-гінекологів; 34,0% серед тих, що пропрацювали до 10 років і 50,0% серед тих, що мають стаж 10 і більше років) і те, що від медперсоналу вимагається більше часу і сил приділяти народжуючій жінці (22,0%; 18,0% і 28,0% відповідно).

При оцінюванні відповідей опитаних акушерів-гінекологів відносно того, як переносять пологи члени сім'ї, дозволяють відзначити той факт, що на погляд 44,0% опитаних акушерів-гінекологів присутність на пологах членів сім'ї і родичів є для тих сильною психогенно травмуючою дією; частіше так вважали лікарі із стажем 10 років і менш досвідчених лікарів (50,0% проти 40,0% відповідно). 16,0% респондентів, які були при-

сутні на пологах (12,0% і 20,0% відповідно), оцінили присутність на пологах як помірну або слабку психогенну травмуючу дію і відповіли, що відмінності (визначені або принципові) є, але при цьому можна було виділити декілька відмінностей. Так, 22,0% опитаних акушерів-гінекологів вважали, що присутність на пологах не несе негативної емоційної дії для членів сім'ї. Проте звертає на себе увагу те, що таке думка (присутність на пологах не несе негативної емоційної дії) лікарі із стажем до 10 років висловлювали майже в 3 рази частіше за своїх більш досвідчених колег (32,0% проти 10,0% відповідно). 16,0% респондентам важко відповісти на дане запитання.

На думку третини респондентів (34,0%), чоловік або родичі, присутні на пологах, найчастіше, не чекаючи їх закінчення, ідуть, тому що їм стає погано або вони дуже сильно переживають. При цьому такі негативні прояви в присутності на партнерських пологах акушерів-гінекологів із стажем 10 років і більше відзначили в 2 рази частіше, ніж лікарі із стажем до 10 років (48,0% проти 24,0%). На погляд 18,0% опитаних фахівців, чоловік або інші родичі, як правило, присутні до закінчення пологів (так вважали 22,0% лікарів із стажем до 10 років і 14,0% їх більш за більш досвідчених колег). Ще 42,0% опитаних лікарів (46,0% і 36,0% відповідно) вважали, що ці, прямо протилежні ситуації (коли присутні на пологах вирушають з них до їх закінчення, оскільки їм стає погано і коли присутні на пологах від початку і до кінця), зустрічаються однаково часто. Ще 6,0% респондентам важко відповісти на це питання.

Таким чином, на погляд третини опитаних акушерів-гінекологів із стажем до 10 років і половини лікарів із стажем 10 років і більше присутність на пологах членів сім'ї є для останніх сильною негативною психогенною травмуючою дією, яка погано переноситься. В той же час, дуже важливо, у чоловіка, який приймає участь в пологах, залишилися позитивні емоції і не було негативних.

Одним із ключових аргументів прихильників партнерських пологів є те, що присутність чоловіка на пологах сприяє зміцненню сім'ї. Нами представлений розподіл відповідей опитаних акушерів-гінекологів на питання про те, чи сприяє присутність на пологах чоловіка зміцненню сім'ї. Так, 40,0% респондентів вважали, що присутність чоловіка на пологах сприяє зміцненню сім'ї, а 20,0% – заперечували це (ще 40,0% – важко відповісти). Проте в порівнянні зі своїми менш досвідченими колегами акушерів-гінекологів із стажем 10 років і більше були скептично налагоджені відносно того, що присутність на пологах чоловіка сприяє зміцненню сім'ї: якщо серед фахівців із стажем роботи до 10 років дали позитивну відповідь на це питання 54,0%, то серед лікарів із стажем 10 років і більше – 30,0% (серед усіх опитаних акушерів-гінекологів 44,0% вважали, що присутність на пологах чоловіка сприяє зміцненню сім'ї). Кожен п'ятий респондент (20,0%) заперечував, що присутність чоловіка на пологах сприяє зміцненню сім'ї (так однаково часто думали фахівці різних груп – 18,0% і 20,0%). Третини респондентів (38,0%) важче відповісти на це питання, причому серед лікарів із стажем 10 років і більш за таких була половина (50,0%).

Думки акушерів-гінекологів по ряду етико-правових аспектів партнерських пологів свідчать, що на думку половини опитаних акушерів-гінекологів (52,0%) присутні на пологах члени сім'ї не можуть знімати що відбувається на кіно- і фотоплівку; 30,0% респондентів висловили прямо протилежну точку зору (про можливість кіно- і фотографувань пологів); кожному п'ятому лікареві (18,0%) важко відповісти (вплив стажу роботи в акушерстві і гінекології на позицію спеціалістів з даного питання не був виявлений).

У цілому, досить однотайні були опитані лікарі з різним стажем відносно того, чи мають вони право відмовляти тим або іншим особам бути присутніми на пологах, навіть якщо породілля дає згоду на їх присутність (наприклад, у цих людей виражена невротизація, відомо про наявність у них серйозних соматичних захворюваннях і тому подібне): 4 з 5 опитаних акушерів-гінекологів (80,0%; 86,0% серед тих, що пропрацювали менше 10 років і 76,0% серед тих, що мають більший професійний стаж) визнали за лікарем таке право. Те, що у лікаря немає права відмовити в присутності на пологах членам сім'ї, яких хоче бачити породілля, відзначили 14,0% опитаних лікарів (10,0% і 20,0% відповідно). 6,0% респондентів не змогли конкретно висловити свою позицію з даного питання.

Схожі результати були отримані і при вивченні питання про те, чи може лікар відмовити в присутності на пологах чоловікові (і іншим родичам), якщо є висока вірогідність тих або інших ускладнень у народжуючої жінки в процесі пологів: 82,0% акушерів-гінекологів (86,0% серед тих, хто працює менше 10 років, і 78,0% серед тих, що мають більший професійний стаж) вирішили, що може. 8,0% (6,0% і 10,0% відповідно) – що не може і 10,0% не змогли відповісти на дане питання.

Отже, незалежно від стажу роботи (до 10 років або більше) 4 з 5 (80,0%) опитаних акушерів-гінекологів визнають за собою право відмовляти в проведенні партнерських пологів чоловікові (і іншим родичам) за медичними показаннями (хоча в існуючих методичних вказівках або рекомендаціях ці медичні свідчення не прописані).

На думку респондентів, може/повинен робити присутній на пологах чоловік. Так, на думку 40,0% респондентів чоловік (або інші родичі) можуть бути лише присутніми на пологах. 54,0% вважають, що чоловік може бути не лише присутнім, але і брати участь в пологах і 6,0% висловилися за те, що чоловік повинен брати участь в пологах, виконуючи, разом з дружиною, певні процедури. В той же час концепція партнерських пологів має на увазі не просто присутність чоловіка, а його безпосередню участь в пологах. Правильне розуміння даного дуже важливого аспекту партнерських пологів продемонстрували всього 6,0% опитаних акушерів-гінекологів.

Відносно того, що чоловік (або інші родичі) можуть або повинні робити під час пологів, були висловлені наступні думки: дихати разом з жінкою 92,0%, масажувати їй спину – 80,0%, перерізувати пуповину – 38,0%, прийняти дитину – 6,0%, інше – 4,0%.

Представляється, що на особливу увагу заслуговують представлення акушерів-гінекологів відносно позитивних і негативних сторін партнерських пологів, а також про доцільність розвитку практики партнерських пологів в країні. Серед позитивних сторін партнерських пологів найчастіше наголошувалося те, що при подібних пологах створюється спокійніша, «домашня» обстановка, хоча цю точку зору висловили всього близько половини респондентів – 52,0%. При цьому якщо серед акушерів-гінекологів із стажем до 10 років так вважали 62,0%, то серед їх колег, що пропрацювали 10 років і більше, – вже 38,0%. Наступною, за частотою згадки, позитивною стороною партнерських пологів на погляд респондентів, було те, що такі пологи сприяють психологічному зміцненню родини, оскільки чоловік краще розуміє, які муки випробовує його дружина при пологах (на що вона йде ради дитини) – про це сказали 42,0% лікарів (46,0% серед тих, що мають стаж до 10 років і 36,0% – серед більш досвідчених колег). Потім називалося те, що проведення партнерських пологів є виконання законного бажання породіллі (38,0%; при цьому лікарі із стажем до 10 років в 2 рази частіше за своїх

більш дослідних колег висловили таку точку зору – 50,0% проти 26,0% відповідно).

До позитивних сторін партнерських пологів респонденти віднесли те, що вони дають додаткові матеріальні вступи в лікарню (26,0%) і додатковий заробіток для медичного персоналу (16,0%; вплив стажу роботи на вистави респондентів відносно матеріального чинника не виявлено). Оскільки практично всі партнерські пологи проводяться на комерційній основі, то представляється, що таке достатньо невелике число респондентів, що виділили матеріальний чинник, пояснюється тим, що партнерські пологи складають відносно невеликий відсоток від всіх пологів і, відповідно, не дають значимих матеріальних вступів як в пологові будинки, так і безпосередньо медичному персоналу. 10,0% респондентів відзначили інші позитивні сторони партнерських пологів і на погляд всього 4,0% акушерів-гінекологів позитивних сторін в таких пологах взагалі немає (відносно як позитивних, так і негативних сторін партнерських пологів респонденти могли виділити по декілька чинників).

Серед негативних сторін партнерських пологів опитані акушери-гінекологи найчастіше відзначали зайві стресові дії на чоловіка або інших родичів – 44,0% (так однаково часто вважали лікарі із стажем до 10-ти років і їх більш дослідні колеги – 46,0% і 42,0% відповідно). Далі, серед негативних сторін родинних пологів, практично однаково часто називались наступні: додаткове психологічне навантаження на медичний персонал (40,0%), недостатня етико-правова «опрацьованість» проблеми (38,0%), непідготовленість більшості пологових відділень до подібної практики (наприклад, відсутність спеціальної пологової кімнати, яка імітує домашній спокій для породіллі – 38,0%). Інші негативні сторони відмітили всього 2,0% опитаних акушерів-гінекологів і про відсутність негативних сторін в практиці в партнерських пологах висловилися 4,0% опитаних.

Оцінювання думки акушерів-гінекологів відносно подальших перспектив практики партнерських пологів свідчить, що за те, аби практика партнерських пологів в нашій країні набула більш поширена, висловилися 40,0% опитаних акушерів-гінекологів. Проте якщо серед тих, що мають професійний стаж до 10 років так вважала половина (50,0%) лікарів, то серед тих, хто пропрацював 10 і більше років – майже в 2 рази менше лікарів (26,0%). Прямо протилежну точку зору («краще, якщо практика партнерських пологів буде мінімізована або взагалі скасована») висловили 16,0% акушерів-гінекологів, причому серед лікарів подібної позиції дотримувалося майже в 4 рази більше фахівців (28,0% проти 8,0% відповідно). Те, що ширше, ніж в даний час, практику партнерських пологів не варто розвивати, висловилися 28,0% опитаних акушерів-гінекологів (вплив тривалості професійного стажу на дану позицію не був виявлений). Опитаним 16,0% респондентам важко відповісти на дане питання.

ВИСНОВКИ

Таким чином, проведене дослідження показало неоднозначне відношення акушерів-гінекологів, особливо спеціалістів, що стажуються, до партнерських пологів, а також різне розуміння і уявлення, що не сформувалися, відносно багатьох аспектів подібних пологів. Отримані результати передбачають, разом з подальшими дослідженнями проблеми, виключення форсування широкого впровадження партнерських пологів в акушерську практику. У даному аспекті необхідне наукове обґрунтування можливості використання родинно-орієнтованих технологій при розродженні жінок без і з

чинниками ризику. Зміна психології лікарів акушерів-гінекологів з різним стажем роботи можливо лише під впливом конкретних прикладів поліпшення показників материнського травматизму і перинатальної патології при раціональному веденні партнерських пологів.

Учебно-методологическая оценка отношения врачей акушеров-гинекологов к партнерским родам С.Ю. Вдовиченко

Проведенное исследование показало неоднозначное отношение акушеров-гинекологов, особенно с большим стажем, к партнёрским родам, а также различное понимание и не сформировавшиеся представления относительно многих аспектов подобных родов. Полученные результаты предполагают, наряду с дальнейшим исследованием проблемы, исключение форсирования широкого внедрения партнёрских родов в акушерскую практику. В данном аспекте необходимо научное обоснование возможности использования семейно-ориентированных технологий при родоразрешении женщин без и с факторами риска. Изменение психологии врачей акушеров-гинекологов с различным стажем работы возможно только под влиянием конкретных примеров улучшения показателей материнского травматизма и перинатальной патологии при рациональном ведении партнёрских родов.

Ключевые слова: партнёрские роды, врачи акушеры-гинекологи.

Graduate-methodological estimation of the relation of doctors of obstetrics-gynecologists to partner labours S.J. Vdovichenko

The conducted research has shown the ambiguous attitude of obstetrics-gynecologists, especially with a long standing, to partner labours, and also various understanding and not generated representations concerning many aspects of similar sorts. The received results assume, along with further problem research, an exception of speeding up of wide introduction of partner labours in obstetrical practice. In the given aspect the scientific substantiation of possibility of use family technologies is necessary at delivery women without and with risk factors. Change of psychology of doctors of obstetrics-gynecologists with the various experience of work probably only under the influence of concrete examples of improvement of indicators of parent traumatism and perinatal pathologies at rational conducting partner labours.

Key words: partner labours, doctors obstetrics-gynecologists.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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

УДК 618.29-005-036:618.33-005-06:618.36-008.64

Вплив патологічної прибавки маси тіла з дизметаболічними порушеннями на наслідки вагітності та пологів

В.І. Бойко, Т.М. Кваскова

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Результати проведених досліджень показали, що частота метаболічного синдрому у жінок з ожирінням складає 89,2%. Метаболічний синдром несприятливо відбивається на перебігу вагітності і пологів, що є причиною значного збільшення частоти оперативних втручань, особливо розродження шляхом операції кесарева перетини. Проведений аналіз дає підстави відносити вагітних з метаболічним синдромом до групи високої ризику по ускладненнях в розвиток вагітності, стані плода і перебігу пологів, що вимагає ретельного обстеження жінок з ожирінням за участю ендокринолога.

Ключові слова: вагітність, пологи, метаболічний синдром.

У останнє десятиліття значно зріс інтерес учених всього світу до взаємозв'язку метаболічних порушень з ожирінням і зростанням серцево-судинних захворювань. Так, ожиріння і цукровий діабет типу-2 визнані ВООЗ неінфекційними епідеміями нашого часу у зв'язку з широким розповсюдженням серед населення, високим ризиком розвитку серцево-судинних захворювань, ранньою інвалідизацією і передчасною смертністю.

Відомо, що ожиріння – надлишкове відкладення жиру в організмі – може бути або самостійним захворюванням, або синдромом. Актуальність проблеми ожиріння полягає ще і в тому, що кількість осіб, що мають надлишкову масу тіла, прогресивно збільшується, а приріст за останніх 10 років склав 10%. У економічно розвинених країнах, включаючи Україну, 30% населення мають надлишкову масу тіла.

У дослідженнях акушерів [1–3] є значне число робіт, присвячених впливу ожиріння на перебіг вагітності і пологів, а вивчення основних метаболічних показників проводиться не так часто. У доступній нам літературі ми не знайшли робіт, які б зв'язували ожиріння у вагітних з наявністю у них метаболічного синдрому. Враховуючи, що ожиріння, особливо висцелярна форма, відіграє велику роль в патогенезі метаболічного синдрому, метою нашого дослідження було вивчити частоту метаболічного синдрому у жінок з ожирінням і впливом його на перебіг вагітності і пологів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під спостереженням знаходилися 120 вагітних жінок з ожирінням. Контрольну групу склали 45 вагітних без ожиріння. Критеріями включення в дослідження бу-

ли вагітні з аліментарно-конституціональним ожирінням, індекс маси тіла у них склав $> 30 \text{ кг/м}^2$.

Критеріями виключення були:

- ендокринний генез ожиріння (консультація і обстеження ендокринологом);
- хронічна серцева недостатність;
- цукровий діабет;
- захворювання щитоподібної залози;
- використання препаратів, що впливають на вуглеводний і жировий обмін.

120 вагітних було розподілено на три групи залежно від ступеня ожиріння:

I групу склали 49 вагітних з 1 ступенем ожиріння;

II групу – 41 вагітна з 2 ступенем ожиріння;

III групу – 30 вагітних з 3 ступенем ожиріння.

У комплексі проведених досліджень були включені клініко-лабораторні методи і критерії виявлення компонентів метаболічного синдрому:

- ожиріння – $\text{IMT} > 30 \text{ кг/м}^2$;
- артеріальна гіпертонія – тиск систоли $> 140 \text{ мм рт.ст.}$ і діастоли – $> 90 \text{ мм рт.ст.}$
- гіпердисліпідемія – рівень в сироватці крові: тригліцериди (ТГ) – більше 2 ммоль/л ; загальний холестерин (ОХ) – більше 5 ммоль/л ; ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ) – більше 55 ОД/л і ліпопротеїди високої щільності (ЛПВЩ) – нижче 1 ммоль/л .
- інсулінорезистентність – показник індексу Саго $< 0,33$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Як свідчать результати клінічної характеристики обстежених жінок, найбільше їх число в основних і контрольній групах було у віці 21–30 років. У діапазоні старше 30 років було дещо більше в групі вагітних з ожирінням 3 ступеня.

Маса тіла жінок з ожирінням коливалася від 76 до 137 кг. Слід зазначити, що при індивідуальному аналізі виявилось, що маса тіла збільшувалася залежно від тривалості ожиріння, що особливо було помітне при зіставленні із ступенем ожиріння. Так, при 1 ст. тривалість ожиріння склала $8,0 \pm 0,6$ року; при 2 – $10,6 \pm 1,0$ року і при 3 ст. – $13,6 \pm 1,2$ року.

Аналізуючи структуру екстрагенітальних захворювань, звертало на себе увагу значна частота захворювань дихальної системи (до 10,0%); травного тракту (14,3%), частота яких була майже однаковою у всіх 3 групах жінок з ожирінням.

З анамнезу було з'ясовано, що майже кожна п'ята жінка – 23,3% перенесла хронічний сальпінгофоритом; 27,1% – лікувалися з приводу ерозії шийки матки; в 15,8% були дисфункціональні маткові кровотечі; первинне безпліддя було в 5,0%, а 2,5% – оперовані з приводу доброякісних утворень яєчників.

Вік менархе коливався від 11 до 16 років і не мав відмінності у жінок з ожирінням залежно від ступеня ожиріння. Регулярний менструальний цикл був у 101 жінки (84,2%); в 5 (4,2%) наголошувалася олігоменорея із затримками до 3 місяців; в 15 (12,6%) в анамнезі були дисфункціональні маткові кровотечі; в 5 з них (4,2%) було проведено діагностичне вискоблювання з подальшою гормональною корекцією порушень менструальної функції.

Аналізуючи генеративну функцію ми дійшли висновку, що більшість жінок були повторновагітними і повторнородящими. Крім того, у жінок з ожирінням 3 ступеня

пеня в 4 рази частіше, ніж у жінок без ожиріння і в 2,5 рази частіше, ніж у жінок з 2 і 1 ступенем ожиріння мали місце мимовільні аборти. Вагітність, що не розвивається, у жінок з 3 ступенем ожиріння була в 3 рази частіше, ніж у жінок з ожирінням 1 ступеня і в 2,5 рази частіше, ніж у пацієнок без ожиріння.

Частота ускладнень протягом попередніх вагітностей значно вище була у жінок з ожирінням 3 ступеня. Також звертає на себе увагу високий відсоток преєклампсії і, мабуть, як його наслідок гіпотрофії плода, яка може ще пояснюватися значною частотою загрози переривання вагітності, що у результаті призвело до порушення матково-плацентарного і плодового кровообігу. На 3,3% більше у жінок основної групи пологи відбувалися раніше терміну, чим у породілей контрольної групи; на 20,2% частіше були пологи оперативними (кесарів розтин і акушерські щипці), крім того, у 2,5% породілей основної групи був розрив промежини 3 ступеня; в 19,6% – слабкість пологової діяльності, проти 6,5% в контрольній групі.

Результати проведених досліджень свідчать, що частота метаболічного синдрому у вагітних з ожирінням складає 89,2%, а число компонентів метаболічного синдрому корелює їх ступінь ожиріння. Частота інсулінорезистентності у вагітних з 1 ступенем ожиріння складає 18,4%; з 2 ступенем – 29,3% і з 3 ступенем – 70,0%.

Повний метаболічний синдром – поєднання чотирьох основних компонентів метаболічного синдрому в 70,0% спостережень виявляється у вагітних з 3 ступенем ожиріння; з 2 ступенем – в 48,8% і з 1 ступенем – лише в 18,4% обстежених.

Перебіг вагітності і пологів у жінок з метаболічним синдромом протікає з ускладненнями, частота і ступінь тяжкості яких залежить від числа компонентів метаболічного синдрому. Частота кесарева розтину у породілей з метаболічним синдромом склала 33,6% (проти 10–12% загальнопопуляційного показника).

Ми вважаємо, що вагітним з ожирінням необхідне обстеження, що включає визначення ліпідного спектру – загальний холестерин, тригліцериди, толерантність до глюкози, інсулінорезистентність, моніторинг артеріального тиску, доплерометрію – з метою визначення матково-плодового кровотоку.

ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, частота метаболічного синдрому у жінок з ожирінням складає 89,2%. Метаболічний синдром несприятливо відбивається на перебігу вагітності і пологів, що є причиною значного збільшення частоти оперативних втручань, особливо розродження шляхом операції кесарева розтину. Проведений аналіз дає підстави відносити вагітних з метаболічним синдромом до групи високого ризику щодо ускладнень по розвитку вагітності, стану плода і перебігу пологів, що вимагає ретельного обстеження жінок з ожирінням за участю ендокринолога.

Влияние патологической прибавки массы тела с дисметаболическими нарушениями на последствия беременности и родов В.И. Бойко, Т.М. Кваскова

Результаты проведенных исследований показали, что частота метаболіческого синдрома у женщин с ожирением составляет 89,2%. Метаболический синдром неблагоприятно

отражается на течении беременности и родов, что является причиной значительного увеличения частоты оперативных вмешательств, особенно родоразрешения путем операции кесарева сечения. Проведенный анализ дает основания относить беременных с метаболіческим синдромом к группе высокого риска по осложнениям в развитии беременности, состоянии плода и течения родов, что требует тщательного обследования женщин с ожирением с участием эндокринолога.

Ключевые слова: беременность, роды, метаболіческий синдром.

Influence of pathological increase of weight of a body with dysmetabolical infringements on outcomes of pregnancy and labours V.I. Boyko, T.N. Kvaskova

Results of the lead researches have shown, that frequency of a metabolic syndrome at women with adiposity makes 89,2%. The metabolic syndrome is adversely reflected on current of pregnancy and sorts that is the reason of substantial growth of frequency of operative interventions, is especial deliveries by operation cesarean sections. The lead analysis gives the basis to carry pregnant women with a metabolic syndrome to group of high risk on complications in development of pregnancy, a condition of a born and current of sorts that demands careful inspection of women with adiposity with participation endocrinologist.

Key words: pregnancy, delivery, a metabolic syndrome.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аржанова О.Н. Нарушение механизмов адаптации при гестозе и методы их коррекции / О.Н. Аржанова // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2012. – № 4. – С. 48–51.
2. Каюшева И.В. Течение беременности и родов у женщин, перенесших гипоталамический синдром в период полового созревания / И.В. Каюшева, Л.Ю. Панова // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 6. – С. 64–65.
3. Стрижова Н.В. Частота метаболіческого синдрома у женщин с ожирением. Особенности течения беременности, родов, послеродового и раннего неонатального периодов / Н.В. Стрижова, А.С. Гавриленко, А.В. Саркисова // Акушерство и гинекология. – 2014. – № 6. – С. 27–31.

УДК 618.5-02:612.453.018

Вплив партнерських пологів на характер пологової діяльності

В.І. Бойко, Н.А. Кобилицька

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

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

Ключові слова: партнерські пологи, акушерські і перинатальні результати.

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

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

Вочевидь, що за наявності дійсно позитивних ефектів від присутності на пологах чоловіка народжуючої жінки доцільні певні зміни в існуючій системі допомоги рододіллі, що отримали початок, переважно, в крупних містах України партнерські пологи – досить нова і мало апробована соціальна практика, яка потребує різнобічного аналізу, що і визначає актуальність дослідження.

Мета дослідження: вивчення впливу партнерських пологів на характер пологової діяльності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети було проаналізовано 1795 партнерських пологів за останніх 4 роки, що склало 12,5% від всього числа пологів (14388 пологів за період 2008–2011 рр.). Безпосередньо по роках цей показник колився від 9,8% в 2009 до 14,7% в 2011 році.

Одним з дискусійних питань наукового напрямку, що вивчається, є партнерський кесарів розтин. За нашими даними сумарна частота абдомінального розродження за ці роки склала 21,5% (3096 операцій на 14388 пологів), причому з явною тенденцією зниження – від 27,0% в 2008 до 18,9% в 2011 році. Серед всіх 1795 партнерських пологів шляхом операції кесарева розтину було завершено 305 спостережень (17,0%), причому з аналогічною тенденцією до зменшення – від 23,4% в 2008 до 13,2% – в 2011 році.

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

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

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

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

- частота патологічної крововтрати (від 600 до 999 мл) склала 119 випадків на 1795 пологів (6,6%), а розроджень з крововтратою більше 1000 мл взагалі не було;
- питома вага використання регіонарної анестезії склала 800 випадків на 1795 пологів (44,6%), що є досить низьким показником, особливо з врахуванням частоти кесаревих розтинів (17,0%), які, практично, всі були проведені з використанням даного виду знеболення;
- вимушене вживання епізіотомії і травматизм промежини спостерігалися в кожній третій випадку (33,7%), що є досить високим показником для загальної популяції розродження;
- частота передчасного розриву плодових оболонок була досить низькою – 84 випадки на 1795 пологів (4,6%), що доки важко пояснити, враховуючи вищі показники в загальній популяції розродження;
- травматизм шийки матки був набагато нижчий в порівнянні з промежиною - 118 випадків на 1795 пологів (6,5%);
- відносна частота дистресу плода (одне з основних свідчень до абдомінального розродження) склала 187 спостережень на 1795 пологів (10,4%);
- неспроможність рубця на матці після попереднього кесарева розтину мала місце в 72 випадках на 1795 пологів (4,0%), причому спостережень розродження жінок з рубцем на матці через природні пологові шляхи ми не відзначали;

- частота аномалій пологової діяльності (2,5%), практично, не відрізнялася від рівня клінічно вузького тазу (2,5%), що вимагає додаткового аналізу і важко пояснити;
- серед всіх 1795 партнерських пологів за останніх 4 роки було лише 7 випадків багатоплідної вагітності (0,4%) і 17 спостережень (0,9%) розродження після допоміжних репродуктивних технологій.

ВИСНОВКИ

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

Влияние партнерских родов на характер родовой деятельности В.И. Бойко, Н.А. Кобылецкая

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

Ключевые слова: партнерские роды, акушерские и перинатальные исходы.

Influence of partner labours on character of patrimonial activity V.I. Boyko, N.A. Kobulezka

Obtained given (indicators of a parent traumatism, frequency and character of operative intervention and health of newborns) testify that partner labours is a serious reserve in frequency decrease obstetrical and perinatal pathologies. At the same time, arises more number discussional questions it is necessary for which decision to devote yet one scientific research. It dictates necessity of carrying out of scientific researches for the given direction.

Key words: partner labours, obstetrical and perinatal outcomes.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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

УДК 618.36-008.6:618.346-008.811.1

Плацентарна дисфункція при багатоводді

І.Д. Кондратенко

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

Результати проведених досліджень свідчать, що багатоводдя є серйозним ускладненням вагітності і пологів як для матері, так і плода. Використовувані в даний час методи діагностики хронічного багатоводдя на його доклінічній стадії є не завжди достовірними, засоби профілактики і лікування вагітних з даною патологією у ряді випадків недостатньо ефективними. Уточнення особливостей патогенезу багатоводдя з використанням нових технологій, подальша розробка методів діагностики, профілактики і лікування продовжують залишатися актуальними, оскільки дозволяють знизити частоту акушерських ускладнень, а також поліпшити перинатальні результати.

Ключові слова: багатоводдя, перинатальна патологія, профілактика.

Одним з недостатньо вивчених розділів в перинатальному акушерстві є багатоводдя. Значення навколо плодового середовища у формуванні, розвитку і зростанні плода надзвичайно велике, як при фізіологічному перебігу вагітності, так і за несприятливих умов внутрішньоутробного плода, пов'язаних з ускладненнями гестації, пологів, а також із захворюваннями матері [1–4].

Дані про перебіг вагітності і пологів при багатоводді недостатньо відображені в літературі. Є роботи по етіології цієї патології, що свідчать про те, що істотну роль в розвитку багатоводдя відіграють вади розвитку, порушення вуглеводного обміну і спадкова патологія [1, 3]. Незначне число досліджень, присвячених ролі інфекційної патології в етіології багатоводдя [2, 4]. Вельми обмежені дані про особливості перебігу вагітності і пологів, про стан фетоплацентарного комплексу, про зміни навколоплідних вод в динаміці вагітності, ускладненої багатоводдям. У зв'язку з цим сучасна діагностика багатоводдя, виявлення чинників ризику, оцінка стану фетоплацентарної системи має особливе значення у виборі методів первинної профілактики, раціональної терапії, оптимального родозродження і ранньої реабілітації новонароджених, в цілому прогнозуванні цієї складної перинатальної патології [1–4].

У сучасних умовах зростання частоти багатоводдя пов'язаних із збільшенням числа інфікованих жінок репродуктивного віку, імунodefіциту і гормональних порушень. Багатоводдя є одним із специфічних ознак внутрішньоутробного інфікування, частота якого постійно збільшується і досягає 5–7% [3]. У зв'язку з цим представляє великий практичний інтерес виявлення частоти, чинників ризику, особливостей перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду, стану

плода і новонародженого при багатоводді різного генезу: бактеріального і вірусного.

Усе викладене вище є обґрунтуванням для проведення цього наукового дослідження.

Мета дослідження: зниження частоти перинатальної патології у жінок з багатоводдям на основі вивчення клінічних, ехографічних, мікробіологічних і морфологічних досліджень, а також розробки і впровадження вдосконаленого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети і завдань під нашим спостереженням знаходилося 130 вагітних з хронічним багатоводдям (1 група). 2 групу склали 100 вагітних з хронічним багатоводдям, які отримували розроблений нами алгоритм діагностичних та лікувально-профілактичних заходів. За контроль було взято 100 жінок, в яких вагітність протікала без хронічного багатоводдя.

Клініко-статистичний аналог анамнестичних даних, особливостей перебігу вагітності, пологів проводився на підставі спеціально розроблених карт, які заповнювалися шляхом усного опиту вагітних і точного визначення деяких параметрів гомеостазу під час амбулаторного і стаціонарного обстеження і лікування вагітних. У розроблену карту також заносилися всі клініко-лабораторні дослідження, що проводилися.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними причинами розвитку багатоводдя є висока частота початкової екстрагенітальної патології (65,4%) з переважанням хронічного пієлонефриту (36,9%) і захворювання шлунково-кишкового тракту (24,6%), а також гінекологічній захворюваності (75,3%), в основному, запального генезу: хронічні запальні захворювання придатків матки (33,8%); захворювання шийки матки – (27,7%) і запальні захворювання піхви (специфічні і неспецифічні вагініти) – (21,5%).

Багатоводдя розвивається до 28 тиж гестації в 16,9% вагітних, при терміні 29–35 тиж – в 36,9% и до 36–40 тиж – в 46,2% пацієнток, при цьому багатоводдя I ступеня має місце в 29,2% жінок, II ступеня – в 50,7% і III ступеня – у 20,0% пацієнток.

Клінічний перебіг вагітності у жінок з багатоводдям характеризується високою частотою загрози переривання вагітності (36,9%), плацентарної дисфункції (51,5%), затримки розвитку плода (23,1%) і передчасних пологів (31,5). Частота абдомінального розродження у пацієнток з багатоводдям складає 40,0%, а основними показаннями є обтяжений репродуктивний анамнез, дистрес плода і аномалії пологової діяльності.

Стан новонароджених при багатоводді характеризується значним рівнем реалізації інтраамніального інфікування (15,4%), важкої асфіксії (10,7%) і постгіпоксичної енцефалопатії (31,0%).

Багатоводдя характеризується запальними змінами плодових оболонок, появою в амніотичній рідині великої кількості недиференційованих і зруйнованих клітинних елементів, переважанням при мікробіологічному дослідженні умовно-патогенної флори.

Морфологічні зміни посліду мають місце лише у випадках перинатальної патології і полягають в посиленні інволютивно-дистрофічних процесів – в 61,7% випадків виявлені запальні зміни у вигляді осередкового децидуїту або краєвого децидуїту з переважанням серед інфільтруючих елементів лімфоцитів.

На підставі комплексних досліджень розроблено алгоритм діагностичних і лікувальних заходів, що включає декілька етапів:

1. Виявлення пацієнток з високим ризиком розвитку багатоводдя інфекційного генезу:

- із захворюваннями, що передаються статевим шляхом;
- з наявністю змішаної вірусно-бактеріальної інфекції;
- з запальними захворюваннями урогенітального тракту, рецидивуючими кольпітами;
- з обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом (безпліддя запального генезу, звичне невиношування, передчасні пологи, плацентарна дисфункція, багатоводдя, народження дітей з вадами розвитку, затримка розвитку плода).

2. Обстеження даного контингенту жінок на наявність інфекції: використання мікробіологічного, вірусологічного, цитологічного методів дослідження; додаткове обстеження на виявлення екстрагенітальних захворювань неінфекційного генезу.

3. Під час вагітності алгоритм ведення доповнюється такими заходами:

- попередження і лікування бактеріальної, вірусної або змішаної інфекції;
- профілактика і терапія ускладнень вагітності, викликаних інфекцією і екстрагенітальною патологією.

4. Діагностика багатоводдя повинна ґрунтуватися на даних огляду і комплексного клініко-лабораторного обстеження:

- при вимірі окружності черева і висоти стояння дна матки порівняння отриманих даних з їх нормативами на цьому терміні гестації;
- виявлення при ультразвуковому дослідженні великих ехонегативних просторів в порожнині матки;
- індекс амніотичної рідини більше 24 см;
- визначення ступеня тяжкості багатоводдя по глибині найбільшого карману амніотичної рідини;
- при помірному багатоводді глибина кармана більше 8 см, при середньому – 12–16 см, при тяжкому – 16 см і більше;
- обов'язкове проведення обстеження на наявність бактеріальної і/або вірусної інфекції з мікробіологічною ідентифікацією бактерій, застосування молекулярно-біологічних (діагностика герпесвірусної, уреа- і мікоплазменної, хламідійної інфекцій методом ПЛР), імуноферментних (визначення в крові специфічних антитіл до вірусів ІФА);
- виявлення при посіві амніотичної рідини (отриманої методом трансабдомінального амніоцентезу) етіологічно значимих мікроорганізмів в кількості, що перевищує 5×10^2 КУО/мл, як правило, є критерієм мікробіологічної діагностики ВУІ;
- амніоцентез проводиться суворо по показанням, оптимальним часом для його проведення є термін вагітності 21–23 тиж;
- при наявності вагінальної інфекції у матері інформативним у визначенні

ризика внутрішньоутробного інфікування, ускладнень в пологах і післяпологовий період є визначення кількості поліморфно-ядерних лейкоцитів в мазках вмісту пологових шляхів і амніотичної рідини;

- при появі інфекційної патології шийки матки, тривалій загрози переривання вагітності, інфекції сечовивідних шляхів, плацентарної дисфункції, ехографічних маркерів внутрішньоутробного інфікування доцільно проведення амніоцентезу для мікробіологічного дослідження навколоплідних вод, призначення системної антибіотикотерапії препаратами групи цефалоспоринов, макролідів в поєднанні з лікуванням ускладнень вагітності.

5. Тактика розродження залежить від конкретної акушерської ситуації, стану внутрішньоутробного плода.

Вдосконалений нами алгоритм ведення жінок з багатоводдям дозволяє знизити частоту передчасних пологів з 31,5% до 17,0% (в 1,9 разу); передчасного розриву плодових оболонок – з 36,0% до 21,0% (в 1,7 разу); аномалій пологової діяльності – з 21,0% до 12,0% (в 1,8 разу); патологічної крововтрати в пологах і ранньому післяпологовому періоді зареєстрована з 11,0% до 7,0% (в 1,6 разу), кесаревих розтинів з 40,0% до 22,0% (в 1,8 разу), реалізації інтраамніального інфікування з 15,4% до 8,0% (в 1,9 разу); важкої асфіксії новонароджених з 10,7% до 6,0% (в 1,8 разу) і постгіпоксичної енцефалопатії з 31,0% до 19,0% (в 1,6 разу).

ВИСНОВКИ

Таким чином, багатоводдя є серйозним ускладненням вагітності і пологів як для матері, так і плода. Використовувані в даний час методи діагностики хронічного багатоводдя на його доклінічній стадії є не завжди достовірними, засоби профілактики і лікування вагітних з даною патологією у ряді випадків недостатньо ефективними. Уточнення особливостей патогенезу багатоводдя з використанням нових технологій, подальша розробка методів діагностики, профілактики і лікування продовжують залишатися актуальними, оскільки дозволяють знизити частоту акушерських ускладнень, а також поліпшити перинатальні результати.

Плацентарная дисфункция при многоводии И.Д. Кондратенко

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что многоводие является серьезным осложнением беременности и родов как для матери, так и для плода. Используемое в настоящее время методы диагностики хронического многоводия на его доклинической стадии являются не всегда достоверными, средства профилактики и лечения беременных с данной патологией в ряде случаев недостаточно эффективны. Уточнение особенностей патогенеза многоводия с использованием новых технологий, дальнейшая разработка методов диагностики, профилактики и лечения продолжают оставаться актуальными, поскольку позволяют снизить частоту акушерских осложнений, а также улучшить перинатальные результаты.

Ключевые слова: многоводие, перинатальная патология, профилактика.

Placental dysfunction at polyhydramnion I.D. Kondratenko

Results of the spent researches testify that polyhydramnion is serious complication of pregnancy and sorts both for mother, and for a born. Methods of diagnostics now in use chronic polyhydramnion on its preclinical stages are not always authentic, means of preventive maintenance and treatment of pregnant women with the given pathology in some cases are insufficiently effective. Specification of features of pathogenesis of polyhydramnion with use of new technologies, the further working out of methods of diagnostics, preventive maintenance and treatment continue to remain actual as allow to lower frequency of obstetrical complications, and also to improve perinatal results.

Key words: polyhydramnion, perinatal pathology, preventive maintenance.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вдовиченко Ю.П. Шляхи зниження акушерських і перинатальних ускладнень / Ю.П. Вдовиченко, А.В. Талько // Перинатологія і педіатрія. – 2009. – № 2. – С. 12–16.
2. Генік Н.І. Значення хламідійної інфекції в генезі акушерської патології / Н.І. Генік // Імунологія та алергологія. – 2012. – № 3. – С. 61.
3. Гусева О.И. Многоводие: этиология, патогенез, диагностика и акушерская тактика / О.И. Гусева // Ультразвук. диагн. – 2012. – № 4. – С. 5–13.
4. Дрінь Т.М. Аналіз перебігу вагітності та пологів у жінок з внутрішньоутробним інфікуванням плода / Т.М. Дрінь // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – № 1. – С. 53–56.

УДК 618.1-002-06:618.39-084

Профілактика невиношування у жінок із запальними процесами репродуктивної системи

І.Ю. Костюк

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова МОЗ України

Результати проведених досліджень свідчать, що передчасне переривання вагітності у жінок із запальними захворюваннями уrogenітального тракту є дуже важливим науковим завданням сучасного акушерства, вирішення якого повинне носити комплексний характер з врахуванням основних етіопатогенетичних особливостей. Використання поетапної пропонованої методики дозволяє істотно поліпшити безпосередні результати жінок групи високого ризику.

Ключові слова: невиношування вагітності, запальні захворювання.

Невиношування вагітності є однією з найбільш найважливіших проблем охорони здоров'я у всьому світі. Частота передчасного переривання вагітності коливається в межах 10–25% [1–5]. Не дивлячись на велику кількість досліджень, присвячених профілактиці і лікуванню невиношування, частота передчасних пологів складає 5–10% [2].

Невиношування вагітності – це універсальна, інтегрована відповідь жіночого організму на будь-яке виражене неблагополуччя в стані здоров'я вагітної, внутрішньоутробного плода, довілля і багатьох інших чинників. В умовах адаптації до вагітності найяскравіше виявляється єдність нервової і гуморальної регуляції, контрольована симпато-адреналовою системою, яка забезпечує організм жінки створенням достатніх енергетичних ресурсів в умовах внутрішнього і зовнішнього середовища, що змінилося [3, 4].

Серед різних чинників ризику невиношування все більшого значення набувають вихідні фонові запальні захворювання репродуктивної системи. Успіхи мікробіології і вірусології до теперішнього часу створили передумови до розуміння генезу порушень репродуктивної системи і забезпечили можливість глибшого розуміння механізмів невиношування вагітності на тлі перенесених запальних захворювань репродуктивної системи [1–5].

В той же час, патогенез невиношування на тлі запальних процесів репродуктивної системи вивчений недостатньо. Відсутні чіткі дані про особливості формування і функціонального стану фетоплацентарного комплексу і порушень стану внутрішньоутробного плода і новонародженого залежно від вихідних особливостей мікробіоценозу статевих шляхів. Крім того, відсутні дані про диференційований

підхід до профілактики невиношування вагітності з врахуванням основних причин запального процесу.

Усе наведене вище є чітким обґрунтуванням актуальності вибраного наукового напрямку.

Мета дослідження: зниження частоти передчасного переривання вагітності у жінок із запальними захворюваннями репродуктивної системи на основі вивчення мікробіологічних і вірусологічних особливостей; функціонального стану фетоплацентарного комплексу, а також розроблення і впровадження диференційованого підходу до проведення лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення даної мети було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 150 вагітних, яких було розподілено на три групи:

- основна група – 50 пацієнток, що отримували пропоновану нами методику;
- група порівняння – 50 пацієнток, що отримували загальноприйнятні лікувально-профілактичні заходи;
- контрольна група – 50 здорових первовагітних.

Пропонована нами методика включала наступні моменти:

1 етап – прегравідарна підготовка: 6–12 міс.

- гормональна контрацепція;
 - корекція мікробіоценозу статевих шляхів;
 - імунокорегуюча терапія;
 - підготовка статевого партнера.
- 2 етап – 18–22 тиж вагітності:
- гормональна терапія;
 - корекція мікробіоценозу статевих шляхів;
 - комплексна метаболічна терапія;
 - імунокорегуюча терапія.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вагітні основної групи і групи порівняння були ідентичні за найбільш важливими показниками (термін вагітності, вік, паритет, генітальна і екстрагенітальна патологія, соціальне положення і ін.).

Як свідчать результати проведених досліджень, провідними чинниками ризику загрозливого переривання вагітності у жінок з невиношуванням запального генезу є наявність в анамнезі інфекційної соматичної патології – гострі респіраторні вірусні інфекції з частотою три рази в рік і більш (40,0%); хронічні тонзиліт (26,0%), бронхіт (22,0%), пієлонефрит (20,0%), гастрит (18,0%), коліт (14,0%); хронічні запальні захворювання геніталій – кольпіт (56,0%); псевдоерозія шийки матки (46,0%), сальпінгофорит (60,0%) і ендометрит (36,0%).

Найчастішими ускладненнями гестаційного періоду у жінок із запальними захворюваннями уrogenітального тракту і невиношуванням в анамнезі є загрозливе переривання вагітності в ранніх термінах (62,0%); ранній токсикоз вагітних легкої і середньотяжкої форми (30,0%); затримка розвитку плода (40,0%); багатоводдя (24,0%) і низька плацентация (18,0%).

Нами встановлено, що основними «мікробіологічними» чинниками ризику у жінок з невиношуванням вагітності запального генезу є наявність в урогенітальному тракті змішаного паразитоценозу, представленого активним анаеробним (*T. Vaginalis*, *M. Hominis*, *U. Urealiticum*), вірусним (CMV, HCV type 1,2, *Soxsackieviruses* A,B) і грибовим компонентом. У вагітних з невиношуванням інфекційного генезу виявлений високий рівень інвазії лямбліями (44,0%); токсокарами (28,0%) і гостриками (24,0%). Дуже важливим є той аспект, що лабораторна діагностика етіологічно значимої флори в багатокомпонентних паразитоценозах статевих органів у жінок з невиношуванням вагітності повинна включати два рівні: скринуючий і культуральний.

Аналізуючи ефективність запропонованої нами методики необхідно відзначити, що її вживання дозволило в 5 разів зменшити частоту рецидиву даної патології; у 4 рази знизити частоту передчасних пологів і в 2 рази зменшити перинатальні втрати.

ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, невиношування у жінок із запальними захворюваннями репродуктивної системи є дуже важливим науковим завданням сучасного акушерства, вирішення якого повинне носити комплексний характер з врахуванням основних етіопатогенетичних особливостей. Використання поетапної запропонованої методики дозволяє істотно поліпшити безпосередні результати жінок групи високої ризику.

Профілактика невынашивания беременности у женщин с воспалительными заболеваниями репродуктивной системы

И.Ю. Костюк

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что преждевременное прерывание беременности у женщин с воспалительными заболеваниями урогенитального тракта является очень важной научной задачей современного акушерства, решение которой должно носить комплексный характер с учетом основных этиопатогенетических особенностей. Использование поэтапной предлагаемой методики позволяет существенно улучшить непосредственные результаты женщин группы высокого риска.

Ключевые слова: невынашивание беременности, воспалительные заболевания.

Preventive maintenance of premature interruption of pregnancy at women with inflammatory diseases of reproductive system

I.Yu. Kostyuk

Results of the spent researches testify, that premature interruption of pregnancy at women with inflammatory diseases urogenital path is very important scientific problem of the modern obstetrics which decision should have complex character taking into account the cores etiopatogenetical features. Use of a stage-by-stage offered technique allows to improve essentially direct results of women of group of high risk.

Key words: premature interruption of pregnancy, inflammatory diseases.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бабаджанова Г.С. Определение эффективности лечения привычного невынашивания беременности, обусловленного некоторыми видами TORCH-инфекции / Г.С. Бабаджанова // Проблемы беременности. – 2010. – № 2. – С. 61–64.
2. Венцківський Б.М. Організаційні та медичні аспекти звичного невиношування вагітності / Б.М. Венцківський, І.Б. Венцківська // Невиношування вагітності. – К., 2007. – С. 45–47.
3. Голота В.Я. Перинатальні аспекти недоношування вагітності / В.Я. Голота, В.О. Бенюк // Проблеми медицини. – 2009. – № 1–2. – С. 32–35.
4. Назаренко Л.Г. Привычное невынашивание беременности: микробиологическая характеристика и лечение / Л.Г. Назаренко, Омар Салами // Буковинський мед. вісник. – 2011. – № 2–3. – С. 134–136.
5. Новикова Н.В. Урогенітальна інфекція як основний чинник невынашивания вагітності / Н.В. Новикова, О.М. Стукалова, А.В. Руденко // Педиатрия, акушерство и гинекология. – 2010. – № 6. – С. 105–107.

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

Повторний кесарів розтин під час партнерських пологів при неспроможності рубця на матці

І.П. Нецкарь

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

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

Ключові слова: кесарів розтин, партнерські пологи.

Упродовж останніх 15–20 років у всіх країнах відбувається зростання частоти кесарева розтину (КР) в 3–4 рази. Згідно даним літератури, частота операції складає від 13% до 45% [1–5].

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

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

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

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено комплексне обстеження 120 пацієнток, госпіталізованих для підготовки до абдомінального розродження в акушерське відділення клінічного пологового будинку № 1 м. Сімферополя в період

2008–2012 рр.: 60 пацієнток з рубцем на матці після операції КР були розроджені абдомінальним шляхом повторно, в 60 вагітних операція КР була виконана уперше.

Усім пацієнткам було проведено загальноприйняті клініко-функціональні і лабораторне обстеження згідно загальноприйнятих рекомендацій.

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

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

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

У всіх пацієнток I основної підгрупи повторну операцію КР було виконано в плановому порядку, термін гестації на момент розродження склав 39,6±0,5 тиж.

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

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

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

При морфологічному дослідженні біоптатів нижнього маткового сегменту, отриманих при виконанні повторної операції КР у пацієнток I основної підгрупи, в його структурі переважав м'язовий компонент, представлений пучками гладких міоцитів, між якими розташовувалася щільна волокниста сполучна тканина у вигляді тонких прошарків і широких полів з багаточисельними судинами різного типу. При імуногістохімічному дослідженні в області з'єднальнотканинних прошарків наголошувалася виражена експресія колагену I типу. Відносно колагену III і IV типів досліджувані біоптати були імунонегативні, що вказує на морфологічну «зрілість» рубцевої тканини і відсутність склеротичних змін в стінці судин. У пацієнток II основної підгрупи нижній матковий сегмент при морфологічному дослідженні був представлений переважно грубоволокнистою сполучною тканиною з нечисленними патологічно зміненими судинами, ділянками набряку, крововиливів і інфільтрації клітинами лейкоцитарного і фібробластичного ряду. Поодинокі, нерівномірно забарвлені гладкі міоцити розташовувалися нерегульовано. При імуногістохімічному дослідженні сполучна тканина характеризувалася помірно вираженою експресією колагену I типу, в області ділянок крововиливів і клітинної інфільтрації спостерігалася виражена експресія колагену III типу. У стінці судин наголошувалася виражена експресія колагену IV типу унаслідок склерозу судинної стінки. Склеротичні зміни судин при формуванні «неспроможного» рубця на матці перешкоджають повноцінній регенерації м'язової тканини, призводячи до порушення обміну речовин і місцевої тканинної

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

ВИСНОВКИ

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

Повторное кесарево сечение при партнерских родах при несостоятельности рубца на матке И.П. Нецкарь

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

Ключевые слова: кесарево сечение, партнерские роды.

**Repeated Cesarean section at partner labours
and a hem inconsistency on uterus**
I.P. Netskar

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

Key words: *Cesarean section, partner childbirth.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Васильченко О.Н. Влияет ли количество кесаревых сечений в анамнезе на течение последующей беременности, операции и послеоперационного периода? / О.Н. Васильченко // «Мать и дитя»: материалы I Регионального форума (20–22 марта, 2007 г.). – Казань, 2007. – С. 35–36.
2. Горбачева А.В. Повторное кесарево сечение / А.В. Горбачева // «Мать и дитя»: материалы VII Российско-го 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 / Л.М. Комиссарова // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 1. – С. 20–22.
4. Милованов А.П. Диагностика состояния рубца на матке у беременных, перенесших кесарево сечение / А.П. Милованов // 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 / Е.А. Чернуха // «Репродуктивное здоровье семьи»: материалы II международного конгресса по репродуктивной медицине – М., 2011. – С. 81–82.

УДК: 618:251-089:616-097

**Імунологічний контроль
цитотрофобластичної інвазії в ранні
терміни вагітності**

О.В. Трохимович

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

У роботі представлені результати імуногістохімічного дослідження експресії ендометріальних НК-клітин та лейкоцитарних антигенів людини (HLA) в децидуальній оболонці та тканині хоріона за умов ранніх втрат вагітності.

За умов спонтанного викидня встановлене підвищення експресії HLA в структурах децидуальної оболонки та ворсинкового хоріона на тлі зниження експресії ендометріальних натуральних кілерів. За умов викидня, що не відбувся, відзначено підвищення експресії НК-клітин та HLA, що свідчить про дизрегуляцію імунологічного гомеостазу на локальному рівні що призводить до порушення процесу повноцінної імплантації, васкуляризації і, як наслідок, втрати вагітності.

Ключові слова: *натуральні кілери (НК-клітини), HLA, хоріон, децидуальна оболонка, ранні втрати вагітності.*

На сучасному етапі в генезі ранніх репродуктивних втрат важливе значення надають імунологічних механізмів. Порушення імунологічної толерантності організму матері по відношенню до майбутньої дитини запускає цілий каскад патологічних змін, що в кінцевому випадку призводить до втрати вагітності [1, 2]. Ряд досліджень показав, що у жінок із невиношуванням в ендометрії визначається переважання натуральних кілків (НК-клітин) з популяції Т-лімфоцитів. Негативний вплив останніх реалізується через зміни васкуляризації із порушенням маткової гемодинаміки, що призводить до передчасної оксигенації хоріона (оксидативний стрес), та як наслідок, до переривання вагітності [3, 4]. Поряд з цим, зменшення кількості НК-клітин в ендометрії у жінок з репродуктивними втратами в анамнезі створює несприятливе середовище для росту та розвитку ембріона [5, 6]. Отже, стан ендометрія та його васкуляризація певним чином відображають функціональну активність ендометріальних натуральних кілерів (НК-клітин), які здатні продукувати судинно-ендотеліальний фактор росту. Під впливом ростових факторів ендометрії трансформуються за рахунок не тільки змін його структури, але й особливостей васкуляризації, що є важливим для процесу повноцінної трофобластичної інвазії [7]. В умовах сьогодення в даному напрямку проводиться багато досліджень, що свідчить про те, що остаточно думка ще не сформована та потребує подальшого поглибленого вивчення.

Отже, безумовний інтерес має вивчення особливостей експресії ендометріальних НК клітин та лейкоцитарних антигенів людини (HLA) в децидуальній оболонці та тканині хоріона за умов ранніх втрат вагітності, що і стало метою даної роботи.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 69 зразків абортивного матеріалу вагітних жінок в термінах 4-10 тижнів вагітності: 45 зразків від жінок із викиднем, що не відбувся (перша група), 14 зразків від жінок із спонтанним викиднем (друга група); 10 зразків від вагітних жінок з одноплідною вагітністю, що нормально розвивається, в термінах 4-9 тижнів, яким було проведено медичний аборт за власним бажанням (контрольна група).

Визначення експресії NK клітин та HLA в децидуальній оболонці та тканині хоріона проводили за допомогою імуногістохімічного метода:

1) непрямий стрептавидін-пероксидазний метод виявлення рівня експресії МКАТ натуральних кілерів (NK) (фірма DAKO, Данія).

2) непрямий стрептавидін-пероксидазний метод виявлення рівня експресії МКАТ HLA.

Протокол забарвлення: депарафінізація шматочків тканини на скло, блокування ендогенної пероксидази 3% розчином перексиду водню, обробка предметного скла водою, блокування неспецифічних протеїнових сполук двома краплями 1% BSA, промивка в PBS-буфері, нанесення первинних антитіл до антигену HLA (фірма DAKO, Данія) на одну годину. Промивають в PBS-буфері і наносять вторинні антитіла. Промивка в PBS-буфері, нанесення двох крапель комплексу стрептавидін-пероксидази та інкубація на протязі 30 хв, промивка і нанесення АЕС-хромоген розчину-інкубація від 5 до 20 хв до появи коричневого забарвлення.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Дослідження експресії МКАТ до NK в децидуальній оболонці та ворсинах хоріона у жінок контрольної групи показало слабку нерівномірну експресію даного маркера в вище зазначених структурах. При цьому імунопозитивне забарвлення відзначалось в близько 8% клітин, поряд з цим спостерігались вогнищеві скупчення імунопозитивно забарвлених клітин в структурах децидуальної оболонки (табл. 1).

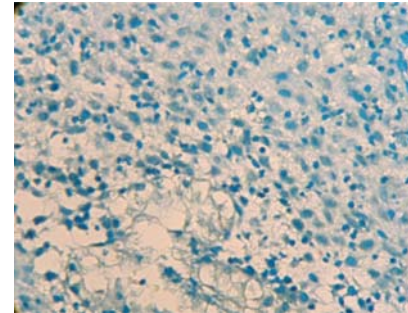
Аналіз результатів даних щодо експресії МКАТ до NK в децидуальній оболонці та ворсинах хоріона за умов спонтанного викидня виявив різке зниження або відсутність NK в порівнянні із першою та контрольною групами (мал. 1, 2).

На противагу цьому, за умов викидня, що не відбувся, відзначалась слабка, нерівномірна експресія МКАТ до NK в децидуальній тканині на тлі її вираженої експресії в структурі ворсинок хоріона (мал. 3, 4). Збільшення кількості енто-

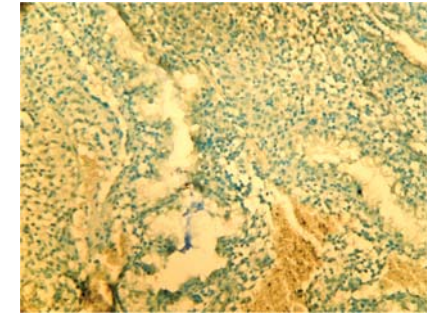
Таблиця 1

Особливості експресії NK в децидуальній тканині та ворсинах хоріона по групах (імуногістохімічне дослідження), %

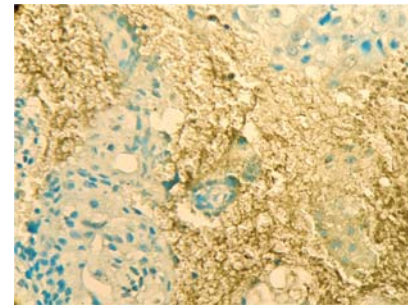
Група хворих	Децидуальна тканина	Ворсини хоріона
Перша	15-20	0-1, вогнища до 15
Друга	0-1	0-1; 1 та більше
Контрольна	0-1, вогнища до 26	8



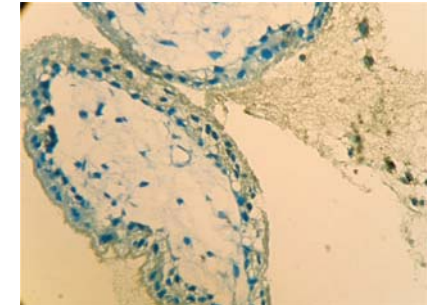
Мал. 1. Мимовільний викидень в терміні 6 тиж вагітності. Негативна експресія МКАТ до NK в структурі децидуальної оболонки. Непрямий стрептавидін-пероксидазний метод виявлення інтенсивності та розповсюдженості реакції з МКАТ NK (імуногістохімічне дослідження). Мікрофотографія. Ок. 10 Об.20



Мал. 2. Мимовільний викидень в терміні 7 тиж вагітності. Зниження та відсутність експресії МКАТ до NK в залозах ендометрія. Непрямий стрептавидін-пероксидазний метод виявлення інтенсивності та розповсюдженості реакції з МКАТ NK (імуногістохімічне дослідження). Мікрофотографія. Ок. 10 Об.10



Мал. 3. Викидень, що не відбувся в терміні 6 тиж. Позитивна, нерівномірна експресія МКАТ до NK в децидуальній тканині. Непрямий стрептавидін-пероксидазний метод виявлення інтенсивності та розповсюдженості реакції з МКАТ NK (імуногістохімічне дослідження). Мікрофотографія. Ок. 10 Об.20.



Мал. 4. Хвора А. Викидень, що не відбувся в терміні 6 тиж. Позитивна експресія МКАТ до NK в цитотрофобласті мезенхімальних ворсинок. Непрямий стрептавидін-пероксидазний метод виявлення інтенсивності та розповсюдженості реакції з МКАТ NK (імуногістохімічне дослідження). Мікрофотографія. Ок. 10 Об.20

метріальних натуральних кілерів, згідно даним літератури, асоціюється із запальними процесами статевих органів і може бути свідченням хронічного ендометриту за умов персистенції в ендометрії вірусної або бактеріальної інфекції [1].

Оскільки NK є важливим компонентом вродженого імунітету, що приймають участь в підтримці імунологічної толерантності, а також формуванні адекватної гестаційної перебудови ендометрія, тому їх дисбаланс в бік як підвищення, так і зниження кількості особливо в материнських відділах (децидуальної оболонки) та хоріальних структур призводить до виникнення необоротних змін та втрати вагітності.

Відомо, що лейкоцитарні антигени людини (HLA) відіграють одну з головних ролей в імунній відповіді, оскільки присутність антигенів головного комплексу гістосумисності є важливим в активації Т-лімфоцитів. Дослідження щодо рівня експресії HLA в тканинах ендометрія та децидуальної оболонки на ранніх термінах вагітності та за умов її ускладненого перебігу є суперечливими. Як показали дослідження, протягом вагітності експресія HLA-G в децидуальній тканині регулюється впливом гормонів та цитокінів [7]. З іншого боку, функція антигенів HLA-G полягає в модуляції секреції цитокінів в децидуальній тканині, індукції імунологічної толерантності в формуванні імунологічної толерантності організму матері по відношенню до плода. Відтак, згідно результатів досліджень, експресія HLA (клас I) в децидуальному ендометрії пізньої фази секреції та ранніх термінів вагітності була достовірно вищою ніж в не децидуалізованому ендометрії [8]. Під час вагітності антигени HLA-G специфічно експресуються в трофобласті та впливають на NK клітини, завдяки чому приймають активну участь в контролі трофобластичої інвазії шляхом ремоделювання спіральних артерій з метою успішної імплантації ембріона та перебігу вагітності. [9, 10].

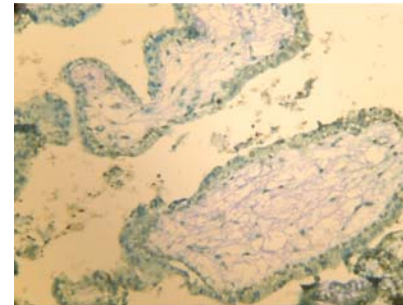
Згідно отриманим результатам щодо імуногістохімічного дослідження експресії маркера HLA за умов викидня, що не відбувся, встановлено експресію МКАТ HLA в мембранах мононуклеарних клітин, що розташовані в міжворсинчастому просторі, а також в мембранах сінцитія ворсинок, на відміну від другої та контрольної групи. За умов спонтанного викидня експресія МКАТ HLA була більш вираженою в мембранах ворсинок, при цьому імунопозитивне забарвлення відзначалось у 20-40% клітин (таблиця 2; рис. 5, 6, 7, 8).

В контрольній групі відзначалась слабка нерівномірна експресія маркера МКАТ HLA в мембранах сінцитія ворсинок при цьому імунопозитивне забарвлення відзначалось у 1-7% клітин, в децидуальній тканині спостерігалась його слабка експресія в мембранах ендометріальних залоз із вогнищами до 25% клітин.

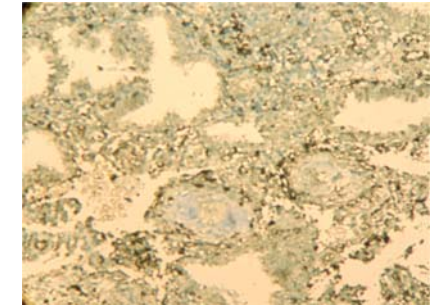
Таблиця 2

Особливості експресії маркера HLA в децидуальній тканині та ворсинах хоріона по групах (імуногістохімічне дослідження), %

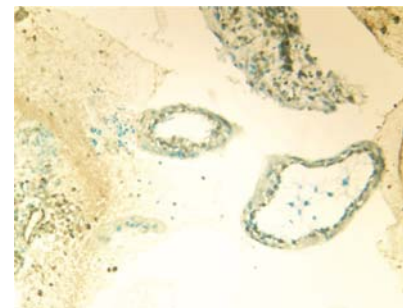
Група хворих	Децидуальна тканина	Ворсини хоріона
Перша	25-30	Близько 5
Друга	Нерівномірно 20	20-30-40
Контрольна	0-5, вогнища до 25	Нерівномірно 1-7



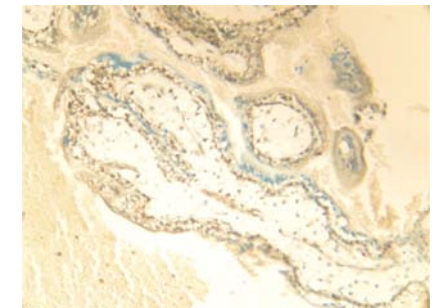
Мал. 5. Викидень, що не відбувся в терміні 6 тиж. Позитивна експресія МКАТ HLA в мембранах сінцитія ворсинок та мононуклеарних клітинах розташованих в міжворсинчастому просторі. Непрямий стрептовідін-пероксидазний метод виявлення інтенсивності та розповсюдженості реакції з МКАТ HLA (імуногістохімічне дослідження). Мікрофотографія. Ок. 10. 06.20



Мал. 6. Викидень, що не відбувся в терміні 7 тиж. Позитивна експресія МКАТ HLA в мембранах нередукованих ендометріальних залоз та одиничних або скупчень мононуклеарних клітинних структурах. Непрямий стрептовідін-пероксидазний метод виявлення інтенсивності та розповсюдженості реакції з МКАТ HLA (імуногістохімічне дослідження). Мікрофотографія. Ок. 10. 06. 20



Мал. 7. Мимовільний викидень в терміні 7 тижнів вагітності. Експресія МКАТ HLA нерівномірно знижена в термінальних, мезенхімальних ворсинах. Непрямий стрептовідін-пероксидазний метод виявлення інтенсивності та розповсюдженості реакції з МКАТ HLA (імуногістохімічне дослідження). Мікрофотографія. Ок. 10 06.10



Мал. 8. Мимовільний викидень в терміні 7 тиж вагітності. Вогнища вираженої експресії МКАТ HLA в хоріальних структурах. Непрямий стрептовідін-пероксидазний метод виявлення інтенсивності та розповсюдженості реакції з МКАТ HLA (імуногістохімічне дослідження). Мікрофотографія. Ок. 10 06.10

Отже за умов викидня, що не відбувся та спонтанного викидня спостерігалось підвищення експресії МКАТ HLA в порівнянні із контрольною групою. Можливо така надмірна експресія даного антигену в децидуальній оболонці та ворсинах хоріона пов'язана із наявністю запального процесу, що узгоджується з даним літератури, згідно яких було встановлено підвищення експресії HLA-G в місцях запалення [7, 11]. Таким чином, надмірна експресія даного маркера може призводити до дизрегуляції тонких механізмів імунологічного гомеостазу на локальному рівні, порушення процесу повноцінної імплантації і, як наслідок, втрати вагітності.

ВИСНОВКИ

Встановлене підвищення експресії HLA в структурах децидуальної оболонки та ворсинкового хоріона на тлі зниження експресії ендометриальних натуральних кілерів за умов спонтанного викидня та підвищення експресії NK-клітин за умов викидня, що не відбувся, свідчить про дизрегуляцію імунологічного гомеостазу на локальному рівні та зриву формування механізмів толерантності організму матері по відношенню до семіалогенного плода, що призводить до порушення процесу повноцінної імплантації і, як наслідок, втрати вагітності.

Иммунологический контроль цитотрофобластической инвазии в ранние сроки беременности О.В. Трохимович

В работе представлены результаты иммуногистохимического исследования экспрессии эндометриальных NK-клеток и лейкоцитарных антигенов человека (HLA) в децидуальной оболочке и ткани хоріона при ранних потерях беременности. При спонтанном выкидыше установлено повышение экспрессии HLA в структурах децидуальной оболочки и ворсинчатого хоріона на фоне снижения экспрессии эндометриальных натуральных киллеров. При несостоявшемся выкидыше, отмечено повышение экспрессии NK-клеток и HLA, что свидетельствует о дизрегуляции иммунологического гомеостазу на локальном уровне и приводит к нарушению процесса полноценной имплантации, васкуляризации и, как следствие, потери беременности.

Ключевые слова: натуральные киллеры (NK-клетки), HLA, хоріон, децидуальная оболочка, ранние потери беременности.

Immunological control of cytotrophoblastic invasion in early pregnancy O.V. Trohimovych

The results of immunohistochemical study of expression of endometrial NK-cells and human leukocyte antigens (HLA) in the decidua membrane and chorion tissue in women with early pregnancy loss was present. The spontaneous abortion is associated with increased expression of HLA in structures decidua and chorion against decrease endometrial expression of natural killer cells. The missed abortion is associated with increased expression of NK-cells and HLA, indicating that the immune dysregulation homeostasis at the local level which leads to disruption of full implantation, vascularization and, consequently, pregnancy loss.

Key words: natural killer (NK-cells), HLA, chorion, decidua, early pregnancy loss.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности / В.М. Сидельникова – М: Триада-Х, 2002. – 304 с.
2. Gellersen B. Decidualization of the human endometrium: mechanism, functions, and clinical perspectives / B. Gellersen, I.A. Brosens, J.J. Brosens // Semin. Reprod. Med. – 2007. – Vol. 25. – P. 445–453.
3. Lash G.E. Review: Functional role of uterine natural killer (uNK) cells in human early pregnancy deciduas / G.E. Lash, S.C. Robson, J.N. Bulmer // Placenta. – 2010. – V. 31. – P. 87–92.
4. Fraser R. Impaired decidual natural killer cell regulation of vascular remodelling in early human pregnancies with high uterine artery resistance / R. Fraser, G.S. Whitley, A.P. Johnstone et al. // J. Pathol. – 2012. – № 3 (228). – P. 322–332.
5. Hanna J. Decidual NK cells regulate key developmental processes at the human fetal-maternal interface / J. Hanna, D. Goldman-Wohl, Y. Hamani et al. // Nat. Med. – 2006. – № 12. – P. 1065–1074.
6. Jianhong Zhang Natural killer cell-triggered vascular transformation: maternal care before birth? / Jianhong Zhang, Zhilin Chen, Graeme N Smith et al. // Cell. Mol. Immunol. – 2011. – № 1 (8). – P. 1–11.
7. Blanco O. Human decidual stromal cells express HLA-G: Effects of cytokines and decidualization / O. Blanco, I. Tirado, R. Muñoz-Fernández et al. // Hum. Reprod. – 2008. – № 1 (23). – P. 144–152.
8. Komatsu T. Expression of class I human leukocyte antigen (HLA) and b2-microglobulin is associated with decidualization of human endometrial stromal cells / T. Komatsu, I. Konishi, M. Mandai et al. // Human Reproduction. – 1998. – № 8 (13). – P. 2246–2251.
9. King A. Recognition of trophoblast HLA class I molecules by decidual NK cell receptors-a review / A. King, S.E. Hiby, L. Gardner // Placenta. – 2000. – Mar-Apr; 21 – P. 81–85.
10. Borbely A.U. The term basal plate of the human placenta as a source of functional extravillous trophoblast cells / A.U. Borbely, S. Sandri, I.R. Fernandes et al. // Reprod Biol Endocrinol. – 2014. – Jan 28;12:7.
11. Hviid T.V. HLA-G in human reproduction: aspects of genetics, function and pregnancy complications / T.V. Hviid // Hum Reprod Update. – 2006. – № 3 (12). – P. 209–232.

УДК 618.3/.7-037-06:618.32/.36

Особливості прогнозування перинатальної патології при аномаліях розвитку плідного яйця та аномальній плацентації

С.А. Куріцина

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

Проведений аналіз показав високу кореляційну залежність диспропорції розмірів амніону, хоріону і ембріону з підвищеними показниками індивідуального перинатального ризику, що визначається на підставі аналізу анамнестичних даних. Дане спостереження підтверджує необхідність проведення анамнестичного тестування при первинній явці вагітних в жіночу консультацію. Це дає підставу правильно визначити терміни первинного ехографічного дослідження, що впливає на своєчасність проведення профілактичної і коригуючої терапії.

Ключові слова: перинатальна патологія, прогнозування, аномалії розвитку.

Удосконалення принципів ведення вагітності і застосування оптимального розродження призводять до постійного зниження рівня дитячої смертності і захворюваності, проте в Україні показник перинатальної і дитячої смертності перевищує дані Європейських країн [1–4]. Серед різних причин такої негативної тенденції останніми роками виділяють зміну структури внутрішньоутробних порушень плода [1–4].

У даний час, згідно із статистичними даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, частота природжених і спадкових захворювань у цілому не перевищує 4–6%, в той час, як новонароджені з низькою масою тіла, унаслідок хронічної плацентарної недостатності і внутрішньоутробного інфікування в структурі ранньої дитячої смертності складають до 80%, причому частота даних видів внутрішньоутробної патології протягом останніх десяти років має тенденцію до зростання [1–4].

Розвиток сучасних методів ранньої діагностики патології плідного яйця і плаценти є реальним шляхом зниження частоти плацентарної недостатності, показників материнської і перинатальної захворюваності. При цьому, велике значення в плані визначення прогнозу перебігу вагітності набуває оцінювання стану ембріона і екстраембріональних утворень в І триместрі вагітності, особливо в плані формування хоріальної і амніотичної оболонки плідного яйця [1–4]. Порушення розвитку оболонки плідного яйця є різновидом бластопатій, що складають велику частку серед випадків раннього переривання вагітності і що поєднуються з вадами розвитку і хромосомною патологією ембріона. У зв'язку з цим, своєчасне виявлення гру-

бих форм порушення розвитку плідного яйця може сприяти вирішенню питання про доцільність збереження вагітності [1–4].

Не дивлячись на наукові дослідження, присвячені оцінюванню розмірів хоріальної і амніотичної порожнини і їх співвідношень, наявні дані не використовуються в практичній охороні здоров'я. Відсутні методики виявлення аномалій розвитку амніона на підставі ехографічних критеріїв, що дозволяють внести оцінку плодових оболонок до обов'язкової програми ехографічного дослідження в І триместрі вагітності. Не визначений алгоритм пренатального ехографічного і клінічного моніторингу пацієнток із виявленим диспропорційним розвитком порожнин плідного яйця, що дозволяє знизити ризик перинатальних втрат. Усе це свідчить про актуальність вибраного наукового направлення.

Мета дослідження: підвищення ефективності прогнозування перинатальної патології жінок груп високого ризику на підставі удосконалення методів діагностики патології розвитку плідного яйця в І триместрі вагітності і використання раціонального алгоритму пренатального моніторингу вагітних.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Досліджувану групу склали 100 пацієнток. Вік вагітних досліджуваної групи розподілився таким чином: 18–34 роки – 820%, 35–36 років – 4,0%, 37 років – 8,0%, 39–40 років – 6,0%. Вік батьків на момент зачаття був менш 45 років.

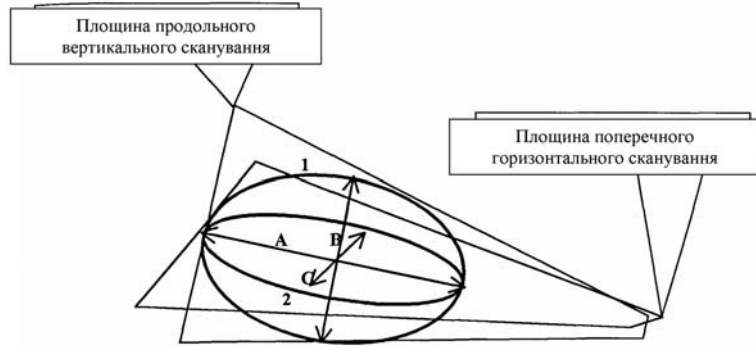
У комплексі проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, генетичні, мікробіологічні, ендокринологічні та статистичні методи.

Ехографічне дослідження проводилось з використанням ультразвукових сканерів, що обладнані тансабдомінальними датчиками 3,5 МГц і вагінальними датчиками 5–7 МГц.

Ехографічне дослідження в І триместрі вагітності виконувалось за стандартною схемою:

- визначення положення та позиції матки;
- вимір прокольного, передньо-заднього та поперечного розміру її тіла;
- оцінювання стану та структури біометрії;
- вимір довжини шийки матки, діаметра зовнішнього зіву, каналу шийки матки, внутрішнього зіву;
- визначення локалізації та форми плодового яйця;
- вимір подовженого, передньо-заднього та поперечного максимальних розмірів хоріальної та амніотичної порожнини у взаємно-перпендикулярних площинах;
- визначення відповідності терміну вагітності розміру матки та хоріального порожнини;
- оцінка структури гіллястого та «лисого» хоріону
- вимір діаметра жовткового мішка, оцінка його оболонки та внутрішньої структури
- вимір копчиково-тім'яного розміру та поперечного розміру голівки ембріону, оцінка серцевої діяльності та рухової активності
- дослідження внутрішніх структур голівки та тулуба.

Використовувались таблиці нормативів розмірів вказаних структур. Термін вагітності (гестаційний термін) встановлювався за сукупністю відповідності



1 – еліпс хоріального порожнини в площині продольного вертикального сканування
вимір діаметрів: А – продольного, В – передньо-заднього, С – поперечного
2 – еліпс хоріального порожнини в площині прокольного горизонтального сканування

Схема 1. Вагінальне сканування плідного яйця у взаємно-перпендикулярних площинах

внутрішнього розміру плідного яйця та копчиково-тім'яного розміру ембріону табличним нормативам. Основним при визначенні терміну вагітності вважався КТР ембріону з урахуванням процентильної варіабельності.

Для оцінювання метричних показників в нашій роботі ми використовували комп'ютерну математичну обробку отриманих при вимірах даних за допомогою програмного продукту, виконаного на базі dBASE-III.

Вимірювання діаметрів порожнини здійснювався при суворому дотриманні принципу взаємної перпендикулярності порожнини виміру відносно один одного (схема 1). Необхідно, щоб площини, у яких проходять лінії виміру були не тільки взаємно перпендикулярні, але і проходили через єдину середню точку виміру.

При загрозі переривання вагітності плідне яйце може різко змінити свою форму і не відповідати правильному еліпсу обертання – при цьому принципи визначення середнього розміру змінюються, у зв'язку з тим, що площини виміру деформованого плідного яйця розташовуються ексцентрично. В даних ситуаціях вимір плідного яйця повинно проводитися в обов'язковому порядку із застосуванням абдомінального та вагінального доступів. Перевагу у визначенні розмірів деформованого плідного яйця має трансабдомінальний доступ сканування за рахунок того, що дозволяє фіксувати саме ту площину виміру передньо-заднього розміру порожнини, в якій при повороті скануючого датчика на 90 градусів без зміни його нахилу, слід визначати поперечний розмір порожнини (схема 2).

Підсумок результатів обох методів сканування дозволяє запобігати суттєвих погрешностей у отриманні кінцевого результату середнього розміру порожнини при деформації плідного яйця.

Оскільки хоральна та амніотична порожнини розташовані, як правило, ексцентрично, для визначення розмірів кожної обирались свої взаємно-перпендикулярні пло-

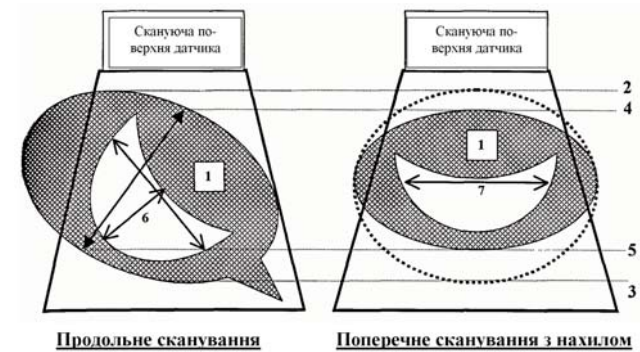


Схема 2. Визначення розмірів деформованого плідного яйця

- 1 – матка. Міометрій. Зона локального гіпертонусу.
- 2 – верхня точка поверхні матки в площині прокольного сканування.
- 3 – нижня точка поверхні матки в площині продольного сканування.
- 4 – верхня точка поверхні матки в площині поперечного сканування з нахилом.
- 5 – нижня точка поверхні матки в площині поперечного сканування з нахилом.
- 6 – хоріальна порожнина в прокольному скануванні, деформована за рахунок локального гіпертонусу міометрія. Вимір продольного та передньо-заднього розмірів порожнини.
- 7 – хоріальна порожнина в поперечному скануванні, деформована за рахунок локального гіпертонусу міометрія. Вимір поперечного та передньо-заднього розмірів порожнини

щини виміру, як при нормальній формі хоріального порожнини, так і при її деформації (схема 3, 4).

Ураховуючи більш високу акустичну щільність вмісту ектоцеломи порівняно з амніотичною рідиною, чітка візуалізація амніотичної порожнини в ряді випадків, досягалася шляхом штучного контрастування ехографічного зображення.

Розраховували середній діаметр амніотичної порожнини до розміру хоріального. Вимір та формулу розрахунку приведено на схемі 4.

Ехографічне дослідження в першому триместрі вагітності проводилось 1 або 2 рази, в залежності від терміну первинної явки пацієнтки та ступеня виразності ехографічних відхилень стану плідного яйця при первинному дослідженні:

- 1 раз – якщо пацієнтка являлась на первинне обстеження в гестаційному терміні 9-13 тиж.,

- 2 рази – якщо пацієнтка являлась на первинний прийом в 7-8 тиж., то повторне обстеження проводилось через 4-5 тиж., тобто – в 12-13 тиж.

Повторне дослідження проводилось для виключення аномалій розвитку ембріону та виявлення пізніх прогресуючих форм диспропорційного розвитку порожнини.

Якщо пацієнтка зверталась у зв'язку з наявністю кров'янистих виділень, то в день звернення проводилось тільки ехографічне дослідження та оцінка серцевої діяльності ембріона з метою запобігання провокуючого впливу ультразвукового дослідження. Розгорнене дослідження виконувалось не раніше, чим через 1-2 дня після проведення терапії, що визначалась традиційними клінічними показаннями.

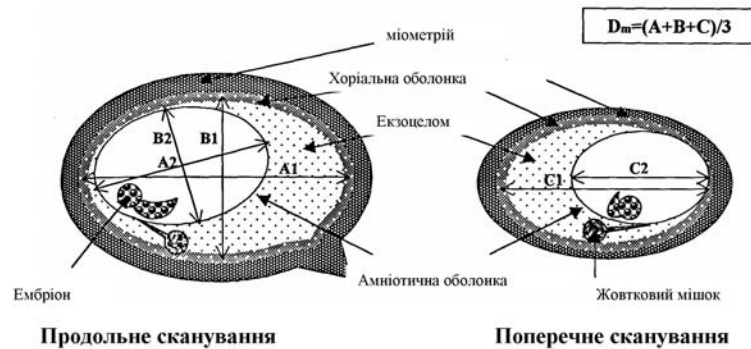


Схема 3. Вимір діаметрів хоріальної та амніотичної порожнин

A1, B1, C1 – продольний, передньо-задній і поперечний розміри (відповідно) хоріальної порожнини
A2, B2, C2 – продольний, передньо-задній і поперечний розміри (відповідно) амніотичної порожнини
Dm – середній діаметр площин, обчислюваний як середньо-арифметичний підсумок значень продольного, передньо-заднього та поперечного розмірів

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що в адекватність розвитку плодового яйця в першому триместрі вагітності визначається відповідністю відношення середніх розмірів амніотичної і хоріальної порожнин копчиково-тім'яного розміру ембріона.

Анамнестичне тестування на ранніх термінах вагітності дозволяє визначити ступінь і критерії індивідуального перинатального ризику, а також терміни проведення первинного і динамічних ехографічних досліджень.

Найбільш суттєво впливають на виникнення аномалій розвитку плодового яйця початкові дисгормональні порушення і наявність хронічної інфекції генітальної і екстрагенітальної локалізації.

Виявлення двократно при ехографічному дослідженні в перебігу першого триместру прогресуючого зменшення коефіцієнта співвідношення середніх розмірів амніотичної і хоріальної порожнин є несприятливим прогностичним чинником, що дозволяє ставити питання про доцільність пролонгації справжньої вагітності.

Основними принципами пренатального моніторингу вагітних, при виявленні диспропорційного розвитку порожнин плодового яйця є:

- обов'язкове проведення гормональних, мікробіологічних і вірусологічних досліджень;
- проведення синдромального ехографічного дослідження в другому триместрі вагітності;
- динамічне ехографічне оцінювання стану плодово-плацентарного комплексу для ранньої діагностики плацентарної недостатності.

Розроблений метод ехографічного оцінювання співвідношення розмірів порожнин плодового яйця дозволяє своєчасно сформувати групу високого ризику щодо усклад-

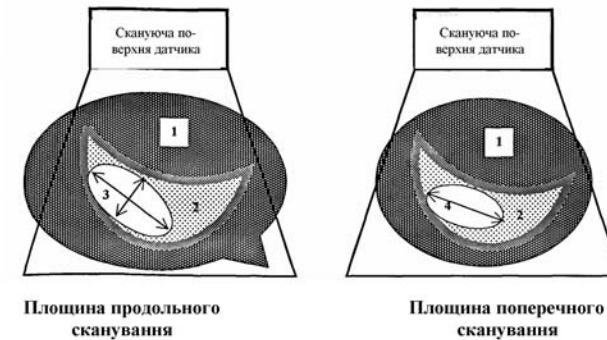


Схема 4. Вимір розмірів амніотичної порожнини при вираженій деформації яйця

- 1 – матка. Міометрій. Зона локального гіпертонузу.
2 – хоріальна порожнина. Екзоцеломічний простір.
3 – амніотична порожнина. Вимір продольного і передньо-заднього розмірів порожнини.
4 – амніотична порожнина. Вимір поперечного розміру порожнини.

неного перебігу вагітності, що дозволяє оптимізувати алгоритм ведення вагітної в плані своєчасних профілактичних і корегуючих заходів, що, зрештою сприяє зниженню частоти перинатальної патології.

Для практичної охорони здоров'я слід рекомендувати наступні моменти:

- первинне ехографічне дослідження у пацієнток групи високого перинатального ризику необхідно проводити при гестаційному терміні 7–8 тиж, що дозволяє виявити диспропорційну розвитку амніотичної і хоріальної порожнин плодового яйця.
- повторне ехографічне дослідження в I триместрі вагітності у пацієнток з високим перинатальним ризиком необхідно проводити в термінах 10–12 тиж, причому незалежно від результату первинного визначення співвідношень розмірів амніотичної і хоріальної порожнин, з метою виявлення пізніх і прогресуючих форм їхнього диспропорційного розвитку.
- при виявленні непрогресуючих форм диспропорційного розвитку порожнин плодового яйця в першому триместрі і пролонгації вагітності, показано проведення синдромального ехографічного дослідження і рішення питання про доцільність раннього каріотипування плода і застосування діагностичного амніоцентезу.
- ехографічна оцінка стану плодово-плацентарного комплексу з метою визначення плацентарної недостатності у пацієнток з виявленим в I триместрі диспропорційним розвитком порожнин плодового яйця, повинна здійснюватися з гестаційного терміну 26 тиж і з періодичністю, залежною від отримуваних при попередньому обстеженні показників.
- профілактичні курси терапії плацентарної недостатності необхідно проводити пацієнткам з виявленою диспропорційною дисоціацією порожнин плодового яйця, а також з урахуванням показників стану плодово-плацентарного комплексу, лабораторних даних гормонального, мікробіологічного і вірусологічного статусу.

ВИСНОВКИ

Таким чином, проведений аналіз показує високу кореляційну залежність диспропорції розмірів амніону, хоріону і ембріону з підвищеними показниками індивідуального перинатального ризику, що визначається на підставі аналізу анамнестичних даних. Дане спостереження підтверджує необхідність проведення анамнестичного тестування при первинній явці вагітних в жіночу консультацію. Це дає підставу правильно визначити терміни первинного ехографічного дослідження, що впливає на своєчасність проведення профілактичної і коригуючої терапії.

Особенности прогнозирования перинатальной патологии при аномалиях развития плодного яйца и аномальной плацентации S.A. Kuricina

Проведенный анализ показал высокую корреляционную зависимость диспропорции размеров амниона, хориона и эмбриона с повышенными показателями индивидуального перинатального риска, которые определяются на основе анализа анамнестических данных. Данное наблюдение подтверждает необходимость проведения анамнестического тестирования при первой явке беременных в женскую консультацию. Это дает основание правильно определять сроки первичного эхографического исследования, которое влияет на своевременность проведения профилактической и корригирующей терапии.

Ключевые слова: перинатальная патология, прогнозирование, аномалии развития.

Features forecasting perinatal pathologies at anomalies of development born eggs and abnormal placentation S.A. Kuricina

The carried out analysis has shown high correlation dependence of a disproportion of the sizes amnion, chorion and an embryo the raised indicators individual perinatal risk which are defined on the basis of the analysis anamnesis data. The given supervision confirms necessity of carrying out anamnestic testings at first to an appearance of pregnant women in female consultation. It gives the basis correctly to define terms first echografical research which influences timeliness of carrying out preventive and correction therapies.

Key words: perinatal pathology, forecasting, anomalies of development.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дурова А.А. Этиология и патогенез внутриутробной инфекции / А.А. Дурова, М.Г. Симакова, В.С. Смирнова // Акуш. и гин. – 2009. – № 6. – С. 9–12.
2. Запорожан В.М. Плацентарна недостатність і її вплив на плід / В.М. Запорожан, А.І. Даниленко, Р.Ф. Макулькін // Одеський медичний журнал. – 2009. – № 4 (54). – С. 82–84.
3. Евсюкова И.И. Роль инфекционного фактора в развитии перинатальной патологии плода и новорожденного / И.И. Евсюкова. // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2012. – № 4. – С. 24–26.
4. Коломийцева А.Г. Применение препарата «Хофитол» при лечении фетоплацентарной недостаточности / А.Г. Коломийцева // Перинатальні втрати та TORCH-інфекції, Матеріали науково-практичної конференції, Київ. – 2010. – С. 39–41.

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

Рубець на матці після кесарева розтину: ехографічні та морфологічні особливості

В.І. Гузь

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

Результати проведених досліджень свідчать, що при оцінці 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. При морфологічній оцінці нижнього сегменту не виявлено залежності морфологічної структури нижнього сегменту матки від тимчасового інтервалу між операціями.

Ключові слова: повторний кесарів розтин, нижній сегмент.

За даними ряду авторів [1–5] рубець на матці в даний час є одним з основних свідчень до кесарева перетину, 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% [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 оцінки 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.

Отже, збільшення в даний час частоти абдомінального розродження і, в той же час, бажання практично кожної жінки мати два і більше дітей робить актуальною проблему повторного кесарева розтину. Зростаюче число жінок з рубцем на матці, плануючих 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 ехографічні і морфологічні особливості стану рубця при повторному кесаревому розтині 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 розроджених шляхом кесарева розтину за різними свідченнями і 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 в I, II, III триместрах. Виконували фетометрію, плацентометрію з визначенням локалізації плаценти по відношенню до внутрішнього маткового зіву і до зони передбачуваного рубця на матці. Для оцінки стану нижнього маткового сегменту трансабдомінальне і трансвагінальне УЗД проводили при наповненому сечовому міхурі в динаміці з 35–36 тиж 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 «навокolorубцевій» 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. Головною метою дослідження була діагностика стану нижнього сегменту матки. 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 гематоксилином 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-й 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. Достовірною 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 кесареву перетину 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 найчастіших ускладнень вагітності у жінок з кесаревим розтином в анамнезі була загроза переривання вагітності, яка в першій половині вагітності мала місце у кожній другій жінки, в другій – в кожній п'ятій. Частота цієї патології в I і II триместрі достовірно вище в основній групі (50,0% і 32,0%, $p < 0,05$). Другим по частоті ускладненням вагітності була неспроможність нижнього сегменту матки, підтверджена на операції, склавши 28,0%. У кожній п'ятій жінки основної групи (20,0%) вагітність протікала на тлі хронічної плацентарної недостатності, тоді як в групі порівняння її частота складала лише 8,0% ($p < 0,05$).

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, локальний хворобливості при пальпації в області рубця, хворобливого ворухіння 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 проведено 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%.

Допплерометричне дослідження кровотоку в області нижнього маткового сегменту провели у вагітних на 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 із-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 характеризується вросанням грубоволокнистої сполучної тканини в довколишній міометрій, яка, проникаючи углиб між окремими м'язовими пучками, позбавляла їх необхідній компактності. Характерною особливістю біоптатів 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 регенерації міометрія.

Спроба виявити залежність динаміки формування рубцевої тканини і довколишнього міолізу від часу, що минув 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 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, 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.

Рубец на матке после кесарева сечения: эхографические и морфологические особенности

В.И. Гузь

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 оценке нижнего сегмента не выявлено зависимости морфологической структуры нижнего сегмента матки от временного интервала между операциями.

Ключевые слова: повторное кесарево сечение, нижний сегмент.

Hem on a uterus after cesarean section: ehografical and morphological features

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 accuracy 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: *a repeated cesarean section, the bottom segment.*

СПИСОК ЛИТЕРАТУРИ

1. Васильченко О.Н. Влияет ли количество кесаревых сечений в анамнезе на течение последующей беременности, операции и послеоперационного периода? / О.Н. Васильченко // «Мать и дитя»: материалы I Регионального форума (20–22 марта, 2007 г.). – Казань, 2007. – С. 35–36.
2. Горбачева А.В. Повторное кесарево сечение / А.В. Горбачева // «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 / Л.М. Комиссарова // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 1. – С. 20–22.
4. Милованов А.П. Диагностика состояния рубца на матке у беременных, перенесших кесарево сечение / А.П. Милованов // Акушерство и гинекология. – 2014. – № 1. – 40–44.
5. Чернуха Е.А. Вопрос диагностики состояния рубца на матке у беременных с кесаревым сечением в анамнезе не решен / Е.А. Чернуха // «Репродуктивное здоровье семьи»: материалы II международного конгресса по репродуктивной медицине. – М., 2008. – С. 81–82.

УДК:618.39/43-02:616.14-007.64-018.2

Влияние варикозной болезни матери на перинатальные исходы родоразрешения

Л.В. Манжула

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой частоте акушерской и перинатальной патологии у женщин с варикозной болезнью вен нижних конечностей, причем с преобладанием невынашивания беременности и плацентарной дисфункции. Полученные результаты диктуют необходимость дальнейшего изучения этой научной проблемы для разработки и внедрения усовершенствованного алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: *перинатальные исходы, варикозная болезнь.*

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

Ряд авторов [4–5] указывает на высокую частоту выявления у родильниц эктазии венозных сосудов малого таза, что, по их мнению, объясняет увеличение воспалительных осложнений после родов у женщин, страдающих сосудистой недостаточностью вен нижних конечностей. Наличие варикозно расширенных сосудов системы внутренней подвздошной вены может содействовать развитию кровотечений в третьем периоде родов, быть причиной тромбоэмболических осложнений, гнойно-септических процессов в послеродовом периоде; хронических воспалительных процессов матки и придатков, вторичного бесплодия [3–5].

Симптомокомплекс «плацентарная дисфункция» (ПД) сегодня занимает наиболее высокий удельный вес в структуре патологии перинатального периода, заболеваемости и летальности новорожденных. Разработка новых методов диагностики и лечения ПД представляется одним из перспективных научных направлений современного акушерства и перинатологии, поскольку нарушение функции плаценты является одной из основных причин перинатальной заболеваемости и смертности во всем мире [1–5].

Таким образом, наличие у беременных симптомокомплекса «плацентарная дисфункция» и васкулярных нарушений отягощает течение гестационного процесса, неблагоприятно отражается на внутриутробном развитии плода, ухудшая показатели перинатальной заболеваемости. Не вызывает сомнений тот факт, что необхо-

дим комплексный подход к изучению артериального и венозного кровообращения малого таза во время беременности.

Использование оценки гормональной функции плаценты в сочетании с данными содержания фибронектина и гомоцистеина позволяют получить исчерпывающую информацию о состоянии гомеостаза при данной экстрагенитальной патологии [1–5].

Учитывая вышесказанное, в нашем исследовании решено было проанализировать особенности содержания фибронектина и гомоцистеина при наличии ВБ, причем без и с наличием ПД.

Цель исследования: изучение влияния ВБ у женщин на развитие перинатальных осложнений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Основным объектом наблюдений и исследований явились женщины с варикозным расширением вен нижних конечностей и его осложнениями, в виде тромбоза, что возникли во время беременности и послеродовом периоде.

Нами обследовано 200 беременных женщин, из которых 150 составили основную группу, в контрольную группу вошли 50 беременных женщин, не страдающих варикозным расширением вен нижних конечностей.

Наблюдение проводилось в динамике течения беременности: в I–III триместрах. В условиях общего приема беременных акушером гинекологом и сосудистым хирургом патология вен у беременных оказывалась визуально и с помощью ультразвуковой доплерографии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что среди осложненных беременностей у женщин с ВБ чаще всего встречались дисфункция плаценты (58,0%), дистресс плода (20,0%) и истмико-цервикальная недостаточность, что превышали показатели в группе контроля, которые равнялись 24,0%, 11,0% и 5,0% соответственно. Аномалии прикрепления плаценты встречались в 2 раза чаще у женщин исследуемой группы, чем в контрольной группе (20,0% и 10,0% соответственно). Частота преэклампсии незначительно превышала такую в контроле (в 1,6 раза – 16,0% и 10,0%). Сама же ВБ осложнялась тромбозом глубоких вен голени, что составило 2,0%.

Роды у исследуемых женщин чаще всего осложнялись преждевременным отхождением околоплодных вод, что составило 30,0% в сравнении с группой контроля, где показатель равнялся 15,0%. Также высокой была частота гипотонических кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах (25,0%) и первичной слабости родовой деятельности (24,0%) против контрольной группы, где показатели составили 15,0% и 10,0% соответственно. В 2,5 раза чаще у беременных с ВБ, чем в контрольной группе, встречалась преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – 5,0% против 2% в группе контроля. В 2,2 раза чаще у беременных с ВБ, чем в контрольной группе, встречались преждевременные роды – 11,0% против 5% в группе контроля.

Среди акушерской патологии у родильниц с ВБ преимущественно встречался послеродовой эндометрит, что составлял 12,0%, при показателе в группе контроля

4%. Тромботические осложнения имели место лишь в основной группе – тромбоз лебита поверхностных вен нижних конечностей (6,0%), илеофemorальный тромбоз – 2,0% и тромбоз глубоких вен голени – 1,0%.

Следует указать, что наиболее низкие показатели биофизического профиля плода (БПП) зарегистрированы у беременных с ВБ и наличием нарушения маточно-плацентарного кровообращения (по данным доплерометрии) и задержкой развития плода (ЗРП) (0,7 баллов). Средняя оценка БПП в отмеченных случаях была 6,5. При анализе результатов БПП можно констатировать, что у беременных с ВБ наблюдается достоверная тенденция к развитию нарушений в ФПК ($p < 0,05$), в то время как в группе контроля имело место удовлетворительное состояние плода.

Проведя аналитическую параллель оценки БПП с параметрами, полученными при доплерометрии, обнаружили в основном подобную тенденцию. Однако следует подчеркнуть, что дисциркуляторные изменения фетоплацентарного комплекса (ФПК) (при доплерометрии) регистрировались у большего количества беременных, чем отклонение в состоянии плода при оценке БПП. Данный факт, вероятно, объясняется первичным характером нарушений фетоплацентарной гемодинамики и вторичным характером нарушений внутриутробного плода в результате истощенных компенсаторных резервов.

Напротив, в тех наблюдениях, когда по оценке БПП были констатированы признаки дистресса плода, практически всегда фиксировались отклонения доплерометрических параметров. Особенно это касается нарушений гемодинамики II степени, где совпадение результатов составляет 100,0%.

В наших исследованиях обнаружена позитивная корреляция между патологическими значениями УЗ-параметров кровотока в пуловинной артерии и в подколенной вене обеих ног ($r = +0,635$). Это свидетельствует о том, что ВБ является фактором, способным предоставлять системное неблагоприятное влияние на состояние гемодинамики в сосудах фетоплацентарного комплекса.

Состояние новорожденных оценивалось за шкалой Апгар на 1-й и 5-й минутах после рождения и массой тела. Средний балл за Апгар – в группе контроля на 1-й минуте – $8,00 \pm 0,05$, на 5-й – $8,50 \pm 0,05$.

У детей, рожденных от матерей с варикозным расширением вен, показатель по шкале Апгар был достоверно ниже, чем в группе контроля и средний балл, который составлял на 1-й минуте $7,00 \pm 0,05$ балла ($p < 0,05$), на 5-й – $7,50 \pm 0,05$ ($p < 0,05$). Средняя масса новорожденных в группе контроля, составляла $3420,2 \pm 10,1$ г. В исследуемой группе полученные показатели массы новорожденных ($p < 0,05$) были достоверно ниже в сравнении с контрольной.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой частоте акушерской и перинатальной патологии у женщин с варикозной болезнью вен нижних конечностей, причем с преобладанием невынашивания беременности и плацентарной дисфункции. Полученные результаты диктуют необходимость последующего изучения этой научной проблемы для разработки и внедрения усовершенствованного алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Вплив варикозної хвороби у матері на перинатальні наслідки
розродження**
Л.В. Манжула

Результати проведених досліджень свідчать про високу частоту акушерської і перинатальної патології у жінок з варикозною хворобою вен нижніх кінцівок, причому з переважанням невиношування вагітності і плацентарної дисфункції. Отримані результати диктують необхідність подальшого вивчення цієї наукової проблеми для розробки і впровадження вдосконаленого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: перинатальні наслідки, варикозна хвороба.

Influence of varicose illness at perinatal outcomes of delivery
L.V. Manzhula

Results of the spent researches testify to high frequency obstetrical and perinatal pathologies at women with varicose illness of veins of the bottom extremities, and with prevalence incompetence pregnancy and placental dysfunction. The received results dictate necessity further studying of this scientific problem for working out and introduction of advanced algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: perinatal outcomes, varicose illness.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Демидов Б.С. Клиническое значение доплерометрии в диагностике и прогнозировании плацентарной недостаточности во втором и третьем триместрах беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. / Б.С. Демидов. – М., 2000. – 18 с.
2. Елисеєв О.М. Сердечно-сосудистые заболевания у беременных / О.М. Елисеєв. – М.: Медицина, 2011. – 28 с.
3. Зубарев А.Р. Ультразвуковая диагностика заболеваний вен нижних конечностей / А.Р. Зубарев, И.Ю. Богачев, В.В. Митьков. – М., 2009. – 104 с.
4. Маркин Л.Б. Кардиотокографические исследования при плацентарной дисфункции / Л.Б. Маркин // Здоровье женщины. – 2009. – № 2. – С. 16–18.
5. Проскурякова О.В. Допплерография в гинекологии / Проскурякова О.В.: под ред. Зыкина Б.И., Медведева М.В. – М., 2009. – 133–144 с.

УДК 618.5-059:618.177-089.888.11

**Особливості плацентарної дисфункції
після допоміжних репродуктивних
технологій**

Д.М. Масло

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

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

Ключові слова: допоміжні репродуктивні технології, фетоплацентарний комплекс.

Частота безплідних шлюбів в третьому тисячолітті збільшилася до 20% і має тенденцію до подальшого зростання [1, 2]. В 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 наводять до вимушеної зміни гормонального фону і зниження імунітету [5, 6]. До того ж, більшість жінок, маючи спочатку виражені порушення в репродуктивній сфері, не здатна без кваліфікованої медичної допомоги виносити вагітність і до 40% маткових вагітностей не вдається врятувати [1–6].

Вагітності, що настали в результаті допоміжних репродуктивних технологій, мають вищу долю невиношування, багатоводдя, ризики формування пороків розвитку плода, підвищений інфекційний індекс [1, 2] і, що у край важливе, формування плацентарної дисфункції, що впливає на перинатальне благополуччя, а переходячи в гостру клінічну форму загрожуючи життю матері і дитини [3, 6].

Не дивлячись на значне число наукових публікацій, присвячених проблемі вагітності і пологів після ДРТ не можна вважати всі питання повністю вирішеними. На наш погляд, в першу чергу, це стосується особливостей формування і функціонального стану фетоплацентарного комплексу, чому і присвячено справжнє наукове дослідження.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

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

Середній вік вагітних в групах після ДРТ склав $29,0 \pm 4,1$ року 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 соматичних і гінекологічних захворювань, що накопичилися.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

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

Структурна характеристика порушень генеративної функції, виявлення особливостей перебігу вагітності, пологів і стану новонароджених у жінок після ДРТ проводилося в рамках даного дослідження. Ряд особливостей ми відзначили, вже починаючи з менструального анамнезу. Середній вік початку менструацій достовірно не відрізнявся в групах після допоміжних репродуктивних технологій і склав $13,1 \pm 0,8$ року ($p > 0,05$), що збігається з середньо статистичними даними. Порушення менструального циклу зустрічалися частіше у пацієнток після ДРТ, і виявлялися у вигляді гіперполіменореї 29,0% у жінок основної групи і 18,0% в групі порівняння ($p < 0,05$), рідше олігоменореї, в 16,0% випадків менструальний цикл перевищував 35 днів, в 4% коротше за 21 день ($p < 0,001$).

У структурі гінекологічної патології у пацієнток після ДРТ клінічну значущість набули доброякісні пухлини і пухлиноподібні утворення яєчників (22,0% і 14,0%), лейоміома матки (18,0% і 6,0%), ендометріоз (16,0 і 6,0%). Дані види патологій на етапі предгравідарної підготовки піддалися хірургічній корекції. Так, міомектомії проводилися в 18,0%, операції на яєчниках зустрічалися в більш ніж в 30% випадків, у зв'язку з чим, ймовірно можна говорити про зниження фолікулярного запасу в даній категорії пацієнток, посилюючи проблему їх безпліддя, що зумовлює невдачі ДРТ, а при настанні вагітності підвищуючи ризики формування плацентарної дисфункції. Результатом перенесених запальних процесів (38,0% і 16,0%) і досить високого рівня оперативних втручань на органах малого тазу у пацієнток після ДРТ з'явився розвиток спайкового процесу різного ступеня вираженості, який був виявлений при проведенні діагностичних лапароскопій в рамках підготовки до ДРТ. Як наслідок соматичної і гінекологічної обтяженої у досліджуваних пацієнток в анамнезі був відмічений синдром втрати плода у вигляді вагітно-

стей, що не розвиваються, мимовільних викиднів, штучних абортів, позаматкових вагітностей (50,0% і 8,0%).

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

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

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

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

Найважливішим з ускладнень III триместра вагітності з'явилася плацентарна дисфункція (ПД), яка мала статистично достовірні відмінності і складала 62,0% в основній групі. Це може бути обумовлено тим, що розвиток індукованої вагітності в

умовах первинної ПД призводить до порушення відтоку крові з плаценти, недостатньому вступу крові в міжворсинчасті простори в результаті периферичного спазму, ендотеліозу і тромбозу судин. Клінічними проявами ПД з'явилася затримка зростання плода (27,0%) і дистрес плода (24,0%). Преєклампсія легкого і середнього ступеня тяжкості розвивалася в 49,0% в основній групі. Крім того, в третьому триместрі в цій же групі спостерігалася патологія кількості навколоплідних вод, так маловоддя зафіксоване в 18,0%, а багатоводдя у 10,0% пацієнток.

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

Так, порушення кровообігу виявлялося в зміні індексів кровотоку в судинах плода і маткових артеріях. За даними доплерометричного дослідження порушення матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровотоку в 22–24 тиж зареєстровано у 14,0% пацієнток основної групи. У 32–34 тиж – вже в 25,0%. За даними КТГ ознаки дистресу плода (кількість балів менше 8) зафіксовані в 25,0% вагітних основної групи.

ВИСНОВКИ

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

Особенности плацентарной дисфункции после вспомогательных репродуктивных технологий

Д.Н. Масло

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

Ключевые слова: *вспомогательные репродуктивные технологии, фетоплацентарный комплекс.*

Features of placental dysfunction after auxiliary reproductive technologies

D.N. Maslo

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

Key words: *auxiliary reproductive technologies, fetoplacental complex.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бесплодный брак: Руководство для врачей / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: Гэотар-медиа, 2012. – 611 с.
2. Бурдули Г.Н. Репродуктивные потери / Г.Н. Бурдули, О.Г. Фролова/ – М.: «Триада-Х», 2011. – 188 с.
3. Вовк І.Б. Корекція гормональних порушень при поєднаних формах неплідності / І.Б. Вовк, А.Г. Корнацька // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2008. – № 4. – С. 147–149.
4. Гойда Н.Г. Стан репродуктивного здоров'я населення України на межі тисячоліть / Н.Г. Гойда // Журн. практ. лікаря. – 2007. – № 5. – С. 2–6.
5. Грищенко В.И. Лечение и реабилитация больных с трубно-перитонеальным бесплодием / В.И. Грищенко, Н.И. Козуб, А.И. Довгаль // Междунар. мед. журнал. – 2007. – № 2. – С. 34–37.
6. Данкович Н.А. Проблема бесплодия и пути ее решения / Н.А. Данкович // Семейна медицина. – 2011. – № 1. – С. 10–13.

Профилактика анемии беременных и преждевременных родов у многорожавших женщин

Е. Набхан

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

Результаты проведенных исследований показали, что усовершенствованная нами методика профилактики гестационной анемии и преждевременных родов у многорожавших женщин позволяет нормализовать состояние гемопоза и обмена железа, что позитивно сказывается на клиническом течении беременности и родов, а также перинатальных исходах родоразрешения. Методика является простой, легкодоступной и может использоваться в любых странах с высоким уровнем многорожавших женщин.

Ключевые слова: анемия беременных, преждевременные роды, многорожавшие женщины.

Улучшение качества родовспоможения и изучение осложнений гестации у многорожавших женщин особенно актуально в регионах с высокой рождаемостью. По заключению комитета экспертов ВОЗ (2012) многочисленные роды и частые беременности являются универсальными факторами риска. Возраст и паритет, короткий интергенетический интервал, высокая частота экстрагенитальной и гинекологической заболеваемости, снижение социально-экономического статуса – вот неполный перечень факторов, обуславливающих высокую частоту перинатальной патологии у многорожавших женщин [1].

Во многих странах за последние годы отмечается рост частоты анемии беременных. Несмотря на возможности и успехи современной медицины, гестационная анемия до сих пор остается одной из ведущих причин материнской и перинатальной смертности [2–6]. Так, плодовые потери у женщин с гестационной анемией составляют около 30%, а при тяжелой степени возрастают в несколько раз.

Высокая частота анемии беременных у многорожавших женщин объясняется наличием у них различных фоновых заболеваний, среди основных видов экстрагенитальной патологии значительное место занимают заболевания эндокринной системы (30%), болезни почек (20%), гипертоническая (16%) и варикозная болезнь (10%) [3, 4]. Вместе с тем исследования, посвященные изучению гестационной анемии у многорожавших женщин основываются на небольшом количестве клинических исследований, не раскрывая всех аспектов этой проблемы.

В настоящее время во многих областях медицины широкое распространение получили антигемотоксические препараты растительного и минерального происхождения. Исходя из того, что в генезе анемии беременных значительную роль играют аутоиммунные процессы, то применение антигемотоксических препаратов является патогенетически обоснованным.

Все изложенное выше является убедительным обоснованием актуальности выбранной научной задачи, эффективное решение которой позволит снизить частоту акушерских и перинатальных осложнений у многорожавших женщин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с поставленной целью и задачами нами были обследованы 150 пациенток, которые были разделены на следующие группы:

- 1 группа – 30 первородящих с гестационной анемией;
- 2 группа – 30 повторнородящих с гестационной анемией;
- 3 группа – 30 многорожавших женщин с анемией беременных;
- 4 группа – 30 многорожавших женщин, получавших общепринятые лечебно-профилактические мероприятия;
- 5 группа – 30 многорожавших женщин, получавших профилактически предлагаемую нами методику.

Общепринятые лечебно-профилактические мероприятия включали в себя использование, согласно протоколов МЗ Украины, препаратов железа, комплексы витаминов и микроэлементов, средства, которые улучшают микроциркуляцию (курантил, трентал, компламин) и иммунокорригирующую терапию.

Отличительными чертами предложенной нами методики являются дополнительное применения антигемотоксических препаратов, начиная с предгравидарного этапа (за 3–6 мес до предполагаемой беременности) препараты овариум-композитум и траумель в общепринятой дозировке. Во время беременности, начиная с 16 нед беременности, дополнительно использовали препараты эхинацея-композитум, коэнзим композитум и нерво-хель в общепринятой дозировке. Длительность использования конкретных препаратов зависела от результатов клинических и лабораторных методов исследования. Чаще всего профилактические курсы (продолжительность 4–5 нед) проводили в 16–20 нед; 26–30 и после 36 нед беременности.

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

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что степень тяжести гестационной анемии зависит от паритета: у перво- и повторнородящих преобладают латентная (43,3% и 33,3%) и легкая степень (36,7% и 43,3%), а у многорожавших – легкая (40,0%); средняя (36,7%) и тяжелая степень (13,3%).

У многорожавших женщин частота основных клинических симптомов гестационной анемии выше по сравнению с первородящими в 2,5 раза и повторнородящими – в 2,2 раза; уровень сидеропенических симптомов – соответственно в 2,6 и 2,3 раза.

Гестацiонная анемия у многоорожающих женщин по сравнению с перво- и повторнородящими характеризуется в I триместре снижением содержания общего гемоглобина, гемоглобина в одном эритроците, сывороточного железа и ферритина при одновременном увеличении трансферрина; во II триместре – дополнительно уменьшается число эритроцитов на фоне роста диаметра и объема эритроцита; в III триместре – происходит снижение содержания церулоплазмينا и гаптоглобина.

Клиническое течение беременности и родов у многоорожающих женщин по сравнению с перво- и повторнородящими чаще осложняется развитием плацентарной дисфункции (в 2,6 и 1,3 раза); преэклампсии (в 2,4 и 1,7 раза); аномалий родовой деятельности (в 1,6 и 1,3 раза); дистресса плода (в 1,7 и 1,2 раза) и средне-тяжелых форм асфиксии новорожденных (в 2,0 и 1,3 раза).

Использование предлагаемых лечебно-профилактических мероприятий у многоорожающих женщин позволяет увеличить частоты латентной формы гестацiонной анемии в 3 раза за счет снижения анемии средней – в 1,5 раза и тяжелой степени – в 2,5 раза; уровень сидеропенических и клинических симптомов уменьшается соответственно в 2,0 и 2,4 раза; частота преэклампсии и аномалий родовой деятельности снижается в 1,8 раза; дистресса плода и средне-тяжелых форм асфиксии новорожденных в 1,7 раза и плацентарной дисфункции – в 1,4 раза.

Изменения со стороны гематологического статуса и обмена железа при использовании предлагаемой методики у многоорожающих женщин начинаются со II триместра и характеризуются увеличением содержания общего гемоглобина и гемоглобина в эритроците; ростом числа эритроцитов, сывороточного железа, ферритина, церулоплазмينا и гаптоглобина при одновременном снижении диаметра и объема эритроцитов, а также содержания трансферрина.

Выводы

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, усовершенствованная нами методика профилактики гестацiонной анемии и преждевременных родов у многоорожающих женщин позволяет нормализовать состояние гемопоеза и обмена железа, что позитивно сказывается на клиническом течении беременности и родов, а также перинатальных исходов родоразрешения. Методика является простой, легкодоступной и может использоваться в любых странах с высоким уровнем многоорожающих женщин.

Профілактика анемії вагітних і передчасних пологів у багатонароджуючих жінок Е. Набхан

Результати проведених досліджень показали, що вдосконалена нами методика профілактики гестаційної анемії і передчасних пологів у багатонароджуючих жінок дозволяє нормалізувати стан гемопоезу і обміну заліза, що позитивно позначається на клінічному перебігу вагітності і пологів, а також перинатальних результатах розродження. Методика є простою, досяжною і може використовуватися в будь-яких країнах з високим рівнем багатонароджуючих жінок.

Ключові слова: анемія вагітних, передчасні пологи, багатонароджуючі жінки.

Preventive maintenance of anemia of pregnant and preterm labours at multipara women E. Nabhan

Results of the lead researches have shown, that the technique of preventive maintenance of gestation anemia and preterm labours at multipara women allows to normalize a condition hemopoesise and an exchange of iron, that positively affects clinical current of pregnancy and sorts, and also perinatal outcomes delivery. The technique is idle time, readily available and can be used in any countries with a high level multipara women.

Key words: anemia of pregnant women, preterm labours, multipara women.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Алан Фавье. Железодифицитная анемия: важность синергического эффекта во взаимодействии микро-элементов // Перинат. та педіатрія. – 2010. – № 1. – С. 54–55.
2. Бесєдін В.М. Корекція показників перекисного окислення ліпідів при залізодифицитній анемії вагітних антиоксидантними препаратами / В.М. Бесєдін, О.С. Паєнок, О.А. Стадник // Зб. наук. праць Ас. акуш-гінек. Укр. – К.: ТМК, 2009. – С. 197–202.
3. Гайструк А.Н. Профілактика маткових кровотеч у жінок з анемією вагітних / А.Н. Гайструк, Н.А. Гайструк, Мохам Ель-Ілеш Ель-Шейх // Зб. наук. праць Асоц. акуш-гінек. України. – К.: ТМК, 2009. – С. 23–27.
4. Грищенко В.И. Механизмы модификации различных форм гемоглобина и фосфорорганических соединений в эритроцитах беременных, больных анемией / В.И. Грищенко, А.М. Белоус, О.В. Грищенко // Акуш. и гин. – 2010. – № 3. – С. 23–27.
5. Дашкевич В.Е. Особливості системи гемостазу та пероксидації ліпідів у вагітних в умовах дії малих доз радіації / В.Е. Дашкевич, Г.О. Мокрик, С.М. Янцук // Зб. наук. праць Ас. акуш.-гінек. Укр. – К.: ТМК, 2011. – С. 256–259.
6. Жабченко І.А. Новий підхід до профілактики анемії у здорових вагітних / І.А. Жабченко // Перинат. та педіатр. – 2011. – № 2. – С. 15–17.

УДК 618.177-037

Вплив аномалій розвитку матки на особливості маточно-плацентарної та плодово-плацентарної гемодинаміки при різних формах плацентарної дисфункції

М. О. Сазонова

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

Результати проведених досліджень свідчать, що вагітні з компенсованою, суб- і декомпенсованою плацентарною дисфункцією (ПД) мають різний стан гемодинаміки в системі мати–плацента–плід. За наявності суб- і декомпенсованої плацентарної недостатності (ПН) інтенсивність кровотоку в маткової артерії (МА) нижча, ніж при компенсованій. Зниження периферійного опору в басейні МА в динаміці вагітності визначає насамперед зниження резистентності в спіральних артеріях до 30–34 тиж у жінок із субкомпенсованою ПД без затримки внутрішньоутробного розвитку плода (ЗВРП) і до 25–29 тиж у жінок із суб- і декомпенсованою ПД із ЗВРП. Ці дані необхідно використовувати при розробленні нової методики прогнозування затримки розвитку плода у жінок з різними формами ПД.

Ключові слова: плацентарна дисфункція, маточно-плацентарна та плодово-плацентарна гемодинаміка.

Діагностика і прогнозування плацентарної дисфункції (ПД) – одна з важливих проблем сучасного акушерства, неонатології і перинатології, вирішення якої дозволить знизити перинатальну захворюваність і смертність новонароджених [1–7].

Це зумовлено високою частотою ПД, що досягає 30,0% у жінок груп високого ризику [2, 3], а в структурі перинатальної смертності вона займає понад 50% [4, 5].

Не дивлячись на різноманітність чинників, що є причиною розвитку ПД, усі вони супроводжуються порушенням матково-плацентарного кровотоку (МПК) [6, 7].

Терапевтичні заходи щодо профілактики і лікування ПД, що проводяться традиційно в середині або кінці II триместру вагітності, коли період плацентації і формування вторинних плацентарних ворсин вже завершено, не завжди є ефективними, у зв'язку з цим підвищується актуальність ранньої діагностики і прогнозування ПД і подальшої затримки внутрішньоутробного розвитку плода (ЗВРП) [1–7]. Оскільки порушення МПК є обов'язковою ланкою в механізмі розвитку ПД і ЗВРП [1, 7], ми вирішили провести справжнє дослідження.

Не дивлячись на велику кількість робіт, присвячених вивченню гемодинаміки в системі мати–плацента–плід при фізіологічному і ускладненому перебігу вагітності, існуючі підходи до дослідження гемодинаміки не завжди сприяють ранній діагностиці і прогнозуванню ПД і ЗВРП [5, 6]. Розроблені нормативні показники мають великий розкид, що утруднює аналіз основних параметрів кровотоку [7]. Ці моменти роблять актуальним пошук нових ефективних підходів до оцінки гемодинаміки в системі мати–плацента–плід і розроблення ультразвукових і доплерометричних критеріїв діагностики і прогнозування ПД і ЗВРП, знання яких дозволило б знизити частоту перинатальної патології.

Усе наведене вище є обґрунтуванням для проведення цього наукового дослідження.

Мета дослідження: вивчення особливостей матково-плацентарної та плодово-плацентарної гемодинаміки при різних формах плацентарної недостатності на основі вивчення динамічного вивчення доплерометричних і ехографічних показників.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети і завдань було проведено комплексне клініко-ехографічне і доплерометричне обстеження 150 пацієнток в 20–24, 25–29, 30–34 і 35–40 тиж вагітності, яких ретроспективно було розподілено на групи і підгрупи залежно від результатів патоморфологічного дослідження плаценти і наявності або відсутності в новонароджених ознак затримки внутрішньоутробного розвитку.

До 1 групи увійшло 50 вагітних, в яких мала місце компенсована плацентарна недостатність (ПН) і нормотрофія плода (група порівняння), в другу – 100 вагітних, в яких була суб- або декомпенсована ПН (2 – основна група); усередині другої групи було визначено дві підгрупи: у 2.1 – 50 вагітних, в яких мала місце суб- і декомпенсована ПН, і вагітність закінчилася народженням дитяти з ознаками ЗВРП, в 2.2 – 50 вагітних з субкомпенсованою ПН і народженням дитини без ЗВРП.

На кожну жінку заповнювалася спеціально розроблена карта обстеження вагітної, в яку заносилися результати досліджень і спостережень з індивідуальної карти вагітної, історії пологів і історії розвитку новонародженого.

Окрім клінічних методів (загальноприйнятний стандартний обсяг) нами застосовувалися ультразвукові, доплерометричні і морфологічні методи дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Для оцінювання доплерограм використовували якісний аналіз, показники якого не залежать від діаметру судини і від величини кута інсонації. При якісному аналізі основне значення має співвідношення між швидкостями кровотоку в різні фази серцевого циклу. Визначали наступні кут-незалежні індекси кровотоку: систоло-діастолічне відношення (СДВ) – відношення максимальної діастолі систоли і кінцевої швидкості кровотоку, індекс пульсації (ІП) – відношення різниці між максимальною систолою і кінцевою діастолою швидкостями до середньої швидкості кровотоку, індекс резистентності (ІР) – відношення різниці максимальної швидкості діастолі систоли і кінцевої до максимальної систолічно швидкості кровотоку.

Індекси відображають опір периферичного судинного руслу. При підвищенні його резистентності знижується компонент діастолі кровотоку, приводячи до підвищення чисельних значень індексів судинного супротиву (ІСС).

Використання доплерометрії дає можливість об'єктивно оцінювати функціональний стан матково-плацентарного, плодово-плацентарного і плодового кровотоку і прогнозувати результат вагітності і стан новонародженого, що сприяє виробленню раціональної тактики ведення вагітності і пологів.

З метою діагностики змін матково-плацентарної і плодово-плацентарної гемодинаміки нами проводилося доплерівське дослідження кровотоку в артерії пуповини, правій і лівій матковій артерії (МА) у всіх клінічних групах, обчислювали середні значення показників судинного опору в МА, порівнювали показники ІСС в основній живлячій МА (ОЖМА) і контрлатеральній МА, аналізували особливості асиметрії кровотоку в МА в групах обстеження, вираховували відсоткову різницю інтенсивності кровотоку в правій і лівій МА, визначали особливості порушення гемодинаміки в обстежених групах.

Так, у 20–24 і 25–29 тиж вагітності стан гемодинаміки в лівій МА в основній групі і в обох її підгрупах характеризувався достовірним зниженням інтенсивності кровотоку щодо групи порівняння ($p < 0,05 - 0,001$). Найбільша різниця в значеннях ІСС відмічалась в основній групі і першій підгрупі (вагітні з ПН і ЗВРП) ($p < 0,01 - 0,001$). У терміні обстеження 30–34 тиж і 35–40 тиж достовірна різниця в показниках ІСС щодо групи порівняння мала місце лише в основній групі і першій її підгрупі ($p < 0,05 - 0,01$).

При обстеженні встановлено, що в динаміці вагітності резистентність кровотоку в лівій МА не змінювалася у жінок 1 групи (вагітні з компенсованою ПН): ІР коливався в межах $0,42 - 0,45$ ($p > 0,05$); тоді як в основній групі і першій її підгрупі (вагітні з ЗВРП) відмічено підвищення інтенсивності кровотоку до 25–29 тиж вагітності ($p < 0,05$), і в подальші терміни його резистентність залишалась на цьому рівні: значення ІР реєстрували в межах $0,54 - 0,52$ в основній групі і $0,57 - 0,58$ – в першій основній підгрупі. У другій основній підгрупі в динаміці вагітності ІСС в лівій МА достовірно знижувалися до 30–34 тиж ($p < 0,05$), і надалі значення ІР дорівнювали $0,48 - 0,49$.

Тобто інтенсивність кровотоку наростає у жінок із ПН і ЗВРП триває до кінця ІІ – початку ІІІ триместру вагітності, а у жінок із ПН без ЗВРП – до середини ІІІ триместру.

Аналіз стану кровотоку в правій МА показав, що у всі терміни обстеження мала місце достовірна різниця в інтенсивності кровотоку у вагітних основної групи і підгрупи 2.1 відносно 1 групи ($p < 0,05 - 0,001$). Найбільша різниця в показниках наголошувалася в підгрупі 2.1 ($p < 0,01 - 0,001$). У вагітних підгрупи 2.2 вона визначалася лише в терміні 20–24 тиж: ІР дорівнював $0,51 \pm 0,02$, що достовірно вище ІР групи порівняння ($0,41 \pm 0,03$, $p < 0,01$).

Порівнюючи показники ІСС в двох підгрупах, виявлено, що високорезистентний кровоток в басейні правої МА зареєстрований у вагітних з ПН і ЗВРП (підгрупа 2.1) в терміні 30–34 тиж: ІР складав $0,49 \pm 0,02$ проти $0,42 \pm 0,02$ ($p < 0,02$). У решту термінів обстеження різниці в інтенсивності кровотоку між основними підгрупами не виявлено.

У динаміці вагітності наростання інтенсивності кровотоку в 1 групі (жінки з компенсованою ПН) не відзначено: ІР залишався в межах $0,41 \pm 0,03 - 0,38 \pm 0,02$ ($p > 0,05$). У основній групі виявлено збільшення периферичного кровотоку до 30–34 тиж вагітності: ІР знизився з $0,54 \pm 0,02$ до $0,45 \pm 0,02$ ($p < 0,02$). У першій основній підгрупі (вагітні з ПН і ЗВРП) резистентність периферійних судин басейну правої МА достовірно знижувалася до кінця ІІ – початку ІІІ триместру (25–29 тиж, $p < 0,02$) і практично не мінювалася до кінця вагітності: ІР знизився з $0,58 \pm 0,03$ до $0,49 \pm 0,02 - 0,50 \pm 0,03$. У підгрупі 2.2 (жінки з ПН без ЗВРП) наростання інтенсивності кровотоку відбувалося до середини ІІІ триместру, достовірно його наростання зареєстровано до 30–34 тиж ($p < 0,02$), надалі кровотік значно не змінювався: ІР знизився з $0,51 \pm 0,02$ до $0,42 \pm 0,02 - 0,43 \pm 0,02$.

Нами обчислювалися середні значення ІСС в МА і проводився їх порівняльний аналіз у всіх групах обстеження. Встановлено, що достовірна різниця в гемодинамічних показниках мала місце в основній групі в терміни 20–24, 25–29 і 35–40 тиж вагітності щодо групи порівняння ($p < 0,05 - 0,01$). Найбільша різниця в показниках була в 20–24 тиж. У підгрупі 2.1 виражена достовірна різниця ІСС визначалася у всі терміни обстеження ($p < 0,01 - 0,001$). У підгрупі 2.2 інтенсивність гемодинаміки була достовірно нижче в 20–24 тиж щодо групи порівняння: ІР дорівнював $0,54 \pm 0,03$ і $0,43 \pm 0,03$ відповідно ($p < 0,01$).

Аналізуючи стан кровотоку в двох підгрупах основної групи, встановлена достовірна різниця в значеннях ІСС в терміни 20–24, 30–34 і 35–40 тиж вагітності. Інтенсивність кровотоку була нижча у вагітних із ЗВРП: ІР МА складав $0,54 \pm 0,03$ проти $0,62 \pm 0,02$, $0,45 \pm 0,02$ проти $0,53 \pm 0,03$ і $0,46 \pm 0,02$ проти $0,54 \pm 0,03$ відповідно до термінів обстеження ($p < 0,05$).

У динаміці вагітності ІСС групи порівняння знижувалися незначно: ІР коливався в межах $0,43 \pm 0,03 - 0,40 \pm 0,03$ ($p > 0,05$). Показники кровотоку в основній групі і другій її підгрупі достовірно знижувалися до 30–34 тиж щодо терміну 20–24 тиж: значення ІР зменшилися з $0,58 \pm 0,04$ до $0,48 \pm 0,03$ ($p < 0,05$) і з $0,54 \pm 0,03$ до $0,45 \pm 0,02$ ($p < 0,02$) відповідно і далі не мінювалися до 40 тиж. У першій основній підгрупі (вагітні зі ЗВРП) інтенсивність кровотоку збільшувалася лише до 25–29 тиж і залишалася на цьому рівні до кінця вагітності: ІР в 20–24 тиж складала $0,62 \pm 0,02$, а в 25–40 тиж – $0,53 - 0,54 \pm 0,03$ ($p < 0,05$).

При порівнянні значень ІР лівої і правої МА встановлено, що судинний опір в басейні лівої МА був достовірний вище, ніж в правій у жінок 1 групи в терміни 20–24 і 35–40 тиж, у жінок із ЗВРП (підгрупа 2.1) – у всі терміни обстеження ($p < 0,05$). У 2 групі у жінок з ПН без ЗВРП (підгрупа 2.2) у всі терміни вагітності ІР лівої МА трохи перевищував ІР правою МА ($p > 0,05$).

Нами обчислювалася відсоткова зміна кровотоку в басейні правої МА щодо лівої. Установлено, що інтенсивність кровотоку в лівій МА була понижена у всіх групах у всі терміни обстеження: у 1 групі – на 9,8%, 7,7%, 10,3%, 10,5% відповідно термінам, в 2 групі – на 14,8%, 12,5%, 8,3%, 17,4%, в підгрупі 2.1 – на 13,8%, 16,3%, 16,3%, 16,0%, в підгрупі 2.2 – на 11,8%, 10,9%, 14,3%, 14,0% відповідно термінам обстеження.

Отримані дані показують, що найбільша асиметрія кровотоку в МА спостерігалася у жінок із ЗВРП: у 25–29 тиж вагітності відсоткова зміна його інтенсивності

більш ніж в два рази перевищувала даний показник в 2 групі, в 20–24 тиж – на 40,8%, в 30–35 тиж – на 63,2%, в 30–40 тиж – на 52,4%. Менш виражена асиметрія кровотоку в МА спостерігалася в підгрупі 2.2 (вагітні з ПН без ЗВРП): відсоткова зміна інтенсивності кровотоку перевищувала даний показник в групі порівняння на 20,4% в 20–24 тиж, на 41,6% в 25–29 тиж, на 38,8% в 30–34 тиж і на 33,3% в 35–40 тиж вагітності. У 2 групі асиметрія кровотоку в МА складала відносно 1 групи 51%, 62,3%, 51,4%, 65,7% відповідно до термінів обстеження.

Була проаналізована частота виявлення основної живлячої МА (ОЖМА) в групах обстеження, частота зустрічання правої або лівої ОЖМА і значення ІР в 20–24 тиж вагітності з урахуванням ОЖМА. ОЖМА встановлювали по характерній формі кривої швидкостей кровотоку і різниці в значеннях ІР між правої і лівої МА не менше 25%.

ОЖМА удалося встановити в 23 (46,0%) вагітних 1 групи і в 69 (69,0%) 2 групи, з них у 78,0% підгрупі 2.1. і в 62,0% вагітних підгрупі 2.2. Частота виявлення ОЖМА достовірно вище в 2 групі і в її підгрупі 2.1. відносно 1 групи ($p < 0,01$). Тобто у вагітних з компенсованою ПН (група порівняння) в більшості випадків (54,0%) обидві МА рівноцінно брали участь в кровопостачанні матки і мали добре виражені анастомози і колатералі. Тоді як у вагітних із ЗВРП в переважній більшості випадків (78,0%) в кровопостачанні матки брала участь переважно одна МА і недостатній розвиток анастомозів не забезпечувало рівномірне кровопостачання матки з басейну обидві МА.

Основною живлячою була права МА в 74,0% з виявлених ОЖМА вагітних в 1 групі, в 56,0% – в 2 групі, в 56,0% вагітних із ЗВРП, в 60,0% вагітних із ПН без ЗВРП. Достовірної різниці в частоті виявлення правої ОЖМА серед груп обстеження не виявлено.

Ліва МА була такою, що живить у 26,0% вагітних в 2 групі, у 44,0% – в 2 групі, у 46,0% вагітних із ЗВРП і в 40,0% – в підгрупі 2.2. Частота зустрічання лівої ОЖМА була достовірно вище в 1 групі і в підгрупі 2.1 відносно 1 групи ($p < 0,01$).

Порівнюючи число випадків з правою ОЖМА і з лівою ОЖМА, достовірна різниця встановлена лише в 1 групі. У вагітних цієї групи права ОЖМА зустрічалася майже в три рази частіше, ніж ліва ОЖМА: 74,0% проти 26,0% з усіх випадків із встановленою ОЖМА ($p < 0,01$).

Індекс резистентності як за наявності правої ОЖМА, так і лівої ОЖМА був достовірно вище в обох МА у всіх групах обстеження відносно 1 групи ($p < 0,001$). При порівнянні двох підгруп 2 групи достовірна різниця в значеннях ІР визначалася в правій МА, коли основною живлячою була також права МА ($p < 0,02$), і в лівій МА, коли вона ж була основною живлячою МА ($p < 0,05$).

У 1 групі, в 2 групі і в обох її підгрупах індекс резистентності в правій ОЖМА не відрізнявся від ІР в лівій ОЖМА ($p > 0,05$), але у всіх групах обстеження ІР правої ОЖМА був нижче ІР лівої ОЖМА, тобто інтенсивність гемодинаміки була вища в басейні правої МА при всіх формах плацентарної недостатності.

При порівнянні ІР в контрлатеральних (недомінантних) маткових артеріях наголошувалося, що ІР правої МА був вищий, ніж лівої ($p > 0,05$) у всіх групах обстеження, окрім підгрупі 2.1, в ній індекси дорівнювали один одному. Між групами і підгрупами також не виявлено достовірної різниці значень ІР як правої, так і лівої МА.

Ми обчислювали значення ІР в ОЖМА у всіх групах обстеження в динаміці вагітності. У основній групі і в її підгрупах визначався високорезистентний кровоток у всі терміни обстеження щодо групи порівняння ($p < 0,01$ – $0,001$). Між двома підгрупами визначалася достовірна різниця в значеннях ІР у всіх термінах обстеження ($p < 0,05$ – $0,001$), причому найбільша різниця в рівні гемодинаміки була в 30–40 тиж в лівій ОЖМА, нижча інтенсивність кровотоку реєструвалася у вагітних із ЗВРП.

При порівнянні ІСС між правої ОЖМА і лівої ОЖМА встановлено, що нижчий рівень гемодинаміки визначався в басейні лівої ОЖМА у всі терміни у всіх групах обстеження ($p < 0,05$), а достовірно низьким він був у вагітних із ЗВРП в 25–40 тиж ($p < 0,02$). Тобто, навіть коли ліва МА була основною живлячою, вона не забезпечувала таку інтенсивність кровотоку як права ОЖМА.

Оцінюючи значення ІР в динаміці вагітності, встановлено, що в групі порівняння ІР знижувався трохи як в лівій ОЖМА, так і в правій ОЖМА ($p > 0,05$). В основній групі збільшення інтенсивності кровотоку відбувалося поступово в правій ОЖМА до 35–40 тиж ($p < 0,05$). У вагітних із ЗВРП також знижувався ІР лише правої ОЖМА, але до більш раннього терміну – 30–34 тиж ($p < 0,05$) і далі не мінявся.

У підгрупі 2.2. достовірно наростання гемодинаміки відбувалося як в правій, так і в лівій ОЖМА до 30–34 тиж ($p < 0,05$), потім рівень її не мінявся до кінця вагітності.

Порівняння значень ІР в артерії пуповини у вагітних з різними формами ПН показало, що достовірна різниця в показниках наголошувалася лише у вагітних із ЗВРП в терміні 30–34 тиж щодо групи порівняння: ІР дорівнював $0,68 \pm 0,03$ проти $0,61 \pm 0,01$ відповідно ($p < 0,05$). Це, імовірно, пов'язано із збільшенням випадків порушення гемодинаміки в артерії пупкового канатика в цьому терміні у вагітних із ЗВРП. У решті випадків ІР артерії пуповини коливався в межах $0,71 \pm 0,01$ – $0,74 \pm 0,02$ в 20–24 тиж, $0,68 \pm 0,02$ – $0,69 \pm 0,03$ в 25–26 тиж, $0,61 \pm 0,01$ – $0,66 \pm 0,02$ в 30–34 тиж, $0,59 \pm 0,02$ – $0,62 \pm 0,02$ в 35–40 тиж ($p > 0,05$). У динаміці вагітності у всіх групах обстеження виявлено достовірно зниження ІСС до 35–40 тиж ($p < 0,01$ – $0,001$).

Були проаналізовані особливості порушення гемодинаміки (ПГД) у вагітних з різними формами ПД

У терміні 20–29 тиж діагностувався лише 1А ступінь ПГД у всіх групах, яка характеризується порушенням кровотоку в маткових артеріях. У два рази частіше вона визначалася у вагітних із ЗВРП ($p > 0,2$). У всі наступні терміни дослідження в 1 групі мало місце ПГД лише 1А ступені. Тоді як в 2 групі в 30–34 тиж діагностоване ПГД 1В ступеня у 2 (2,0%) жінок, ПГД другого і третього ступеня також у двох жінок, в 35–40 тиж вагітності ПГД 1В ступеня у 1 (1,0%) жінки, 2 ст. – в 4 (4,0%), 3 ст. – у 1 (1,0%) жінки. Порушення гемодинаміки 3 ступеню мали лише вагітні з ЗВРП (перша підгрупа).

Усього випадків ПГД в 1 групі було 15 (30,0%), в 2 групі – 39 (39,0%), в підгрупі 2.1. – 25 (50,0%) ($p < 0,02$), в підгрупі 2.2. – 16 (32,0%) ($p < 0,05$ відносно 1 групи). З них 1А ст. – 15 (100%), 27 (69,2%) ($p < 0,001$), 17 (34,7%) ($p < 0,01$) і 12 (75%), ($p < 0,05$) відповідно до груп обстеження; 1В ступень – 3 (7,7%) в 2 групі, 2 (8,0%) в підгрупі 2.1, 1 (6,3%) в підгрупі 2.2.; 2 ст. – 6 (15,4%) в 1 групі ($p < 0,02$), 3 (12,0%) в

підгрупі 2.1, 3 (18,8%) в підгрупі 2.2; 3 ступені – 3 (7,7%) в 1 групі, в т.ч. 3 (12,0%) в підгрупі 2.1.

При порівнянні двох підгруп 2 групи встановлено, що достовірно частіше порушення гемодинаміки мало місце у вагітних із ЗВРП: 25 (50,0%) і 16 (32,0%) відповідно до підгруп ($p < 0,05$).

Поліпшення стану кровотоку в динаміці вагітності сталося у 11 (73,3%) жінок групи порівняння. Рідше покращувався кровоток у вагітних основної групи і особливо першої її підгрупи: 15 (38,5%, $p < 0,05$) і 5 (20,0%, $p < 0,01$) відповідно.

Негативної динаміки в стані кровотоку не було ні у однієї жінки в 1 групі, тоді як в 2 групі негативна динаміка матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровотоку була у 10 (25,6%) жінок ($p < 0,01$), в підгрупі 2.1 у 8 (32,0%, $p < 0,01$), в підгрупі 2.2 у 2 (12,5%, $p > 0,05$).

Відсутність динаміки в стані кровотоку мала місце у 4 (26,7%) вагітних 1 групи, у 14 (35,9%) 2 групи, у 12 (48,0%) підгрупи 2.1, у 3 (18,8%) підгрупи 2.2. При порівнянні двох підгруп видно, що стабільне порушення кровотоку було в чотири рази частіше у вагітних із ЗВРП: 12 (48,0%) проти 3 (18,8%) ($p < 0,05$).

Аналізуючи порушення кровотоку в динаміці вагітності, видно, що їх важкі форми (ПГД 2 і 3 ступені) з'являються з 30–34 тиж, що, імовірно, пов'язано з початком виснаження всіх форм компенсації в матково-плацентарно-плодовому комплексі до цього терміну у вагітних 2 групи.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати обстеження показують, що вагітні з компенсованою, суб- і декомпенсованою ПД мають різний стан гемодинаміки в системі мати–плацента–плід. За наявності суб- і декомпенсованої ПН інтенсивність кровотоку в МА нижча, ніж при компенсованій. Зниження периферичного опору в басейні МА в динаміці вагітності визначає наперед зниження резистентності в спіральних артеріях до 30–34 тиж у жінок з субкомпенсованою ПД без ЗВРП і до 25–29 тиж у жінок з суб- і декомпенсованою ПД і з ЗВРП. Отримані нами дані вказують на провідну роль правої МА в кровопостачанні матки при вагітності у всіх групах обстеження і на неспроможність лівої МА у вагітних із суб- і декомпенсованою ПД. Власні результати обстеження також свідчать, що початок III триместру є критичним терміном для стану плода у вагітних із суб- і декомпенсованою ПН, що виявляється в зниженні інтенсивності гемодинаміки, збільшенні асиметрії кровотоку в маткових артеріях, наявності порушення гемодинаміки 2 і 3 ступеню.

Влияние аномалий развития матки на особенности маточно-плацентарной и плодово-плацентарной гемодинамики при различных формах плацентарной дисфункции

М.О. Сазонова

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что беременные с компенсированной, суб- и декомпенсированной плацентарной дисфункцией имеют различное состояние гемодинамики в системе мать–плацента–плод. При наличии суб- и декомпенсированной плацентарной дисфункции интенсивность кровотока в маточной артерии

ниже, чем при компенсированной. Снижение периферического кровотока в бассейне маточной артерии в динамике беременности определяется в первую очередь снижением резистентности в спиральных артериях до 30–34 нед у женщин с субкомпенсированной плацентарной дисфункцией и задержки развития плода и до 25–29 нед у женщин с суб- и декомпенсированной плацентарной дисфункцией и задержкой развития плода. Эти данные необходимо использовать при разработке новой методики прогнозирования задержки развития плода при различных формах плацентарной дисфункции.

Ключевые слова: плацентарная дисфункция, маточно-плацентарная и плодово-плацентарная гемодинамика.

Influence of anomalies of development of uterus on features of uterine-placental and born-placental haemodynamics at various forms of placental dysfunction

M.A. Sazonova

Results of the spent researches testify, that pregnant women with compensated, sub- and decompensation placental dysfunction have a various condition of haemodynamics in system mother–placenta–born. At presence sub- and decompensation placental dysfunction intensity of a blood-groove in matocnyy arteries more low, than at compensated. Decrease in a peripheral blood-groove in pool uterine arteries in dynamics of pregnancy is defined first of all by resistance decrease in spiral arteries.

To 30–34 weeks at women with subcompensation placental dysfunction and arrests of development of a born and till 25–29 weeks at women with sub- and decompensation placental dysfunction and a fruit arrest of development.

These data is necessary to use by working out of a new technique of forecasting of an arrest of development of a born at various forms of placental dysfunction.

Key words: placental dysfunction, uterine-placental and born-placental haemodynamics.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Айламазян Е.К. Акушерство / Е.К. Айламазян. – СПб: Специальная литература, 2013. – 496 с.
2. Ариас Ф. Беременность и роды высокого риска / Ф. Ариас. – М.: Медицина, 2009. – 656 с.
3. Барков Л.А. Компенсаторно-приспособительные реакции в плаценте при нефропатии беременных и внутриутробная гипотрофия плода / Л.А. Барков, И.Е. Алещенко // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 6. – С. 32–35.
4. Белокриницкая Т.Я. Факторы риска и пути профилактики хронической фетоплацентарной недостаточности / Т.Я. Белокриницкая, Н.А. Федосеева, О.В. Турков // Актуальные проблемы медицинской практики. – Чита, 2013. – С. 16–18.
5. Бунин А.Т. Синдром задержки развития плода: патогенез, клиника, диагностика и лечение / А.Т. Бунин, М.В. Федорова // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 7. – С. 74–78.
6. Бурдули Г.Н. Репродуктивные потери / Г.Н. Бурдули, О.Г. Фролова. – М.: Триада-Х, 2010. – 188 с.
7. Бурлев В.А. Анализ корреляционных связей между показателями маточно-плацентарного кровотока и некоторыми ферментами крови у беременных с высоким риском перинатальной патологии / В.А. Бурлев, А.И. Волобуев, А.Ж. Оганесян // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 3. – С. 49–54.

Вплив глистяної інвазії на розвиток анемії вагітних у жінок із хронічною патологією печінки та травного тракту

М.І. Соколова

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

Результати проведених досліджень свідчать про істотну роль початкової печінкової патології в частоті розвитку і клінічного перебігу анемії вагітних. Це підтверджується більш високою частотою різноманітних ускладнень при розродженні: передчасний розрив плодових оболонок (+16,7%); дистрес плода (+11,2%); аномалії пологової діяльності (+8,4%) і кровотечі в послідовому і ранньому післяпологовому періодах (+5,0%). Аналіз стану новонароджених показав на більш високі показники асфіксії середнього (+6,7%) і тяжкого ступеня (+2,9%), а також пологової травми (+2,9%) в підгрупі пацієнток із поєднанням патології печінки і травного тракту з анемією вагітних. Аналогічна закономірність проглядалася і при клінічній оцінці раннього неонатального періоду: постгіпоксична енцефалопатія (+20,8%); гіпербілірубінемія (+9,8%); постнатальна інфекція (+8,1%) і геморагічний синдром (+2,8%) частіше мали місце в цій же групі. Отримані результати свідчать про необхідність удосконалення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів для поліпшення результатів розродження пацієнток з даною соматичною патологією.

Ключові слова: анемія вагітних, патологія печінки і травного тракту.

Екстрагенітальна патологія є однією з головних причин материнських і перинатальних втрат на сучасному етапі [1–4]. За останнє десятиліття відзначається ріст соматичної захворюваності серед жінок репродуктивного віку. Серед основних причин такої негативної тенденції необхідно відзначити погіршення економічного стану основної маси населення, зміну екологічної ситуації в країні, порушення імунологічної реактивності та ін. [1–4].

Протягом останнього десятиліття серед жінок репродуктивного віку, у тому числі і під час вагітності, відбувся істотний ріст захворювань печінки і травного тракту [1, 3], щозумовлено цілим комплексом медичних і соціальних проблем. Як свідчать дані вітчизняної і зарубіжної літератури [1–4] патологія органів травлення негативно впливає на клінічний перебіг вагітності і пологів, а також на перинатальні наслідки розродження. Серед основних моментів такої негативної тенденції виділяють порушення функціонального стану печінки і жовчовивідних шляхів, також білкового, ліпідного і вуглеводного обміну, що в сукупності, призводить до виражених змін у перебігу вагітності та пологів, а також погіршення стану плода і новонародженого [2, 4].

Незважаючи на значне число наукових публікацій у даному науковому напрямку, не можна вважати всі проблеми цілком вирішеними.

Мета дослідження: вивчення особливостей анемії вагітних у жінок з патологією печінки і травного тракту.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети проведений клініко-статистичний аналіз 272 історій пологів жінок з хронічними захворюваннями печінки та травного тракту за матеріалами двох пологових будинків м. Києва (№ 5 і № 1) за останні 10 років (2004–2013 рр). Зі всіх пацієнток з анемією вагітних було 145 жінок (53,2%) і без анемії – 127 (46,8%).

Для оцінювання клінічних результатів проведених досліджень була розроблена спеціальна карта, до якої заносилися основні особливості преморбідного фону, клінічного перебігу вагітності, пологів, післяпологового та неонатального періоду.

У комплекс проведених досліджень були включені загальноприйняті клінічні, функціональні і лабораторні методи дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Структурний аналіз отриманих результатів (мал. 1) свідчить про явну перевагу хронічного гепатохолециститу (57,3%) у порівнянні з хронічним гастродуоденітом (16,8%); жовчнокам'яною хворобою (9,0%); виразковою хворобою шлунка і 12-палої кишки (8,3%); гострим вірусним гепатитом (4,6%); захворюваннями кишечника (2,0%) та гострим панкреатитом (2,0%). При цьому структурний аналіз проводився по переважній захворюваності з більш вираженою клінічною симптоматикою. Крім того, у ряді випадків мало місце поєднання кількох варіантів патології печінки і травного тракту (мал.2). Так, частіше всього було поєднання хронічного гепатохолециститу з хронічними гастродуоденітом (16,1%). Набагато рідше зустрічалися хронічний гепатохолецистит у поєднанні з жовчнокам'яною хворобою (9,0%); хронічний гастродуоденіт із жовчнокам'яною хворобою (5,5%) і виразкова хвороба з жовчнокам'яною (3,4%). Панкреатит зустрічався в поодиноких випадках (2,0%). Усі інші варіанти різноманітних поєднань мали місце в поодиноких випадках. Аналіз термінів розвитку досліджуваної соматичної захворюваності показав на явну перевагу хронічних запальних процесів печінки і жовчовивідних шляхів як по тривалості, так і по виразності клінічної симптоматики.

Середня тривалість захворювання хронічним гепатохолециститом склала $3,4 \pm 0,3$ року; гастродуоденітом – $2,6 \pm 0,2$; жовчнокам'яною хворобою – $2,2 \pm 0,2$ і виразковою хвороба шлунка – відповідно $1,8 \pm 0,1$ року.

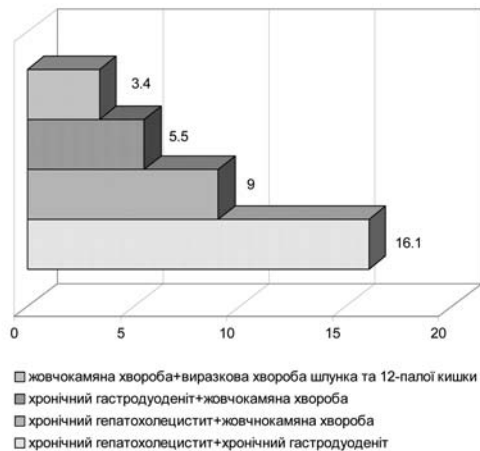
При оцінюванні основних особливостей преморбідного фону в обстежених жінок клініко-статистичної групи було вивчено поєднання патології печінки і травного тракту з іншими варіантами екстрагенітальної патології. Відповідно до отриманих даних частіше всього ця патологія мала місце разом із хронічним пієлонефритом (11,2%); із тиреоїдною патологією (7,0%); нейроциркуляторною астенією (5,6%) із захворюванням легень (4,1%). При вивченні конкретного варіанта досліджуваної соматичної патології варто зазначити на явну перевагу (96,7%)



Мал. 1. Структура захворювань печінки та травного тракту (%)

хронічних процесів печінки і жовчовивідних шляхів, на фоні яких розвивалася описана вище соматична захворюваність.

Особливий інтерес представляють дані про клінічний перебіг гестаційного періоду. Так у I половині вагітності переважали анемія (22,1%); ранні гестози (12,9%); загроза переривання вагітності (12,0%); погіршення основної соматичної



Мал. 2. Частота поєднання різних варіантів захворювань печінки та травного тракту (%)

захворюваності (11,4%) і респіраторна вірусна інфекція (9,9%). Аналізуючи безпосередні терміни розвитку вищеописаних ускладнень можна виділити більш ранню появу (у середньому в 8–9 тиж вагітності) загострення хронічного гепатохолецистопанкреатиту з наступним розвитком ранніх гестозів і загрозою переривання вагітності. Високий рівень супутньої анемії був зумовлений більш низькими гематологічними показниками ще до вагітності, що, безумовно, було пов'язано з вихідною печінковою патологією.

Після 20 тиж вагітності частота різноманітних ускладнень була значно вища. При цьому частіше всього мали місце гестаційна анемія (53,2%); плацентарна дисфункція (45,9%) і преєклампсія (29,3%). Рідше зустрічалися бактеріальний вагіноз (23,9%); погіршення соматичної захворюваності (18,4%) і респіраторна вірусна інфекція (11,0%). Аналіз термінів розвитку описаних вище ускладнень свідчить про більш ранню появу загострення хронічного гепатохолециститу (24,2 тиж) із наступним розвитком анемії (26,6 тиж), преєклампсії (28,4 тиж) і плацентарної дисфункції (30,2 тиж). Така послідовність розвитку ускладнень II половини вагітності вказує на головну роль початкової патології печінки і травного тракту в генезі розвитку наступних акушерських і перинатальних ускладнень.

Аналізуючи клінічний перебіг I половини вагітності в жінок із патологією печінки і травного тракту з урахуванням наявності супутньої гестаційної анемії можна відзначити наявність істотних розбіжностей між пацієнтками з аналогічною соматичною патологією, але без анемії вагітних.

У першу чергу, це виявлялося різноманітною частотою ранніх гестозів (+31,2%); загрози переривання вагітності (+16,4%) і погіршення основної соматичної захворюваності (+17,0%), що передувало появі основних клінічних симптомів вищеописаних ускладнень. В II половині гестаційного періоду розбіжності між підгрупами носили ще більш виражений характер. Особливо наочно це проглядалося при оцінці рівня супутніх порушень у системі мати-плацента-плід (+53,6%) і преєклампсії (+46,9%). Крім того, необхідно зазначити і на наявну різницю в частоті погіршення основної соматичної захворюваності (+15,7%) і бактеріального вагінозу (+5,7%). При оцінці ступеня тяжкості анемії вагітних необхідно відзначити переваження легкого ступеня анемії (44,8%) в порівнянні із середнім (34,5%) і тяжким ступенем (20,7%). По термінах розвитку даного ускладнення варто зазначити, що більш ніж у половині спостережень (52,0%) анемія розвивалася в 29–33 тиж вагітності і набагато рідше (14,0%) – після 34 тиж. Отримані результати дозволяють відзначити істотну роль супутньої печінкової патології в розвитку гестаційної анемії на етапі клінічного перебігу гестаційного періоду.

Як результат вищеописаних розбіжностей клінічного перебігу вагітності явилася висока частота різноманітних ускладнень при розродженні. Так, можна виділити більш істотний рівень передчасного розриву плодових оболонок (+16,7%); гострого дистресу плода (+11,2%); аномалій пологової діяльності (+8,4%) і кровотеч у послідовому і ранньому післяпологовому періодах (+5,0%). Аналіз стану новонароджених показав на більш високі показники асфіксії середнього (+6,7%) і тяжкого ступеня (+2,9%), а також пологової травми (+2,9%) у підгрупі пацієнток із поєднанням патології печінки і шлунково-кишкового тракту з анемією вагітних. Аналогічна закономірність проглядалася і при клінічній оцінці

раннього неонатального періоду: постгіпоксична енцефалопатія (+20,8%); гіпербілірубінемія (+9,8%); постнатальна інфекція (+8,1%) і геморагічний синдром (+2,8%) частіше мали місце в цій же групі.

Клінічний аналіз перебігу післяпологового періоду показав на більш високу частоту погіршення соматичної захворюваності (+8,1%); ранової інфекції, ендометриту і порушень скорочувальної активності матки (+2,9%) при поєднанні основної соматичної захворюваності і гестаційної анемії.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про істотну роль початкової печінкової патології в частоті розвитку і клінічного перебігу анемії вагітних, що потребує удосконалення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів для поліпшення результатів розродження пацієнток з даною соматичною патологією.

Влияние глистной инвазии на развитие анемии беременных у женщин с хронической патологией печени и пищеварительного тракта

М.И. Соколова

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной роли исходной патологии печени в частоте развития и клиническом течении анемии беременных. Это подтверждается более высокой частотой различных осложнений при родоразрешении: преждевременный разрыв плодных оболочек (+16,7%); дистресс плода (+11,2%); аномалии родовой деятельности (+8,4%) и кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах (+5,0%). Анализ состояния новорожденных показал более высокую частоту асфиксии средней (+6,7%) и тяжелой степени (+2,9%), а также родовой травмы (+2,9%) в подгруппе пациенток с сочетанием патологии печени и пищеварительного тракта с анемией беременных. Аналогичная закономерность наблюдалась и при клинической оценке раннего неонатального периода: постгипоксическая энцефалопатия (+20,8%); гипербилирубинемия (+9,8%); постнатальная инфекция (+8,1%) и геморрагический синдром (+2,8%). Полученные результаты свидетельствуют о необходимости усовершенствования алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий для улучшения результатов родоразрешения пациенток с данной соматической патологией.

Ключевые слова: анемия беременных, патология печени и пищеварительного тракта.

Influence helminthic invasion on development of anaemia pregnant women in women with a chronic pathology of liver and gastroenteric path

M.I. Sokolova

Results of the spent researches testify to an essential role initial liver pathologies in frequency of development and clinical current of an anaemia of pregnant women. It proves to be true higher frequency of various complications at delivery: premature rupture fetus covers (+16,7%); distress of born (+11,2%); anomalies patrimonial activity (+8,4%) and bleedings in placental and early postnatal the periods (+5,0%). The analysis of a condition of newborns has shown higher frequency asphyxia to average (+6,7%) and heavy degree (+2,9%), and also patrimonial trauma (+2,9%) in a subgroup of patients with combination of patholo-

gy of a liver and a gastroenteric path to an anaemia of pregnant women. Similar law was observed and at a clinical estimation early neonatal period: posthypoxial encephalopathy (+20,8%); hyperbilirubineamia (+9,8%); postnatal infection (+8,1%) and hemorragical syndrome (+2,8%). The received results testify to necessity of improvement of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions for improvement of results delivery at patients with the given somatic pathology.

Key words: anaemia of pregnant women, pathology of liver and gastroenteric path.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гурская Т.Ю. Особенности диагностики гепатита С у беременных женщин / Т.Ю. Гурская, И.Г. Никитин, Н.И. Размахина // Вестн. новых мед. технологий. – 2011. – Т. XIII, № 1. – С. 108–109.
2. Запорожан В.М. Клініко-патогенетичні аспекти профілактики і лікування жінок із захворюваннями печінки та шлунково-кишкового тракту / В.М. Запорожан, Н.М. Олійник // Одес. мед. журнал. – 2009. – № 3. – С. 24–26.
3. Игнатова Т.М. Хронические заболевания печени у беременных (обзор) / Т.М. Игнатова // Терапевт. архив. – 2012. – Т. 74, № 10. – С. 55–59.
4. Лисенко Г.І. Сучасний погляд на лікування холестатичного гепатозу вагітних із застосуванням антигомотоксичних препаратів / Г.І. Лисенко, Н.С. Величко // Практ. медицина. – 2008. – Т. 14, № 1. – С. 16–20.

УДК 618.11-006-07-08:618.3

Особливості діагностики та лікування доброякісних новоутворень яєчників при вагітності

В.І. Бойко, Н.П. Сухоставець

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Результати проведених досліджень свідчать, що діагностика доброякісних пухлин яєчників у вагітних жінок є досить утрудненою із-за невираженості клінічної симптоматики і часто є знахідкою при гінекологічному і ехографічному обстеженні. Основним методом лікування даної патології є оперативний, причому переважно в об'ємі – резекція яєчника. Дуже важливим є високий рівень подальших акушерських і перинатальних ускладнень в жінок, прооперованих під час вагітності з приводу пухлин яєчників. Це диктує необхідність розробки специфічних діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: новоутворення яєчників, вагітність, діагностика, лікування.

Проблема новоутворень яєчників є однією з найбільш актуальних в сучасній репродуктології. Часто настання вагітності у жінок, що мають пухлини і пухлинноподібні утворення придатків матки [1–3]. При цьому, значну частину цих пацієнток складають жінки з обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом або тривалим безпліддям. За даними літератури [1–4], під час вагітності доброякісні серозні пухлини зустрічаються в 21% випадків серед всіх пухлин яєчників, а муцинозні – відповідно в 22%. Найчастіше при вагітності виявляються дермоїдні кісти (зрілі тератоми). Згідно спостережень цих же авторів, доброякісні пухлини яєчників спостерігаються у поєднанні з вагітністю в 4–5 разів частіше, ніж злоякісні. Поєднання вагітності і пухлин яєчників підвищує ризик розвитку таких ускладнень, як перекрут ніжки кісти пухлини, порушення кровопостачання, розрив її капсули і механічну перешкоду в пологах. У сучасній літературі є лише поодинокі повідомлення про використання сучасних методів діагностики і лікування пухлин яєчників при вагітності, хоча необхідність проведення таких досліджень не викликає сумнівів.

Мета дослідження: вивчення сучасних аспектів діагностики і лікування пухлин яєчників при вагітності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 30 пацієнток, прооперованих під час справжньої вагітності з приводу доброякісних пухлин яєчників. У комплексі проведеного обстеження були включені загальноклінічні, біохімічні, ехографічні і кардіотокографічні методи дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік обстежених жінок склав $25,2 \pm 2,1$ року, при цьому первовагітних було 26,7%, а первородящих – відповідно 46,7%. При аналізі основних особливостей репродуктивного анамнезу необхідно відзначити високий рівень артіфіційних (66,7%) і мимовільних ранніх абортів (16,7%).

Серед основних особливостей преморбідного фону слід вказати на високу частоту вихідної генітальної патології: хронічний сальпінгофорит (73,3%); патологічні зміни шийки матки (40,0%) і бактеріальний вагіноз (26,7%) і екстрагенітальної патології: нейроциркуляторна астенія (30,0%); пієлонефрит (30,0%); тиреоїдна патологія (26,7%); хронічний тонзиліт (16,7%) і гастродуоденіт (6,7%).

Особливий інтерес представляють дані про терміни діагностики і проведеного оперативного лікування пухлин яєчників у вагітних жінок. Так, серед всіх обстежених, на догравідарному етапі діагноз новоутворень яєчників не був встановлений в жодному випадку. Під час вагітності найчастіше пухлини яєчників були діагностовані в 7–8 тиж (33,3%) і в 5–6 тиж (30,0%). Дещо рідше мало місце в 10–11 тиж (20,0%), а в поодиноких випадках – в 12–13 тиж і 18–19 тиж (по 6,7%) і в 17 тиж вагітності (3,3%).

При аналізі основної клінічної симптоматики звертає на себе увагу та особливість, що в кожному третьому випадку (33,3%) клінічний перебіг пухлин яєчників у вагітних жінок носив безсимптомний характер, а сам діагноз встановлювали під час гінекологічного або ехографічного огляду. Серед основних варіантів клінічних проявів більш ніж в половині випадків (56,7%) були відмічені симптоми гострого живота за рахунок перекрута (30,0%) або розриву кісти (26,7%). Лише у 10,0% спостережень мав місце виражений больовий синдром. У відповідності з цим, в плановому порядку було прооперовано 53,3% пацієнток, а в ургентному – відповідно 46,7%. Основним варіантом об'єму проведеного оперативного втручання була резекція одного яєчника (70,0%), а в останніх 30,0% об'єм був розширений до односторонньої аднексектомії. Основними причинами видалення придатків були великі розміри кісти, порушення її цілісності з некрозом тканин. Результати проведених морфологічних досліджень свідчать про переважання фолікулярних кіст яєчників (60,0%) в порівнянні з фіброзними (20,0%) і кістами жовтого тіла (20,0%).

Серед основних особливостей клінічного перебігу гестаційного періоду можна виділити високу частоту загрози переривання вагітності (83,3%) і хронічної фетоплацентарної недостатності (46,7%), а анемія вагітних (30,0%) і прееклампсія різного ступеня тяжкості (16,7%) мали місце дещо рідше. У структурі розродження передчасні пологи склали 10,0%; що запізнилися – 6,7% при явному переважанні доношеної вагітності (83,3%). При оцінці клінічного перебігу пологів можна вказати на високий рівень передчасного розриву плодових оболонок (50,0%); аномалій пологової діяльності (30,0%) і дистресу-плода (26,7%). Частота абдомінального розродження при цьому склала 20,0%, а основними свідченнями були прогресуюча гіпоксія плода на тлі хронічної фетоплацентарної недостатності (13,3%) і неефективне лікування аномалій пологової діяльності (6,7%).

ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, діагностика доброякісних пухлин яєчників у вагітних жінок є досить утрудненою із-за невираже-

ності клінічної симптоматики і часто є знахідкою при гінекологічному і ехографічному обстеженні. Основним методом лікування даної патології є оперативний, причому переважно в об'ємі – резекція яєчника. Дуже важливим є високий рівень подальших акушерських і перинатальних ускладнень у жінок, прооперованих під час вагітності з приводу пухлин яєчників. Це диктує необхідність розробки специфічних діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Особенности диагностики и лечения доброкачественных новообразований яичников при беременности
В.И. Бойко, Н.П. Сухоставець

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что диагностика доброкачественных опухолей яичников у беременных женщин является достаточно затрудненной из-за невыраженности клинической симптоматики и часто является находкой при гинекологическом и эхографическом обследовании. Основным методом лечения данной патологии является оперативный, причем преимущественно в объеме – резекция яичника. Очень важным является высокий уровень последующих акушерских и перинатальных осложнений у женщин, прооперированных во время беременности по поводу опухолей яичников. Это диктует необходимость разработки специфических диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: новообразования яичников, беременность, диагностика, лечение.

Features of diagnostics and treatment of good-quality new growths of ovariums at pregnancy
V.I. Boyko, N.P. Suhostavez

Results of the spent researches testify that diagnostics of good-quality tumours of ovariums at pregnant women is enough complicated because of specific clinical semiology and often is a find at gynecologic and ehografical inspection. The basic method of treatment of the given pathology is operative, and mainly in volume – a resection of ovarium. High level of the subsequent obstetrical and perinatal complications at the women operated during pregnancy concerning tumours of ovariums is very important. It dictates necessity of working out of specific diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: new growths of ovariums, pregnancy, diagnostics, treatment.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Левашова И.И. Акушерская тактика при сочетании беременности с опухолями яичников / И.И. Левашова, Л.С. Логотова, А.А. Попов // Материалы II Российского форума «Мать и дитя». – Москва. – 18–22 сентября 2010. – С. 80–81.
2. Логотова Л.С. Беременность и опухоли яичников / Л.С. Логотова, А.А. Попов, И.И. Левашова // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2009. – № 3. – С. 14–17.
3. Мананникова Т.Н. Проблемы репродукции при сочетании беременности с опухолями яичников / Т.Н. Мананникова, Л.С. Логотова, С.Н. Буянова // Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья женщин. – Москва. – Academia. – 2010. – С. 139–141.
4. Попов А.А. Лапароскопия в акушерстве / А.А. Попов, И.И. Левашова, Л.С. Логотова // Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – М., 2008. – С. 33–34.

УДК 618.3/5-08-06:618.36-007

Вплив різних варіантів аномальної плацентації на перинатальні наслідки розродження

В.І. Бойко, С.О. Ткаченко

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

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 і зниження частоти перинатальної патології необхідне раннє ехографічне обстеження локалізації плаценти з подальшим динамічним обстеженням пацієнток для оцінювання процесів міграції плаценти. Спосіб і терміни розродження жінок з аномальною плацентацією залежать від локалізації плаценти, завершеності її міграції і функціонального стану фетоплацентарного комплексу.

Ключові слова: перинатальна патологія, аномальна плацентація, діагностика, профілактика.

Своечасна діагностика і профілактика перинатальної патології є одним з найважливіших завдань сучасного акушерства [1, 2]. 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 [3–5].

З акушерської точки зору АРП є однією з причин розвитку передчасного відшарування плаценти, невиношування вагітності, плацентарної дисфункції і аномалій пологової діяльності [4]. В перинатології дана проблема представляє інтерес з позицій затримки внутрішньоутробного розвитку плода і внутрішньоутробного інфікування [2].

Відомо, що зміна положення плаценти (міграція) відбувається внаслідок розтягування нижнього сегменту матки, регресу плацентарної тканини при регулярних мікрівідшаруваннях або під дією ферментів цервікальних залоз [1]. Не дивлячись на значне число наукових публікацій за оцінкою функціонального стану фетоплацентарного комплексу не можна вважати всі наукові завдання даної проблеми повністю вирішеними, особливості в аспекті ранньої діагностики і профілактики перинатальної патології при аномальній плацентації.

Усе наведене вище з'явилося для нас підставою до проведення даного наукового дослідження, що дозволяє вирішити важливе наукове завдання сучасного акушерства.

Мета дослідження: підвищення ефективності ранньої діагностики і профілактики перинатальної патології у жінок з аномальною плацентацією на основі удос-

коналення і впровадження удосконаленого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

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 аномальних плацентажій і варіантів міграції плаценти [1, 2], критерієм включення пацієнток в основну групу було розташування плаценти (у 14–16 тиж) на відстані менше 2 см від внутрішнього зіву шийки матки.

Як контрольна група обстежено 60 практично здорових вагітних з нормальною плацентажією.

З 16 тиж вагітності здійснювався УЗ контроль процесу міграції з оцінкою положення і відстані нижнього полюса плаценти по відношенню до внутрішнього зіву. Отримавши різноманітність фізичних і функціональних параметрів процесу міграції і плацентажії, а також клінічних характеристик обстежуваних пацієнток, нам представилося доцільним ділення варіантів міграції плацентажії відносно внутрішнього зіву шийки матки. Проведений аналіз клінічних характеристик, періоду гестації і пологів вагітних основної групи залежно від положення плаценти і реалізації процесу її міграції

Всіх пацієнток основної групи (n=130) було розподілено на наступні підгрупи:

- 1 підгрупа (23,0%) – 30 пацієнток з повним і неповним передлежанням плаценти; процес міграції був відсутній.

- підгрупа (38,5%) – 50 жінок з низьким розташуванням плаценти унаслідок неповної (незавершеної) міграції (нижній край плаценти нижче 5 см від внутрішнього зіву).

- підгрупа (38,5%) – 50 вагітних, в яких в результаті повної (завершеної) міграції плацента перемістилася у верхні відділи матки (нижній край плаценти на 5 см вищий за внутрішній зів).

Вік вагітних основної і контрольної групи коливався від 16 до 40 років. Більшість пацієнток основної групи ($p < 0,01$) були у віці від 26 до 35 років (62,1%), контрольної – від 20 до 25 років (55,0%). Середній вік в контрольній групі склав $23,8 \pm 3,9$ року, в основній – $29,4 \pm 6,6$ року. При передлежанні і низькому розташуванні плаценти (1 і 2 підгрупи) значне число вагітних (31,0%, 30,9%) спостерігалося у віці 26–35 років; у 3 підгрупі обстежених з повною міграцією плаценти ($p < 0,01$) – у віці 31–35 років (35,9%). Найбільше число пацієнток у віці 36–40 років були з передлежанням плаценти (20,7%). Проведений аналіз свідчить про те, що АРП і процес її міграції достовірно частіше зустрічаються в більш пізньому репродуктивному віці (старше 30 років).

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, кардіотокографічні, ендокринологічні, біохімічні, мікробіологічні і статистичні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що серед основних причин аномального розташування плаценти не обходжений виділити наступні:

- вік вагітної старше 30 років;
- хронічні запальні захворювання статевих органів;
- висока частота артіфіційних і мимовільних абортів;
- ускладнений перебіг попередніх вагітностей.

При аномальному розташуванні плаценти в 19,6% спостережень її міграція відсутня, що призводить до повного і неповного її передлежання. Процес міграції плаценти відбувається в 80,4%, при цьому, повна міграція зустрічається в 43,2% вагітних і неповна – в 37,2% пацієнток.

Клінічний перебіг вагітності при аномальному розташуванні плаценти характеризується високою частотою загроза переривання (56,1%), різними метрорагіями (27,9%) і плацентарною дисфункцією (43,8%), причому рівень всіх ускладнень залежить від процесу завершеності міграції плаценти.

З урахуванням закономірностей розвитку адаптаційного процесу від начального підвищення функціональної активності до його виснаження, у вагітних з АРП виділено три типи порушень ендокринної регуляції фетоплацентарної системи:

- гіперфункція: підвищення рівня одного/декількох гормонів;
- дисфункція (початкова недостатність): підвищення плацентарних (РАРР-а; в-ХГЛ) і зниження фетальних (естріол, АФП) показників;
- гіпофункція (хронічна, компенсована недостатність): зниження рівня плацентарних і фетальних гормонів на 30–50%.

Порушення в кровотоку матки, плаценти і плода при аномальній плацентажії свідчать про наявність плацентарної дисфункції різного ступеня вираження, при цьому, ступінь і частота даного ускладнення знаходяться в прямій залежності від розташування плаценти – чим нижче розташована плацента, тим вище частота порушень матково-плацентарного кровотоку і затримки розвитку плода.

Сумарна частота абдомінального розродження при аномальній плацентажії складає 52,7%, причому при передлежанні – 100,0%; при низькій плацентажії – 58,2% і при мігруючій плаценті – 26,6%.

Частота передчасних пологів при аномальній плацентажії залежить від локалізації плаценти: сумарно – 25,7% (при передлежанні плаценти – 41,4%; при низькому розташуванні – 37,2% і при мігруючій плаценті – 12,5%).

Перинатальні результати розродження залежать від варіанту аномальної плацентажії:

– перинатальні втрати (13,5‰) мають місце при передлежанні плаценти і її низькому розташуванні, а основною причиною є глибока недоношеність на фоні декомпенсованої плацентарної дисфункції і затримки розвитку;

– сумарна частота захворюваності новонароджених складає 50,7%, при цьому при передлежанні вона складає 79,3%; при низькій плацентажії – 65,5% і при мігруючій плаценті – 25,0%.

Для практичної охорони здоров'я ми можемо рекомендувати наступні моменти:

- 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.

- діагноз аномальної плацентації слід встановлювати за даними УЗД в 16 тиж вагітності, при цьому, кожні 2–4 тиж (залежно від локалізації плаценти) необхідний динамічний ультразвуковий контроль за характером міграції плаценти з використанням класифікації, що включає локалізацію, тип і варіант її зсуву.

- з метою контролю за станом фетоплацентарного комплексу з 20 тиж вагітності показано використання доплерометричного контролю і після 32 тиж – кардіотокографії.

- спосіб і терміни розродження жінок з аномальною плацентацією залежать від локалізації плаценти, завершеності її міграції і функціонального стану фетоплацентарного комплексу.

ВИСНОВКИ

Таким чином, 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 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 плацентацією залежать від локалізації плаценти, завершеності її міграції і функціонального стану фетоплацентарного комплексу.

Влияние разных вариантов аномальной плацентации на перинатальные последствия родоразрешения В.И. Бойко, С.О. Ткаченко

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.

Influence of various variants abnormal placentation on perinatal outcomes of delivery V.I. Boyko, S.A. Tkachenko

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 echographical 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 её роль при беременности / М.В. Федорова, Е.П. Калашникова. – М.: Медицина, 2006. – 253 с.

Патологічний прелімінарний період на фоні плацентарної дисфункції – як фактор ризику перинатальної патології

С.Я. Ткачик

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

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

Ключові слова: патологічний прелімінарний період, плацентарна дисфункція, перинатальна патологія, профілактика.

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

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

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

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

Мета дослідження: зниження частоти перинатальної патології у жінок з ППП на тлі плацентарної дисфункції (ПД) на основі вивчення особливостей функціонального стану фетоплацентарного комплексу і психосоматичного статусу, а також розроблення і впровадження комплексу лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети було обстежено 120 пацієнток, серед яких 90 первородящих з ППП, яких було розподілено на наступні групи:

I група – 30 жінок з ППП без ПД;

II група – 30 жінок з ППП на фоні ПД, що отримували загальноприйнятні лікувально-профілактичні заходи;

III група – 30 жінок з ППП на фоні ПД, що отримували пропоновану нами методику.

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

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

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

Початок корекції, що проводиться, збігався з моментом встановлення діагнозу ППП.

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

Гініпрал використовували також з моменту встановлення діагнозу ППП за схемою тривалого токолізу: 25 мг препарату розчиняли в 500 мл ізотонічного розчину і вводили внутрішньовенно із швидкістю 0,075 мкг/хв (30 крапель в 1 хв) впродовж декількох годин. Потім переходили на таблетовані форми (до 8 пігулок по 5 мг на добу). Тривалість прийому гініпралу підбиралася індивідуально, але не більше 5–7 доби.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

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

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

Розродження жінок з ППП на фоні ПД супроводиться високою частотою пологодозбудження або пологостимуляції (96,7%); кесаревих розтинів (46,7%) і операції акушерських щипців (6,7%). У структурі свідчень до абдомінального розродження переважає гострий дистрес-плода (64,3%) і неефективне лікування аномалій пологової діяльності (35,7%).

Перинатальні результати у жінок з ППП на фоні ПД характеризуються високим рівнем асфіксії новонароджених різного ступеня тяжкості (66,7%) на тлі затримки внутрішньоутробного розвитку плода (63,3%). У неонатальному періоді має місце значна частота постгіпоксичної енцефалопатії (56,7%); геморагічного синдрому (16,7%) і гіпербілірубінемії (10,0%), а сумарні перинатальні втрати складають 100,0%.

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

Використання пропонованих лікувально-профілактичних заходів у жінок з ППП на фоні ПД дозволяє знизити частоту передчасного розриву плодових оболонок – в 1,6 разу; аномалій пологової діяльності – в 1,8 разу; пологостимуляції і пологозбуджень – в 1,5 разу; кесаревих розтинів – в 2,3 разу; асфіксії новонароджених – в 1,4 разу; постгіпоксичної енцефалопатії – в 2,1 разу і перинатальних втрат – відповідно в 3 рази.

ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, жінки з ППП на фоні ПД складають групу високого ризику щодо розвитку перинатальної патології внаслідок високого рівня аномалій пологової діяльності і гострого дистресу плода при розродженні. Використання препаратів гініпрал і інстенон у поєднанні з корекцією психологічного статусу дозволяє істотно зменшити рівень перинатальної

смертності і захворюваності, що дозволяє рекомендувати дану методику для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Патологический прелиминарный период на фоне плацентарной дисфункции – как фактор риска перинатальной патологии

С.Я. Ткачик

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

Ключевые слова: патологический прелиминарный период, плацентарная дисфункция, перинатальная патология, профилактика.

The pathological preliminary period against placental dysfunction – as risk factor of perinatal pathologies

S.J. Tkachik

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

Key words: pathological preliminary period, placental dysfunction, perinatal pathology, preventive maintenance.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Богданова Т.П. Сравнительная оценка гормонального и не медикаментозного способов подготовки шейки матки к родам / Т.П. Богданова // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 4. – С. 12–14.
2. Вдовин С.В. Дискоординированные сокращения матки в конце беременности и в родах / С.В. Вдовин // Вестник Российск. асоц. акуш.-гин. – 2010. – № 4. – С. 76–79.
3. Венцівський Б.М. Комплексна діагностика і терапія дискоординованої пологової діяльності / Б.М. Венцівський, В.Т. Жегулович, Р.Б. Гладкий // Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 2010. – № 4. – С. 69–73.
4. Релина М.А. Роды. Физиологические и патологические аспекты / М.А. Релина. – СПб., 2009. – 31 с.

УДК 618.25-08

Тактика ведення багатоплідної вагітності без використання родинно-орієнтованих технологій

Т.А. Шинкарук

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

Проведена порівняльна характеристика анамнезу, перебігу вагітності, пологів та перинатальних наслідків у 30 жінок з багатоплідною вагітністю (двійнята) після допоміжних репродуктивних технологій і 25 жінок з самовільною багатоплідною вагітністю. Встановлено, що не пристосованість жіночого організму до виношування більше одного плода, соматична патологія, обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез є визначальними в наслідках багатоплідних гестацій. Це підтверджується виявленими нами ускладненнями перебігу вагітності, пологів і перинатальними наслідками. Потрібно, щоб подружні пари були ретельно обстежені на предмет соматичної та гінекологічної патології в програмі підготовки до ДРТ. Розробка та впровадження в клінічну практику протоколів ведення багатоплідних гестацій, узгодженість роботи центрів репродуктивної медицини та перинатальних лікувальних закладів є резервом для зниження негативних аспектів таких вагітностей.

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

Материнська та перинатальна смертність були і залишаються основними показниками роботи такої дисципліни як акушерство. Ці показники є доволі стабільними і незначно змінюються від року в рік. У свою чергу ці показники є відображенням культурного та соціального розвитку в кожній державі. Відображають якість та рівень життя населення, а також є доволі стійким показником якості та ефективності проведення акушерсько-гінекологічних заходів по веденню вагітності, раціонального розродження та надання неонатологічної допомоги. На даний момент в нашій державі питання ведення вагітності та пологів при багатоплідній вагітності є неоднозначним. Не має клінічних протоколів надання медичної допомоги такій групі вагітних. Проте, кількість багатоплідних вагітностей зростає з року в рік, так, наприклад в США та інших розвинутих країнах кількість багатоплідних вагітностей зростає за останні 15 років до 3%. В Україні за останні 10 років також має місце стійке збільшення кількості багатопліддя. Активна робота багатьох репродуктивних центрів в нашій державі, використання з метою лікування неплідності у подружніх пар широкого арсеналу гормональних препаратів та сучасних методик

екстракорпорального запліднення призвело до значного збільшення випадків таких гестацій, майже вдвічі [1, 2].

Багатоплідна вагітність будь якого генезу (самовільна чи така, що наступила внаслідок застосування допоміжних репродуктивних технологій) висуває підвищені вимоги до жіночого організму. Найбільшого навантаження зазнають серцево-судинна, дихальна система та система кровотворення, що в свою чергу може загострити перебіг соматичної патології. В результаті цього у 80–85% таких вагітних відмічаються різні ускладнення перебігу вагітності та пологів. Патологічний перебіг таких гестацій зумовлений зривом компенсаторно-приспосувальних механізмів в організмі вагітної жінки, який в процесі еволюційного розвитку людини пристосувався до розвитку одноплідної вагітності. В цілому з позиції розвитку такої вагітності та перинатальних ускладнень треба зазначити, що найчастішими ускладненнями багатоплідної вагітності є: анемія вагітних, різного ступеню важкості, прееклампсія різного ступеню важкості, невиношування та недоношення вагітності, передлежання та передчасне відшарування плаценти, аномалії скоротливої діяльності матки, що в свою чергу зумовлюють певні ускладнення пологів та післяпологового періоду, аномалії положення та передлежання плодів, затримка внутрішньоутробного розвитку та дисоційований розвиток плодів, народження дітей з малою масою (менше 2500 г), вроджені вади розвитку тощо [1–3, 4, 7].

Також треба зазначити підвищену кількість вроджених вад розвитку у новонароджених, які зустрічаються у 2,7%. Найпоширенішими вадами розвитку новонароджених при багатоплідній вагітності є вади розвитку травного тракту, серцево-судинної системи, центральної нервової, дихальної, скелетно-м'язової та сечовидільної систем. Окремі дослідники виділяють вади розвитку, що зустрічаються тільки при багатоплідних вагітностях [3].

Вагітності, що наступили після допоміжних репродуктивних технологій в 28,5–30% випадків є багатоплідними. Враховуючи вік жінок, що стають пацієнтками програми допоміжних репродуктивних технологій, а це переважно жінки віком 35 років і старші, наявність у таких жінок екстрагенітальної патології, що в свою чергу може ускладнити настання настільки «бажаної» вагітності та зі свого боку обтяжити перебіг такої вагітності [5, 6].

Наявність анатомічних змін в органах малого тазу зумовлених запальними захворюваннями та оперативними втручаннями також впливають на розвиток таких гестацій. Окремо треба відмітити те медикаментозне гормональне навантаження, якого зазнає організм жінки, що проходять програму допоміжних репродуктивних технологій [1, 2, 4].

Вищевикладені дані свідчать, що багатоплідна вагітність, самовільна, чи така, що наступила внаслідок застосування допоміжних репродуктивних технологій, є окремим розділом акушерства, а світові тенденції до збільшення кількості таких вагітностей вимагають поглибленого дослідження ускладнень, що супроводжують такі гестації.

Мета дослідження: аналіз та порівняльна характеристика репродуктивного анамнезу, розвитку ускладнень, перебігу пологів та перинатальні наслідки багатоплідних вагітностей після застосування допоміжних репродуктивних технологій.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено проспективний клініко-статистичний аналіз протікання вагітності, пологів та перинатальні наслідки багатоплідних вагітностей, що наступили внаслідок застосування допоміжних репродуктивних технологій та самовільних багатоплідних гестацій, які отримували загальноприйняті лікувально-організаційні заходи.

З метою цього було проаналізовано ведення 30 випадків багатоплідних гестацій після застосування допоміжних репродуктивних технологій (I група) та 25 випадків самовільних багатоплідних вагітностей (II група).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік жінок в групі вагітних де були застосовані допоміжні репродуктивні технології склав $33,4 \pm 5,20$ доби, в той час як у групі зі спонтанним багатопліддям $29 \pm 4,30$ доби. Тривалість стаціонарного лікування в I групі склала $21,53 \pm 16,36$ доби, в той час, як у II групі майже на 7 днів менше, $14 \pm 9,7$ доби. За структурою перебування ліжко-днів: в I групі: до пологів $16,14 \pm 14,97$ доби, після пологів $7,36 \pm 2,10$ доби. В II групі: до пологів $12,4 \pm 10,6$ доби, після пологів $6,12 \pm 2,86$ доби.

Первинна неплідність мала місце в 15 випадках – 50%, вторинна неплідність також в 15 випадках – 50%. За структурою неплідності: трубно-перитоніальний фактор мав місце в 19 випадках – 63,3%, ендокринна неплідність 7 випадків - 23,3%, інше 4 випадки - 13,3%. Середня тривалість неплідності складала $8,23 \pm 3,82$ роки.

У досліджуваних груп жінок виявлені наступні данні: дана вагітність в групі, де вагітність наступила після застосування допоміжних репродуктивних технологій складала $2,23 \pm 2,1$, в групі з самовільною вагітністю цей показник склав $1,68 \pm 1,49$. В першій групі жінки були взяті на облік в жіночій консультації з приводу вагітності в $12,9 \pm 5,49$ тиж, у другій групі в $15,44 \pm 7,87$ тиж. Прибавка ваги за дану вагітність в першій групі склала $15,69 \pm 5,26$ кг, у другій групі цей показник склав $14,56 \pm 5,79$ кг.

В анамнезі у I групи пологи були у 10 жінок (33,3%), у II групі у 7 жінок (28%). У всіх жінок обох груп була в анамнезі 1 або більше вагітностей. У 5 жінок I групи (16,6%), та у 3 жінок (12%) вагітності закінчилися штучним перериванням вагітності.

В анамнезі ранній самовільний викидень у двох жінок в кожній з груп, 6,6% та 8% відповідно. Пізній самовільний викидень в анамнезі був у 1 вагітної з I групи (3,3%).

Завмерла вагітність в анамнезі була виявлена у 3х вагітних з групи I, та у 1 вагітної з II групи. Операції на придатках матки мали місце в анамнезі у 11 (36,6%) жінок з I групи та у 4 жінок (16%) з II групи. Операції на матці мали місце у 5 жінок (16,6%) з групи вагітних, до яких були застосовані допоміжні репродуктивні технології. В групі вагітних з самовільною багатоплідною вагітністю не було таких випадків. Запальні захворювання органів малого тазу в анамнезі у 15 жінок I групи (50%), та у 3 жінок I групи (12%).

При аналізі наявності соматичної патології у досліджуваних жінок було виявлено наступне: в групі, де застосовувались допоміжні репродуктивні технології екстрагенітальна патологія була виявлена у 25 обстежених жінок, що складає 83,3%, в групі з самовільною багатоплідною вагітністю соматична патологія була відмічена у 18 жінок, що склало 72%.

В структурі соматичної патології жінок з багатоплідною гестацією після застосування допоміжних репродуктивних технологій було виявлено наступне: 8 жінок з нейроциркуляторною астеною (26,6%), 5 жінок з хронічними запальними захворюваннями травного тракту (16,6%), пролапс мітрального клапану було виявлено у 5 жінок, 4 жінки з дифузним зобом I–II ст. (13,3%), варикозне розширення вен нижніх кінцівок відмічено у 3 жінок (10%), хронічні запальні захворювання сечовидільних шляхів у 4 жінок (13,3%), хронічний бронхіт в 2 випадках (6,6%), гіпертонічна хвороба I ст, стеноз легеневої артерії, бронхіальна астма, стан після радикальної тиреоїдектомії по 1 випадку (3,3%).

У групі з самовільними багатоплідними вагітностями було виявлено наступне: нейроциркуляторна астенія у 9 жінок (36%), варикозне розширення вен нижніх кінцівок у 4 жінок (16%), хронічний бронхіт, міопія середнього ступеню важкості, пролапс мітрального клапану по 2 випадки (8%), дифузний зоб I ступеню, хронічні запальні захворювання травного тракту, епілепсія без зміни особистості по 1-му випадку (4%).

У результаті аналізу перебігу вагітності та пологів у жінок з багатоплідною вагітністю були виявлені наступні особливості: Загроза переривання вагітності була виявлена у 14 жінок в I групі (46,6%) та у 10 жінок у II групі (40%), загроза передчасних пологів мала місце у 10 жінок (33,3%) та у 13 (52%) відповідно.

Перебіг вагітності був обтяжений анемією у 14 жінок з багатоплідною вагітністю, після застосування допоміжних репродуктивних технологій (46,6%), в групі з самовільною багатоплідною вагітністю у 12 жінок (48%). Інфекція сечовидільних шляхів мала місце у 2 жінок в I групі та у 5 жінок в II групі. Вагітність обтяжена прееклампсією різного ступеню важкості відмічена у 7 жінок в I групі та у 2 жінок в II групі. Пологи передчасні (до 37 тиж) відбулись в I групі у 10 жінок (33,3%), в II групі у 9 жінок (36%). Вчасно відбулись пологи в I групі у 20 жінок (66,6%), в II групі 16 пологів (64%). За розташуванням передлежачої частини плода суттєвих відмінностей не було. Передчасне злиття навколоплідних вод було виявлено в групі жінок з вагітністю після допоміжних репродуктивних технологій у 12 жінок (40%), у жінок з самовільною вагітністю у 16 жінок (64%). Пологи в I групі відбулись через природі пологові шляхи у 1 випадку (3,3%), шляхом операції кесарського розтину 29 випадків (96,6%). Кесарів розтин плановий в 19 випадках (65,5%), ургентний в 11 випадках (37,93%). Пологи в II групі відбулись через природні пологові шляхи у 12 жінок (48%), а шляхом операції кесарського розтину 13 випадків (52%). Кесарський розтин плановий в 6 випадках (46,1%), ургентний в 7 випадках (53,8%). Загальна крововтрата при пологах через природні пологові шляхи в I групі (1 пологи – 250,0 мл), в II групі цей показник склав $304 \pm 169,8$ мл, при операції кесарського розтину в I групі $753 \pm 87,7$ мл, в II групі $679,03 \pm 149,75$ мл. Проміжок часу між народженням I та II плода в II групі склав $13,5 \pm 10,19$.

Перинатальні наслідки

За зросто-ваговими показниками 1-го плода суттєвих відмінностей не було відмічено. Маса 1 плода з I групи $2651,33 \pm 458,32$ г, маса I плода з II групи $2691 \pm 645,89$ г. Середній зріст 1 плода з I групи склав $48,08 \pm 2,9$ см, середній зріст 1 плода з II групи склав $48,1 \pm 3,74$ см. В оцінці новонароджених за шкалою Апгар на

1й та 5й хвилини також не було суттєвих відмінностей. 1-й новонароджений з двійни був виписаний в середньому на 7,23±2,31 добу в I групі та 6,2±2,85 добу в II групі. В групі новонароджених після допоміжних репродуктивних технологій на II етап лікування було переведено 5 дітей (20%), в групі з самовільної багатоплідної вагітності 2 дітей (8%).

За зросто-ваговими показниками 2-го плода також суттєвих відмінностей не було. Маса 2-го плода в середньому в I групі склала 2626,33±561 г, в II групі 2583,2±431,06 г. Зріст 2 плода в I групі склав 47,36±3,59 см, в II групі 47,64±2,64 см. 2-й новонароджений був оцінений за шкалою Апгар в I групі на 1-й та 5-й хвилинах у 6,43±1,27 бали та 7,066±1,20 бали, в II групі 6,76±1,33 бали та 7,2±1,2 бали відповідно. Виписка новонароджених в I групі була в середньому на 7,36±2,10 добу, в II групі на 6,2±2,85 добу. На II етап лікування було переведено по 4 дитини з кожної групи, що склало 13,3% та 16% відповідно.

Неонатальні ускладнення були відмічені в групі після допоміжних репродуктивних технологій у 26 дітей (43,3%), в той час як у групі з самовільної багатоплідної вагітності у 8 дітей (16%).

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного дослідження звернули на себе увагу наступні особливості розвитку вагітності, пологів та перинатальні наслідки багатоплідних гестацій, що наступили внаслідок застосування допоміжних репродуктивних технологій: середній вік жінок перевищував на 4,5 року вік жінок з самовільною багатоплідною вагітністю. Середнє перебування ліжка/днів майже на 7 днів більше в I групі, ніж у II. Також заслуговує на увагу дані акушерсько-гінекологічного анамнезу, а саме операції на придатках матки у 36,6% жінок I групи, операції на матці у 16,6% жінок, та запальні захворювання органів малого тазу, що мали місце у 50% обстежених жінок з групи після застосування допоміжних репродуктивних технологій. З цих показників впливає і показник неплідності подружніх пар, майже 8,2 року в основній групі.

Обтяжений самотичний анамнез був відзначений у 83,3% жінок основної групи, в той час, як в контрольній групі цей показник склав 72%.

Майже половина вагітностей в обох групах була обтяжена загрозою переривання вагітності в різних термінах вагітності та анемією різних ступенів важкості. У 23,3% жінок була прееклампсія різного ступеню важкості під час вагітності та пологів.

Особливої уваги заслуговує показник, що відображає шлях розродження вагітних різних груп. В основній групі 96,6% пологів були закінчені операцією кесарського розтину, в той час як в контрольній групі цей показник склав 52%.

За масо-зростовими показниками та оцінкою новонароджених за шкалою Апгар особливих відмінностей не було відмічено. Але неонатальні ускладнення в групі після застосування допоміжних репродуктивних технологій були відмічені у 43,3% новонароджених, в той час як в контрольній групі у 16% дітей. В структурі неонатальних ускладнень I група переважала в кілька разів майже кожний досліджуваний показник неонатальних ускладнень. На II етап лікування було переведено 20% дітей з I групи та 8% дітей з II групи. Виписка новонароджених була на в середньому на 1,5 доби пізніше в групі новонароджених після застосування допоміжних репродуктивних технологій.

В кожній з групи було виявлено по одному новонародженому з вродженими вадами розвитку.

Неприсосованість репродуктивної системи жіночого організму до виношування більше ніж одного плода, наявність екстрагенітальної патології, обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез, що зумовив патологічні зміни в внутрішніх статевих органах (операції на придатках матки, матці, запальні захворювання органів малого тазу) знайшло своє відображення на розвитку даних гестацій, пологах та перинатальних наслідках.

Наявність таких ускладнень перебігу вагітності як: загроза переривання вагітності в різні терміни, прееклампсія різних ступенів важкості, плацентарна недостатність з порушенням кровообігу в системі мати-плацента-плоди, а також народження мало-вагових дітей з низькою оцінкою при народженні за шкалою Апгар, переклад на II етап лікування та неонатологічні ускладнення відображають перебіг таких гестацій.

Отримані дані свідчать про необхідність більш раннього застосування допоміжних репродуктивних технологій при неплідності. Адже в досліджуваній групі цей показник склав 8,2 року неплідності, лікованої чи ні, але ці роки безповоротно втрачені для подружньої пари. Звертає також на себе увагу кількість оперативного розродження (шляхом операції кесарського розтину) у майже всіх жінок I групи, причому рівень неонатальних ускладнень значно переважає контрольну групу. Підготовка подружніх пар до застосування допоміжних репродуктивних технологій, ретельне обстеження та корегування гінекологічної та екстрагенітальної патології, розробка та практичне застосування рекомендації по веденню багатоплідних гестацій та вибору оптимального методу розродження та співдружній роботі центрів репродуктивної медицини з лікувальними установами з надання акушерської допомоги є резервом для зниження рівня ускладнень вагітності та пологів, а також неонатологічних ускладнень у жінок з багатоплідною вагітністю.

Тактика ведення многоплодной беременности без использования семейно-ориентированных технологий Т.А. Шинкарук

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

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

Conducting tactics multiple pregnancy (twins) without use of the family-focused technologies

T.A. Shinkaruk

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

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

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ткаченко А.В. Перебіг та наслідки багатоплідних гестацій у порівняльному аспекті / А.В. Ткаченко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2005. – № 3. – С. 89–95.
2. Вдовиченко Ю.П. Клініко-статистичні риси багатопліддя на сучасному етапі / Ю.П. Вдовиченко, А.В. Ткаченко // Вісник наукових досліджень. – 2012. – № 2. – С. 11–13.
3. Вдовиченко Ю.П. Сучасне відношення до проблем багатоплідної вагітності / Ю.П. Вдовиченко, А.В. Ткаченко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2010. – № 3. – С. 114–119.
4. Романенко Т.Г., Завадська О.Ю. Особливості течення вагітності і родов при багатоплідній вагітності / Т.Г. Романенко, О.Ю. Завадська // Репродуктивне здоров'я жінки. – 2009. – № 1. – С. 67–69.
5. Мозкова О.М. Комплексне обстеження перебігу вагітності у жінок після екстракорпорального запліднення / О.М. Мозкова // Вісник наукових досліджень. – 2009. – № 4. – С. 101–102.
6. Корсак В.С. Алгоритм ведення і исходи вагітностей, наступивших в результаті допоміжних репродуктивних технологій / В.С. Корсак, Ю.Л. Громько, Э.В. Исакова // Проблеми репродуктології. – 2009. – № 3. – С. 40–42.
7. Вдовиченко Ю.П. Порівняльні аспекти клінічного перебігу I та II триместрів вагітності у пацієнток після допоміжних репродуктивних технологій / Ю.П. Вдовиченко, А.М. Шлемкевич // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2010. – № 3. – С. 96–97.

УДК 618.145-007.415-06:616.71-009.7

Дисфункция яичников и изменения иммунного статуса при наружном генитальном эндометриозе

Абугали Алаа

Национальная медицинская академия последипломного образования имени

П.Л. Шупика, г. Киев

Изучены особенности гормонального и иммунного статуса у пациенток с наружным генитальным эндометриозом и гормональной недостаточностью яичников. Установлены новые аспекты патогенеза данной патологии и усовершенствованы методы коррекции дисгормональных нарушений после оперативного лечения. Полученные результаты могут найти широкое применение в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: *эндометриоз, яичники, гормональный статус.*

Эндометриоз является одним из распространенных заболеваний женщин репродуктивного возраста [1–14]. Частота этого заболевания, по различным данным, варьирует в достаточно широких пределах – от 7% до 50% [1, 3, 7]. Увеличение частоты встречаемости эндометриоза связано, с одной стороны, с возросшими диагностическими возможностями, и, с другой стороны – с ухудшением экологической обстановки, приводящим к повреждению эндокринной, иммунной и антиоксидантной систем [1, 10].

Сведения о сочетании эндометриоза и бесплодия противоречивы. Частота нарушений репродуктивной функции при генитальном эндометриозе колеблется от 30% до 40% [3, 6]. Принято считать, что одной из основных причин бесплодия при этом заболевании является гормональная недостаточность яичников, проявляющаяся ановуляцией или недостаточностью лютеиновой фазы менструального цикла [11]. При этом, одни авторы [6, 7] считают гормональную недостаточность яичников благоприятным фоном для развития эндометриоза, тогда как другие [9, 10] связывают овариальную недостаточность с патологическим влиянием эндометриоза на разные звенья стероидогенеза в яичниках. Вместе с тем, имеются данные [1, 3, 13] о том, что у большинства женщин с эндометриозом имеется неизменный двухфазный менструальный цикл.

К настоящему времени недостаточно изучена взаимосвязь между гормональной недостаточностью яичников и иммунной системой. Известно, что некоторые компоненты иммунной системы (интерферон-гамма, интрелейкин-2, фактора некроза опухолей и др.) вовлечены в процесс атрезии фолликула и регрессии желтого тела [12]. Имеются данные [13, 14], что интерферон-гамма наряду с другими цитокинами тормозит синтез эстрадиола и прогестерона яичниками и снижает их чув-

ствительность к гонадотропной стимуляции. В меньшей степени изучено влияние половых стероидных гормонов на иммунную систему. Так, по данным одних авторов [4, 5], эстрогены подавляют цитотоксическую активность естественных киллеров (НК-клеток). Другие авторы [1, 3] обнаружили стимулирующее действие эстрадиола на рост и активность НК-клеток, а по другим данным [9, 10] прогестерон понижает активность НК-клеток и тормозит синтез интерферонов.

Следовательно, сведения о влиянии половых стероидных гормонов на компоненты иммунной системы, участвующие в процессах пролиферации, недостаточны и противоречивы. Изучение взаимных влияний эндокринной и иммунной систем в патогенезе эндометриоза является важной и актуальной научной задачей и определяет цель настоящего исследования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели было обследовано 271 женщина с жалобами на нарушения менструального цикла и/или бесплодие (из них 200 больных с наружным генитальным эндометриозом (НГЭ); 51 больная с нормогонадотропной недостаточностью яичников без эндометриоза и 20 больных с гипергонадотропной овариальной недостаточностью).

Возраст больных варьировал от 18 до 42 лет и в среднем составил $29,1 \pm 0,4$ года. Жалобы на бесплодие предъявляли 181 (91,0%) женщина, страдающая НГЭ, из них первичное бесплодие имело место у 102 (56,4%); вторичное – у 79 (43,6%) женщин. Длительность первичного бесплодия в среднем составила $6,4 \pm 0,4$ года, вторичного – $4,8 \pm 0,4$ года. У 13 (7,2%) больных в анамнезе было невынашивание беременности, у 49 (27,1%) были искусственные аборт и у 7 (3,9%) – внематочная беременность.

Жалобы на обильные и болезненные менструации предъявляли 62 (31,5%) и 81 (40,7%) больная соответственно. Возраст менархе варьировал от 10 до 13 лет и в среднем составил $13,1 \pm 0,1$ года и достоверно ($p < 0,01$) превышал этот показатель у здоровых женщин ($12,3 \pm 0,2$ года). Хронические воспалительные заболевания придатков матки в анамнезе имели место у 103 (51,8%) женщин; полостным операциям по поводу гинекологических заболеваний была подвергнута 41 (20,6%) больная, причем резекция яичников была у 23 (11,6%) пациенток. Частые простудные заболевания в анамнезе отмечены у 133 (66,8%) обследованных; заболеваниями желудочно-кишечного тракта страдали 20 (10,1%) и аутоиммунные заболевания имели место у 26 (13,1%) больных.

В группу сравнения вошла 51 женщин с нормогонадотропной нормопрولاктинемической недостаточностью яичников без НГЭ, проявляющейся у 21 больной ановуляцией и у 30 – недостаточностью лютеиновой фазы цикла. Все больные из группы сравнения предъявляли жалобы на бесплодие в течение $5,2 \pm 0,5$ года. Все 20 женщин с первично-овариальной недостаточностью предъявляли жалобы на вторичную аменорею длительностью более 1 года и бесплодие. В контрольную группу вошли 28 здоровых женщин репродуктивного возраста с регулярным менструальным циклом и сохраненной фертильностью.

Наряду с общепринятыми клиническими, гинекологическими, лабораторными (оценка эндокринологического и интерфероновом статусе, функциональная активность НК-клеток) и эхографическими методами обследования по

показаниям проводилось исследование глазного дна и полей зрения, обзорная рентгенография черепа, прицельная – турецкого седла, а также компьютерная томография гипофиза. Ни у одной больной не было выявлено рентгенологических или офтальмологических признаков объемного процесса гипоталамо-гипофизарной области.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что наружный генитальный эндометриоз у 84,5% больных сочетается с нормогонадотропной недостаточностью яичников, проявляющейся ановуляцией (30,8%) или недостаточностью лютеиновой фазы цикла (69,2%). В крови женщин с ановуляцией и недостаточностью лютеиновой фазы при наружном генитальном эндометриозе определяется более высокое содержание эстрадиола, чем у больных с овариальной недостаточностью, не связанной с эндометриозом. При этом имеет место прямая корреляционная зависимость между уровнем эстрадиола в крови и степенью тяжести заболевания, которая отрицательно коррелирует с уровнем прогестерона в крови во вторую фазу менструального цикла.

В периферической крови и перитонеальной жидкости больных наружным генитальным эндометриозом, сочетающимся с овариальной недостаточностью, определяются сниженные показатели цитотоксической активности НК-клеток и интерфероновом статусе по сравнению с этими показателями у больных с нормогонадотропной нормопрولاктинемической недостаточностью, не связанной с наружным генитальным эндометриозом. Способность лейкоцитов периферической крови продуцировать различные виды интерферона (альфа, бета и гамма) и цитотоксическая активность НК-клеток у больных с эндометриозом зависит от степени тяжести заболевания и типа гормональной недостаточности яичников. При этом имеет место достоверная положительная корреляция между уровнем прогестерона и активностью НК-клеток в периферической крови и в перитонеальной жидкости и обратная зависимость между уровнем эстрадиола и способностью лейкоцитов к продукции гамма-интерферона. В крови больных с гипергонадотропной недостаточностью яичников определяется повышенная цитотоксическая активность НК-клеток.

Заместительная гормональная терапия половыми стероидными гормонами оказывает влияние на показатели интерфероновом статусе и активность НК-клеток у больных с первично-овариальной недостаточностью: эстрогены способствуют снижению токсической активности НК-клеток и продукции лейкоцитами интерферонов, прогестерон стимулирует активность НК-клеток и продукцию лейкоцитами всех видов интерферона.

Восстановление полноценного овуляторного цикла у больных с наружным генитальным эндометриозом после удаления эндометриодных гетеротопий зависит от типа овариальной недостаточности. У 62,2% больных с данной патологией в сочетании с недостаточностью лютеиновой фазы и у 34,6% больных с ановуляцией удаление эндометриодных гетеротопий приводит к восстановлению овуляторной функции яичников.

Выводы

Таким образом, патогенез наружного генитального эндометриоза связан с особенностями стероидогенеза в яичниках и зависит от активности антипролиферативных факторов иммунной системы. Установленные в нашем исследовании связи между уровнем половых стероидных гормонов и антипролиферативными компонентами иммунной системы (интерфероновый статус, индекс цитотоксической активности НЛ-клеток) свидетельствуют о взаимном влиянии эндокринной и иммунной систем. Снижение способности естественных киллеров элиминировать эктопический эндометрий в брюшную полость, вероятно, связано с патологическим влиянием эстрогенов и является важным моментом в развитии наружного генитального эндометриоза. Вместе с тем, наличие в брюшной полости эктопического эндометрия, как хронического антигенного стимулятора, способно приводить к истощению резервных возможностей иммунной системы. Наружный генитальный эндометриоз способен вызывать овариальную недостаточность, влияя как на процесс созревания доминантного фолликула, так и на процесс овуляции.

Дисфункція яєчників і зміни імунного статусу при зовнішньому генітальному ендометріозі Абугалі Алаа

Вивчено особливості гормонального і імунного статусу у пацієнок із зовнішнім генітальним ендометріозом і гормональною недостатністю яєчників. Встановлено нові аспекти патогенезу даної патології і вдосконалені методи корекції дисгормональних порушень після оперативного лікування. Отримані результати можуть знайти широке вживання в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: ендометріоз, яєчники, гормональний статус.

Dysfunction of ovaries and changes immune status at external genital endometriosis Abugali Alaa

Features of the hormonal and immune status at patients with external genital an endometriosis and hormonal insufficiency ovaries are investigated. New aspects патогенеза the given pathology are established and methods of correction dysgormonal infringements after operative treatment are advanced. The received results can find wide application in practical public health services.

Key words: an endometriosis, ovaries, the hormonal status.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРЫ

1. Адамян Л.В. Современные подходы к лечению эндометриоза / Л.В. Адамян, М.В. Бобкова // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 3. – С. 10–14.
2. Адамян Л.В. Эндометриозы. / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков. – М.: Медицина, 2013. – 317 с.
3. Аншина М.Б. История и эволюция методов лечения бесплодия / М.Б. Аншина // Проблемы репродукции. – 2012. – № 1. – С. 9–14.
4. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. / В.П. Баскаков. – Изд. 2. –Л.: Медицина, 2009. – 240 с.
5. Баскаков П.М. Використання декапептилу-3,75 у комплексі реабілітаційних заходів після лапароскопічно-

го лікування ендометріозу / П.М. Баскаков, В.В. Літвінов, І.А. Хомуленко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1999. – № 5. – С. 120–121.

6. Бодяжина В.И. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей / В.И. Бодяжина, В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович. – М.: Медицина, 2007. – 544 с.

7. Волков Н.И. Сравнительная эффективность различных методов лечения бесплодия у пациенток с наружным генитальным эндометриозом / Н.И. Волков, Ж.В. Беспалова, П.А. Базанов // Журн. акуш. и женских болезней. – 2011. – Т. L, вып. III. – С. 25–27.

8. Гладчук І.З. Ендоскопія в діагностиці та лікуванні жіночої безплідності / І.З. Гладчук // Укр. часопис маліноінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2009. – Т. 3, № 1. – С. 29–31.

9. Давыдов А.И. Генитальный эндометриоз / Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2010. – С. 241–261.

10. Коханевич Е.В. Современные методы диагностики и лечения генитального эндометриоза / Е.В. Коханевич, С.В. Дудка, И.О. Судомо // Зб. наук. праць асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Фенікс, 2001. – С. 340–342.

11. Antoni J. Duleba Diagnosis of endometriosis / J. Antoni // Obstet. Gynecol. Clin. – 2008. – V. 24. – P. 331–332.

12. Audebert A.J.M. formes occultes et minimes de l'endometriose: strategie therapeutique / A.J.M. Audebert // Rev. Franc. Gynecol. Obstet. – 2010. – V. 85, № 2. – P. 79–84.

13. Badawy S.Z. Endometrial antibodies in serum and peritoneal fluid of infertility patients with and without endometriosis / S.Z. Badawy, V. Cuenca, H. Freliech // Fertil. Steril. – 2014. – V. 53. – P. 930–932.

14. Barbieri R.L. Etiology and epidemiology of endometriosis / R.L. Barbieri // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2012. – V. 162, № 2. – P. 565–567.

УДК 618.1-022.7:579.8:615.256.3:615.357]-06-035

Вплив мікробіоценозу статевих шляхів на вибір варіанту гормональної контрацепції

Н.В. Адамчук

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

Результати проведених досліджень свідчать, що мікродозовані гормональні контрацептиви незалежно від способу їхнього введення формують сприятливі умови для розмноження лактобацил у вагінальній екосистемі, надаючи через них опосередковану імуномодулювальну 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.

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

В даний час частота артифіційних абортів в Україні залишається однією з найбільш високих серед країн Європейського співтовариства [1–5]. В умовах, що склалися, необхідність запобігання небажаної 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. Якнайповніше відносно ефективності відповідає гормональна контрацепція, яку в світі використовують 16–48% жінок дітородного віку, в Україні до 7–10% [2, 3].

Одним з об'єктивних і чутливих тестів для визначення безпеки контрацептивних гормональних препаратів, на думку деяких учених [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 та імунною системами, що взаємодіють як єдине ціле. Порушення в одній із вказаних ланок незмінно призводить до певних зрушень в екологічній ніші піхви з подальшим розвитком дисбіотичних станів [1, 3].

До чинників, здатних 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 внутрішньоматкових засобів досить широко висвітлені у вітчизняній і світовій літературі та їх етіологічна роль загальноновизнана [1–5]. Вплив гормональної

контрацепції у виникненні дисбіотичних станів залишається питанням дискусійним, хоча є дослідження, що підтверджують дію гормональних протизапідних засобів на вагінальний мікробіоценоз і стан місцевого імунітету [2, 4].

Останнім часом 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, що незрідка 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 вирішення даної наукової задачі не викликає сумнівів. Проте ширшому 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 їхнього 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 з розробленим протоколом 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 та хімічні вагінальні контрацептиви.

Залежно від обраного типу гормональної контрацепції жінок розподілено на дві рівні за чисельністю групи. До основної групи (I) увійшли 50 жінок, що віддали перевагу інтравагінальній контрацепції, у групу порівняння (II) – 50 жінок, що віддали перевагу таблетованій формі контрацепції.

З великого арсеналу гормональних засобів контрацепції нами відібрані близькі по якості і кількісному складу гормональні препарати, що відносяться до групи мікродозованих комбінованих монофазних контрацептивів, але що відрізняються шляхом їх введення в організм. Принцип контрацептивної дії гормональних засобів, як відомо, заснований на пригніченні гонадотропної функції гіпофіза, знижуючи виділення гонадотропінів, 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 – гладке, гнучке прозоре, безбарвне кільце з еватана діаметром 54 мм, завтовшки в перетині – 4 мм. Курсова

концентрація етінілестрадіолу дорівнює 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 гестагену. Етінілестрадіол, вивільняючись з кільця, швидко всмоктується через слизову оболонку піхви в системний кровотік, минувши первинну інактивацію в печінці. Максимальна концентрація естрогену в кровотоці (35 пг/мл) настає на третій день після введення кільця в піхві і зменшується до 18 пг/мл після його видалення. При проходженні через печінку етінілестрадіол піддається ароматичному гідроксилюванню з утворенням будь-яких 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 дня. Максимальна концентрація етоногестрелу в системному кровотоку (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 тиждень знаходиться в піхві, 1 тиждень – перерва.

Для пероральної гормональної контрацепції використовували препарат, одна пігулка якого містить 20 мкг етінілестрадіолу і 150 мкг дезогестрелу. Після вживання пігулки компоненти препарату швидко і майже повністю абсорбуються в травному 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 з сечею і жовчю.

Комплексне обстеження, що включало вивчення стану гормонального гомеостазу, УЗД органів малого тазу, а також вивчення вагінальної мікрофлори і локального імунного статусу, проводили в 2 етапи – до прийому контрацептивів (вивчення вихідного стану) і після закінчення тримісячного терміну їхнього використання. Двофазний менструальний цикл, зумовлений 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 147,0±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%; $p<0,05$).

Вживання інтравагінального контрацептиву сприяє зменшенню частоти трикомпонентних асоціацій коків: *Peptostreptococcus* spp. + *Staphylococcus* spp. + *Streptococcus* spp. з 66,7±8,8% до 46,7±5,1% і збільшенню 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 пограничним станом вагінальної екосистеми.

Запропонований і впроваджений в практику лікувальних установ науково-обґрунтований алгоритм диференційованого підходу до призначення мікродозованих контрацептивів з урахуванням вихідного стану біоценозу вагінального середовища дозволяє скоротити частоту зростання *Clostridium* spp. у 3,7 разу, *Enterobacteriaceae* – в 3 рази, вібріони роду *Mobiluncus* – в 2,3 разу, *Bacteroides* spp. – в 1,5 разу, а також попередити розвиток кандидозу піхви в 78,4±3,4% випадків.

Для практичної охорони здоров'я ми можемо рекомендувати наступні моменти:

- призначення гормональних мікродозованих контрацептивів рекомендується після попередньої мікроскопічної, а при необхідності та мікробіологічного оцінювання вихідного стану вагінального мікробіоценозу;
- вживання гормональних мікродозованих контрацептивів недоцільне за наявності у вагінальному біотопі дріжджоподібних грибів роду *Candida* зважаючи на ризик розвитку вульвовагінального кандидозу. Їхнє вживання можливе після проведення адекватної медикаментозної корекції;
- у випадках підвищеної вегетації у вагінальному біотопі кокової або анаеробної палочкоподібної 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 молодим жінкам.

ВИСНОВКИ

Таким чином, мікродозовані гормональні контрацептиви незалежно від спосо-

бу їхнього введення формують сприятливі умови для розмноження лактобацил у вагінальній екосистемі, надаючи через них опосередковану імуномодулюючу дію на чинники місцевого імунітету, в першу чергу підвищуючи активність його гуморальної ланки, що є додатковим чинником стабільності вагінальної екосистеми. Отримані результати дозволяють рекомендувати інтравагінальні і пероральні контрацептиви для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Влияние микробиоценоза половых путей на выбор варианта гормональной контрацепции
Н.В. Адамчук

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

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

Influence microbiocenose sexual ways on choice of variant of hormonal contraception
N. V. Adamchuk

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

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

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кузьмин А.А. Гормональные контрацептивы нового поколения / А.А. Кузьмин // Контрацепция и здоровье женщины. – 2012. – № 1. – С. 2–10.
2. Лебедева О.П. Особенности местной иммунореактивности на фоне гормональной контрацепции / О.П. Лебедева // Наука та інновації 17–31 октября 2005 г. – Т. 6. – Днепропетровск, 2006. – С. 29–32.
3. Набережнев Ю.И. Микробиологические аспекты использования интравагинальной гормональной контрацепции / Ю.И. Набережнев // Вестник РГМУ. – 2013. – Т. 55, № 2. – С. 355–356.
4. Орлова В.С. Микробиоценоз влагалища при использовании интравагинальной гормональной контрацепции / В.С. Орлова // Сборник научно-практических работ I Межрегиональной конференции «Современные технологии в перинатологии». – Белгород, 2011. – С. 297–302.
5. Орлова В.С. Нормоценоз влагалища у женщин репродуктивного возраста, механизмы его регуляции и дисбиотические варианты / В.С. Орлова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2013. – Т. 7, № 4. – С. 36–39.

УДК 618.39-053.7-06:618.1-022.7-084-085.281-282:579.8

Профилактика послеабортных осложнений у девочек-подростков с использованием коррекции микробиоценоза половых путей

С.Н. Бакшеев

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

Как показали результаты проведенных исследований, к основным факторам инфекционного риска послеабортных осложнений у девочек-подростков необходимо отнести перенесенные ранее воспалительные процессы половых органов (58,0%) и хроническую патологию почек и мочевыводящих путей (24,0%). Включение в комплекс лечебно-профилактических мероприятий препарата Полижинакс позволяет предупредить развитие инфекционных осложнений и провести коррекцию состояния микробиоценоза половых путей. Обязательным дополнительным компонентом является консультация медицинского психолога и при необходимости соответствующая коррекция.

Ключевые слова: *артифициальный аборт, воспалительные осложнения, девочки-подростки, профилактика.*

Репродуктивная функция женского организма является наиболее важным интегральным показателем здоровья женщины, благосостояния страны и индикатором потенциальных возможностей общества, что определяет приоритетное направление государственной политики [1, 2]. В настоящее время продолжают нарастать негативные явления в состоянии репродуктивного здоровья, обусловленные социально-экономической и политической нестабильностью, ухудшением санитарно-гигиенической и эпидемиологической обстановки, процессами урбанизации и миграции населения. В последние годы отмечено увеличение числа девочек-подростков, прерывающих непланируемую беременность путем искусственных абортов [3–5]. Несмотря на широкое внедрение различных современных методов контрацепции, частота искусственных абортов остается достаточно высокой, а развивающиеся послеабортные воспалительные осложнения являются одной из основных причин нарушений репродуктивной функции [2].

В данном аспекте особого внимания заслуживают лечебно-профилактические методики с использованием современных лекарственных препаратов, позволяющие проводить эффективную коррекцию нарушений микробиоценоза половых путей, в том числе и у девочек-подростков.

Цель исследования: разработка комплекса лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий для снижения числа послеабортных осложнений у девочек-подростков.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели было проведено комплексное клинико-лабораторное и социальное обследование 100 девочек-подростков, живущих половой жизнью, которые были разделены на две группы: 50 девочек-подростков, которые прерывали беременность путем искусственных абортов (основная группа) и 50 девочек-подростков, использующих различные виды контрацепции.

В комплекс предлагаемых лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий у женщин основной группы были включены антибактериальные препараты, коррекция микробиоценоза половых путей и психотерапевтическое воздействие. Особое место в описанном выше комплексе было отведено местному использованию препарата Полижинакс, который назначали в преабортный период (3–4 сут), а также после прерывания беременности (первые 3–4 сут). При появлении клинической симптоматики нарушения микробиоценоза половых путей использование препарата продолжали в отдаленном периоде после аборта (курсом 5–7 дней).

В связи с возрастающей резистентностью к антибиотикам деконтаминацию влагалища проводили препаратом Полижинакс, который по своей эффективности почти ничем не отличается от других аналогичных препаратов этой группы. Одним из преимуществ его применения является комплексный состав, низкий уровень различных побочных эффектов и экономическая доступность. В состав препарата входят: неомицин (аминогликозидный антибиотик широкого спектра действия, который активен по отношению ряда грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов); полимиксин В (антибиотик полипептидной природы, который активен не только по отношению к грамотрицательным бактериям, но и *Ureaplasma urealyticum*); нистатин (противогрибковый препарат, обладающий фунгицидным и фунгистатическим действием); гель диметилполисилоксана (обладает обволакивающим действием и оказывает противозудное действие, улучшает трофические процессы в слизистой оболочке влагалища и способствует проникновению активных компонентов препарата в складки слизистой оболочки влагалища).

В комплекс проведенного обследования были включены клинические, лабораторные, микробиологические и психосоциальные методы исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Среди обследованных 50 девочек-подростков основной группы учащиеся средней школы составляли 74,0%, а учащиеся техникумов и институтов – 26,0% соответственно. Большинство девочек-подростков контрольной группы были учащиеся средней школы (86,0%); а остальные 14,0% – учащимися техникумов и институтов.

Среди основных факторов инфекционного риска у девочек-подростков основной группы имели место воспалительные процессы гениталий (58,0%) и хроническая патология почек и мочевыводящих путей (24,0%). Кроме того, необходимо отметить патологические изменения шейки матки у 16,0% пациенток, а также наличие сопутствующей тиреоидной (18,0%) и сердечно-сосудистой патологии (16,0%).

Беременность была прервана в среднем в сроке $8,5 \pm 0,5$ нед методом вакуум-эксхуклеации (48,0%) и кюретажа полости матки (52,0%) под внутривенным наркозом.

Большое внимание уделяли изучению эмоциональной сферы девочек-подростков в связи с прерыванием беременности. Перед абортom пациентки ощущали различные чувства: жалость по отношению к себе – в 40,0%; опустошенность – в 36,0%; равнодушие – в 18,0%; самоуничтожение – в 10,0% и «сердечную» боль – в 6,0% наблюдений. Настрой девочек-подростков изменялся сразу после аборта. В первые сутки чувство вины ощущали 44,0%; униженности – 34,0%; облегчения – 20,0% и равнодушие – 14,0% соответственно. Оцепенение, аутизм, крах надежд, отчужденность, страх наказания в будущем – все это, что испытал на себе тяжесть аборта, остаются навсегда в своей будущей жизни.

Психоземциональное состояние девочек-подростков, которые прервали беременность, характеризуется высоким уровнем реактивной тревожности, обоснованной в тесте Спилберга-Ханина. Характерологические особенности пациенток, выявленные в тесте стандартизированного многофакторного исследования личности на основе значительного увеличения Т-баллов на соответствующих шкалах, состоят в нестойкости психоэмоциональных реакций при высокой ригидности и мужественности характера, что приводит к неадекватному поведению, особенно на фоне и после аборта.

Данные, полученные при изучении особенностей микробиоценоза девочек-подростков с факторами инфекционного риска до и после прерывания беременности свидетельствуют о достоверном снижении числа лакто- и бифидобактерий, молочных стрептококков на фоне одновременного увеличения числа штаммов стафилококков и появлении микоплазм, хламидий и грибов рода *Candida*. Эти данные свидетельствуют о необходимости коррекции микробиоценоза половых путей как до, так и после прерывания беременности по предлагаемой нами схеме.

Профилактическое использование препарата Полижинакс в виде вагинальных свечей позволило предупредить развитие тяжелых инфекционных осложнений после прерывания беременности. Только в 2 случаях (4,0%) имели место послеабортные эндометриты, что потребовало усиления антибиотикотерапии и дополнительного местного использования антисептических средств.

Подтверждением эффективности предлагаемой лечебно-профилактической методики являются результаты дополнительных клинических и микробиологических исследований.

ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, к основным факторам инфекционного риска послеабортных осложнений у девочек-подростков необходимо отнести перенесенные ранее воспалительные процессы гениталий (58,0%) и хроническую патологию почек и мочевыводящих путей (24,0%). Включение в комплекс лечебно-профилактических мероприятий препарата полижинакс позволяет предупредить развитие инфекционных осложнений и провести коррекцию состояния микробиоценоза половых путей. Обязательным дополнительным компонентом является консультация медицинского психолога и при необходимости соответствующая коррекция.

Профілактика післяабортних ускладнень у дівчаток-підлітків з використанням корекції мікробіоценозу статевих шляхів

С.М. Бакшеєв

Як показали результати проведених досліджень, до основних чинників інфекційного ризику післяабортних ускладнень у дівчаток-підлітків необхідно віднести перенесені раніше запальні процеси статевих органів (58,0%) і хронічну патологію нирок і сечовивідних шляхів (24,0%). Включення в комплекс лікувально-профілактичних заходів препарату Поліжинакс дозволяє попередити розвиток інфекційних ускладнень і провести корекцію стану мікробіоценозу статевих шляхів. Обов'язковим додатковим компонентом є консультація медичного психолога і при необхідності відповідна корекція.

Ключові слова: *артифіційний аборт, запальні ускладнення, дівчатка-підлітки, профілактика.*

Preventive maintenance postabortum inflammatory complications at girls - teenagers with correction of microbiozenose sexual ways

S.N. Baksheev

As have shown results of the lead researches, postabortum complications at women of reproductive age it is necessary to attribute the inflammatory processes of genitals transferred earlier (58,0%) to major factors of infectious risk and a chronic pathology of kidneys and urine ways (24,0%). Inclusion in a complex of treatment-and-prophylactic actions of a preparation polyzinax allows to warn development of infectious complications and to lead correction of a condition microbiozenose sexual ways. An obligatory additional component is consultation of the medical psychologist and if necessary corresponding correction.

Key words: *artificial abortion, inflammatory complications, girls-teenagers, preventive maintenance.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Акушерско-гинекологическая помощь: Руководство для врачей / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: МедПресс, 2010. – 506 с.
2. Баранов А.Н. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья женщин / А.Н. Баранов, А.Л. Санникова, Р.В. Банникова. – Архангельск: Изд-во АГМА, 2007. – 177 с.
3. Богдашкин Н.Г. Клинико-микробиологические особенности гнойных воспалительных заболеваний придатков матки / Н.Г. Богдашкин // Эксперим. і клінічна медицина. – 2009. – № 2. – С. 146–148.
4. Бурлака О.В. Застосування антибіотиків для профілактики запальних ускладнень після гінекологічних операцій / О.В. Бурлака, В.В. Стеблюк, Т.Ф. Татарчук // Вісн. Асоц. акушерів-гінекологів України. – 1999. – № 2. – С. 33–36.
5. Колгушкина Т.Н. Актуальные вопросы гинекологии / Т.Н. Колгушкина. – Мн.: Выш. шк., 2010. – 331 с.

618.146-055.28-07-08

Тактика ведения многорожавших женщин с патологией шейки матки и нарушениями менструальной функции

Е.А. Бунятова

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют об эффективности усовершенствованных нами лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий, что подтверждается результатами не только клинических, но и дополнительных методов исследования. Методика является простой и общедоступной и может найти широкое применение в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: *патология шейки матки, многорожавшие женщины.*

В настоящее время патология шейки матки (ШМ) является одной из наиболее распространенных среди женщин репродуктивного возраста [1–5]. По данным ВОЗ ежегодно в мире диагностируют около 500 тыс. заболевших раком ШМ, а основным направлением в решении данной проблемы является профилактика и ранняя диагностика.

Среди различных групп высокого риска по развитию патологии ШМ в последнее время выделяют многорожавших женщин [4, 5]. Это обусловлено частой травматизацией ШМ при родоразрешении, высоким уровнем сопутствующей экстрагенитальной патологии, дисгормональными изменениями, нарушениями микробиоза половых путей и др. [1–3].

Несмотря на значительное число научных публикаций по проблеме патологии ШМ нельзя считать все вопросы данной проблемы полностью решенными. По нашему мнению, в первую очередь, это относится к особенностям патологии ШМ у многорожавших, особенно своевременной диагностики и тактики лечебно-профилактических мероприятий. Все это, безусловно, свидетельствует об актуальности избранного научного направления.

Цель исследования: повысить эффективность лечения патологических изменений ШМ у многорожавших женщин на основе изучения у них клинико-кольпоскопических, микробиологических, цитологических и морфологических особенностей, а также усовершенствования комплекса лечебно-профилактических и прогностических мероприятий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено комплексное обследование 100 многорожавших (3 и более родов) женщин, имевших акушерские травмы шейки матки (ШМ) при предыдущих ро-

дах, представленных двумя группами (1 группа – 50 и 2 группа – 50). При этом проведено лечение выявленной в отдаленном периоде патологии ШМ и изучены результаты лечения.

В качестве контрольной группы было обследовано 50 многорожавших женщин аналогичного возраста без патологии шейки матки.

Общепринятые лечебно-профилактические и реабилитационные мероприятия включали в себя следующие моменты:

1. Санация половых путей и ШМ:

- лечение протезойно-бактериальной инфекции с использованием антибактериальной терапии согласно общепринятым протоколам;
- коррекция иммунной системы растительными адаптогенами (настойка элеутерококка и китайского лимонника) и индукторами интерферона (циклоферон, неовир, протефлазид и лаферон);
- местная санация индукторами интерферона в виде свечей, аппликаций

2. Хирургическое лечение:

- диатермокоагуляция аппаратом «ЭН 57»;
- криохирургическое лечение аппаратом «Криотон-3» фирмы НПП «Медан» (Украина).

Предлагаемые нами лечебно-профилактические и реабилитационные мероприятия включали в себя следующие дополнительные моменты:

- комплексные фитопрепараты для системного использования на основе витекса, лопуха, клевера лугового, астрагала и перечной мяты;
- комплексные фитопрепараты для местного использования на основе календулы, подорожника, витекса и масла чайного дерева;
- использование направленной гормональной коррекции с учетом уровня эстрогенов: при высоком уровне эстрогенов – этинилэстрадиол 0,03 мг, а при наличии противопоказаний (экстрагенитальная патология) – 2 мг 17в эстрадиол и 10 мг дидгестерон.

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

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что ведущими причинами развития патологии шейки матки многорожавших женщин является материнский травматизм при родоразрешении: разрывы шейки матки 1 (60,0%) и 2 степени (40,0%); разрывы промежности 1 (28,0%) и 2 степени (30,0%); глубокие разрывы влагалища (34,0%), а также неблагоприятный преморбидный фон за счет высокой частоты исходной соматической (анемии различного генеза – 46,0%; патология желудочно-кишечного тракта – 34,0% и сердечно-сосудистые заболевания – 28,0%) и генитальной патологии (40,0%).

Основными вариантами патологии шейки матки у многорожавших женщин являются фоновые и предраковые заболеваний шейки матки (92,0%) с преобладанием эрозированного эктропиона (62,0%). Кроме того имеет место высокий уровень цервицитов различной этиологии (76,0%) на фоне наруше-

ний микробиоценоза половых путей (30,0%) и хронического сальпингоофорита в стадии ремиссии (20,0%).

Кольпоскопическая картина патологических изменений шейки матки у многорожавших женщин характеризуется преобладанием цервицита (76,0%) и эрозированного эктропиона (62,0%) по сравнению с нежной лейкоплакией (18,0%); рубцовой деформацией (6,0%) и наличием зоны атипичии трансформации (6,0%).

Результаты проведенных цитологических исследований свидетельствуют о явном преобладании клеток многослойного плоского и цилиндрического эпителия на фоне воспалительных процессов (76,0%) по сравнению с лейкоплакией шейки матки (18,0%); дисплазией легкой степени (4,0%) и отсутствием патологических изменений со стороны клеток многослойного плоского и цилиндрического эпителия (2,0%).

У многорожавших женщин с патологией шейки матки во влагалищном аспирате характерно наличие высокой частоты патогенной и условно-патогенной микрофлоры в виде различных ассоциаций (86,0%), а также достоверное снижение содержание мочевины и глюкозы при одновременном повышении уровня иммуноглобулина М.

Дисгормональные и дисметаболические нарушения у многорожавших женщин с патологией шейки матки характеризуются наличием достоверного снижения содержания эстрадиола, тироксина, сывороточного железа и меди при одновременном повышении уровня фолликулостимулирующего, лютеинизирующего гормонов, тестостерона, пролактина, тиреотропного гормона и холестерина.

Использование усовершенствованного алгоритма лечебно-профилактических и прогностических мероприятий у многорожавших женщин с патологией шейки матки позволяет снизить суммарную частоту рецидивирования с 42,0% при общепринятом алгоритме до 26,0% – при разработанном.

ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют об эффективности усовершенствованных нами лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий, что подтверждается результатами не только клинических, но и дополнительных методов исследования. Методика является простой и общедоступной и может найти широкое применение в практическом здравоохранении.

Тактика ведення жінок, які багато народжують, з патологією шийки матки і порушеннями менструальної функції

Е.А. Бунятова

Результати проведених досліджень свідчать про ефективність вдосконалених нами лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів, що підтверджується результатами не лише клінічних, але і додаткових методів дослідження. Методика є простою і загальнодоступною і може знайти широке вживання в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: патологія шийки матки, жінки, які багато народжують.

Tactics of conducting multigiving birth women with a pathology of cervix uterus and infringements menstrual functions

E.A. Bunjatova

Results of the spent researches testify to efficiency of the treatment-and-prophylactic us treatment-and-prophylactic and rehabilitation actions that proves to be true results not only clinical, but also additional methods of research. The technique is simple and popular and wide application in practical public health services can find.

Key words: a pathology of a cervix of the uterus, multigiving birth women.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРЫ

1. Коханевич Е.В. Актуальные вопросы акушерства и гинекологии / Е.В. Коханевич. – К.: «ТМК», 2001. – 152 с.
2. Кулаков В.И. Акушерский травматизм мягких тканей родовых путей / В.И. Кулаков, Е.А. Бугова – М., 2013. – 128 с.
3. Цвелев Ю.В. Травматизм у беременных / Ю.В. Цвелев, С.В. Дивин // Журнал акушерства и женских болезней. – 2010. – Вып. 1. – Т. XLIX. – С. 63–69.
4. Weerasekera D.S. A randomised prospective trial of the obstetric forceps versus vacuum extraction using defined criteria / D.S. Weerasekera, S. Premaratne // J Obstet Gynecol. – 2008. – Vol. 22, № 4. – P. 344–345.
5. Danford D. Morphology of the human cervix / D. Danford // Clin.Obstet.Gynecol. – 2009. – Vol. 26, № 1. – P. 7–13.

УДК 618.17-02:618.14-007.66

Актуальні аспекти діагностики аномалій матки і піхви до вагітності

В.І. Бойко, Ю.С. Воліна-Стахорна

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Результати проведених досліджень свідчать, що використання лише клінічних методів діагностики дозволяє встановити наявність природжених аномалій розвитку матки і піхви у 30,6% пацієнток. У 34,1% спостережень діагностика була сумнівною, а в 35,3% випадків діагноз аномалій розвитку матки і піхви не був встановлений. Отримані результати свідчать про необхідність удосконалення алгоритму діагностичних заходів з включенням сучасних методів діагностики – ехографія і ендоскопія.

Ключові слова: аномалії розвитку матки і піхви, діагностика.

Вроджені 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].

Не дивлячись на значне число сучасних діагностичних методик, первинним є клінічний огляд і ретельний збір анамнезу, що дозволяє своєчасно ставити питання про необхідність додаткових методів дослідження.

Мета дослідження: вивчення особливостей клінічної діагностики ВАР матки і піхви.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети було обстежено 91 дівчинку і дівчин у віці 10–18 років з ВАР матки і піхви (1-а група).

У дослідженні використана класифікація вад розвитку матки і піхви Л.В. Адамян і А.З. Хашукоєвої (2008).

Залежно від форми ВАР матки і піхви в 1-й групі виділено 5 підгруп:

- підгрупа 1.1 – 17 пацієнток з аплазією піхви, з них з повною аплазією піхви і матки – 3 і частковою аплазією піхви при функціонуючій матці – 14, у тому числі: з аплазією верхньої третини піхви – 3, середньої третини – 5 і нижньої третини – 6 обстежуваних;

- підгрупа 1.2 – 24 дівчаток-підлітків з повним подвоєнням матки і піхви, з них 16 без порушення відтоку менструальної крові і 8 – з частково аплазованою однією піхвою;

- підгрупа 1.3 – 14 дівчаток-підлітків з однорогою маткою, з них 3 – з рудиментарним рогом, що поєднується з порожниною основного рогу і 11 – із замкнутим рудиментарним рогом;

- підгрупа 1.4 – 15 дівчаток-підлітків з внутрішньоматковою перегородкою: 7 – з повною і 8 – з неповною внутрішньоматковою перегородкою;

- підгрупа 1.5 – 15 дівчаток-підлітків з дворогою маткою, з них 7 – з сідловою, 3 – з неповною і 5 – з повною формою.

У 6 дівчаток-підлітків з хронічним тазовим болем при проведенні лапароскопії і гістероскопії, у зв'язку з порушенням менструального циклу, виявлено природжене однобічне укорочення зв'язкового апарату матки з її латеропозицією. Цей вид вади на справжній момент включений в МКХ-10 (2005).

В анамнезі детально з'ясовували перенесені гострі і хронічні екстрагенітальні захворювання, вік настання менархе, порушення менструальної функції (тривалість, ритм, хворобливість) і характер її становлення, перенесені гінекологічні захворювання, оперативні втручання на органах статеві системи і їх об'єм, кількість вагітностей і їх результат.

Оцінювали загальний стан дівчаток і підлітків: зростання, маса тіла з визначенням індексу маси тіла, ступінь статевого розвитку і його відповідність зросту. При клінічному обстеженні оцінювали стан шкірних покривів, периферичних лімфатичних вузлів, розвиток підшкірно-жирової клітковини, щитовидної залози, температуру тіла, дихальної і серцево-судинної системи (артеріальний тиск, пульс), форму живота, хворобливість при пальпації, наявність симптомів роздратування очеревини.

Гінекологічний статус вивчали при огляді зовнішніх статевих органів (ступінь розвитку, розташування уретри, тип обволосіння, стан клітора і невинної пльви). При ректо-абдомінальному дослідженні уточнювали розташування матки в малому тазу, її форму, наявність об'ємних утворень і хворобливість в області придатків. У дівчаток, що живуть статевим життям, проводили огляд в дзеркалах і піхвова-абдомінальне дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік пацієток 1-ї групи склав $15,9 \pm 0,5$ року. При вивченні вікового складу дівчаток по підгрупах достовірної різниці не наголошувалося. Кількість дівчаток з аплазією піхви (підгрупа 1.1) у віці 10–14 років і 15–18 років була однаковою, в останніх підгрупах переважав вік 15–18 років.

Середній вік матерів у дівчаток 1-ї групи склав $27,4 \pm 2,1$ року, батьків – $30,7 \pm 1,9$ року. Шкідливі звички і професійні шкідливості наголошувалися в 71,1% батьків і 25,0% матерів.

З числа обстежених дівчаток-підлітків обтяжена спадковість з боку матері виявлена в 45,7%, з боку батька – в 18,6% ($p < 0,01$). Кількість пацієток з обтяженим спадковим анамнезом по лінії матері і батька в підгрупах достовірно не відрізнялася ($p > 0,05$). По лінії матері спадковість була обтяжена гіпертонічною хворобою (11,4%), онкопатологією (8,6%), цукровим діабетом (5,7%) і вродженою вадою серця (2,9%). По лінії батька спадковість обтяжена гіпертонічною хворобою (7,1%), онкопатологією (4,3%), захворюванням нирок (2,9%) і вродженою вадою серця (1,4%).

При вивченні анамнезу у дівчаток-підлітків з ВАР матки і піхви ускладнений перебіг антенатального періоду виявлений в 38,7% випадків. Найчастіше ускладнення вагітності в матері були наступні: загроза переривання – 14,2%, прееклампсія – 12,1%, плацентарна дисфункція склала 28,5%. ГРВІ під час вагітності перенесли 20,4% матерів цих дівчаток.

У пологах в матерів найчастішими ускладненнями були передчасний розрив плодових оболонок (20,4%) і аномалії пологової діяльності (18,3%). Кількість передчасних пологів склала 10,2%, що запізнилися – 2,3%. Частота операцій кесарева розтину склала 4,1%. Кількість новонароджених маловагих до терміну гестації наголошувалося в 18,3%, великих з масою тіла 4000,0 г і більше – в 14,3% випадків.

У пацієток 1-ї групи кількість екстрагенітальних захворювань в анамнезі склала 133,0 на 100 випадків. У структурі захворювань переважали часті ГРВІ (38,5%) і дитячі інфекції (37,4%), пієлонефрит і хронічний тонзиліт (по 15,4%), бронхіт (8,8%), хвороба Боткіна (6,6%). Апендектомія в анамнезі була у 5 (5,5%) пацієток. Кількість захворювань в анамнезі на 100 випадків найвища у пацієток з дворогою маткою (166,7) і низька (50,0) – при природженому укороченні зв'язкового апарату матки. Збільшення частоти захворювань в підгрупі 1.4 сталося за рахунок дитячих інфекцій (66,7%), що вище, ніж у дівчаток з однорогою маткою ($p < 0,01$) і повним подвоєнням матки, шийки і піхви ($p < 0,05$). Кожна друга дівчинка в підгрупі 1.2 вказувала на часті ГРВІ, в підгрупі 1.4 (внутрішньоматкова перегородка) в 3 рази рідше ($p < 0,05$). Згідно даних анамнезу, у кожної дівчинки 1-ї групи протягом року було 3–4 інфекційних захворювань.

Частота екстрагенітальних захворювань у пацієток 1-ї групи склала 91,2 на 100 випадків. З 91 пацієтки 1-ї групи в 28 (30,8%) діагностований хронічний пієлонефрит, з них в 19 (65,0%) він був вторинний, такий, що розвинувся на тлі аномалії розвитку нирок. Вроджені аномалії розвитку інших органів і систем зустрічалися в 9 (9,9%) випадках, у тому числі: пролапс мітрального клапана в 5, аномалія розвитку хребта – в 2, лицьового черепа, природжений свищ слухового проходу по 1 випадку. Найвища (142,9 на 100 випадків) частота захворювань в підгрупі з однорогою маткою і додатковим рудиментарним рогом, що в 2,5 рази вище, ніж у дівчаток з аплазією піхви (підгрупа 1.1). У підгрупі 1.1 хронічний пієлонефрит зустрічався рідше (11,8%), ніж в підгрупі 1.3 (57,1%; $p < 0,01$). У 8 (57,1%) пацієток підгрупи 1.3 виявлений хронічний пієлонефрит, з них в 7 на тлі ВАР сечовидільної системи. Характерно, що в 4 з 7 пацієток підгрупи 1.2 діагностований хронічний пієлонефрит єдиної нирки. З 6 дівчаток з природженим укороченням зв'язкового апарату матки екстрагенітальні захворювання виявлені в 3 у формі хронічного пієлонефриту і бронхіту.

Аномалії розвитку сечовидільної системи виявлені у 34 (40,0%) пацієток. Найбільш рідко (11,8%) ця патологія зустрічалася у дівчаток з частковою аплазією піхви при функціонуючій матці і частіше (78,6%) – з однорогою маткою і додатковим рудиментарним рогом ($p < 0,01$). У 16 (18,8%) пацієток виявлена аплазія нирки. У 8 (100%) дівчаток з частковою аплазією однієї піхви при подвоєнні матки (підгрупа 1.2) виявлена аплазія нирки з боку аплазованої піхви. З 16 пацієток цієї

підгрупи без порушення відтоку менструальної крові лише в одній виявлена ВАР сечовидільної системи у формі подвоєння нирки. З 14 дівчаток з односторонньою маткою в 5 (35,7%) наголошувалася аплазія нирки на стороні рудиментарного рогу. Дистопія нирки в цій підгрупі на стороні основного і рудиментарного рогу, а також подвоєння єдиної нирки зустрілися по 1 випадку. Подвоєння чашечно-мискової системи (ЧМС) (2 випадки) було на стороні основного рогу. З 15 пацієнок з внутрішньоматковою перегородкою (підгрупа 1.4) лише в 3 (20,0%) виявлена аномалія розвитку у формі подвоєння ЧМС і дистопії нирки. У пацієнок з дворогою маткою (підгрупа 1.4) аплазія нирки наголошувалася в 3 (20,0%) випадках, з них в одному при симетричній ваді у дівчинки з неповною формою внутрішньоматкової перегородки і в двох – при асиметричній ваді на стороні меншого рогу у дівчаток з повною формою дворогої матки. У дівчаток з природженим укороченням зв'язкового апарату матки аномалії сечовидільної системи не виявлені.

Вік настання менархе у дівчаток і підлітків був в межах 11–16 років. Середній вік настання менархе $13,2 \pm 0,4$ року.

У обстежуваних підгрупах дівчаток із збереженим менструальним циклом (74), вік менархе достовірно не відрізнявся ($p > 0,05$). Число дівчаток зі своєчасним менархе було 57 (77,0%), раннім (9–11 років) – 8 (10,8%) і пізнім (старше 15 років) – 9 (12,2%). Ранні менархе частіше відзначали дівчатка з повним подвоєнням матки, шийки і піхви і внутрішньоматковою перегородкою, пізніше – у всіх підгрупах однаково часто. У всіх дівчаток з частковою аплазією піхви, аплазією матки і піхви при зверненні менструації відсутні у зв'язку з порушенням відтоку менструальної крові. Середній вік цих дівчаток склав $14,8 \pm 1,3$ року. У 17 (18,7%) дівчаток 1 групи менструальний цикл не порушений. Найчастіше порушення менструальної функції (НМФ) у обстежуваних пацієнок було за типом дисменореї (49,5%), причому у всіх підгрупах дівчаток дисменорея зустрічалася однаково часто. Олігоменорея в 2 рази частіше наголошувалася у пацієнок з дворогою маткою порівняно з пацієнками з односторонньою маткою і додатковим рудиментарним рогом і внутрішньоматковою перегородкою. НМФ за типом гіперполіменореї частіше (33,3%) зустрічалася у дівчаток з внутрішньоматковою перегородкою, чим дворогою маткою (6,7%; $p < 0,05$). В кожній 5 дівчинки олігоменорея і гіперполіменорея поєднувалися з дисменореєю.

Статеве життя відмічене у 34 (37,3%) пацієнок. Вагітність в анамнезі мали 6 (6,5%) пацієнок, яка в 4 закінчилася штучним перериванням в ранні терміни і в 2 (внутрішньоматкова перегородка, повна форма) мимовільним викиднем в I триместрі. В 2 з 4 дівчаток з ВАР матки і піхви штучне переривання вагітності ускладнилося перфорацією матки. У 1 пацієнтки у віці 18 років під час переривання вагітності була перфорація рогу матки, у зв'язку з чим проведена лапаротомія і видалення рогу. У другій у віці 17 років з подвоєнням матки і піхви сталася перфорація стінки однієї матки, з приводу виниклого ускладнення проведена субтотальна гістеректомія.

У дівчаток з частковою аплазією піхви при функціонуючій матці основними скаргами були відсутність менструації і больовий синдром. З 14 дівчаток в 9 тазовий біль був періодичним і пов'язаним з менструальним циклом. Спочатку вони мали ниючий характер, потім наростали по інтенсивності і 4 дівчинки відзначали

спастичний характер. Дизуричні розлади відзначали 6 дівчаток. В трьох больовий синдром супроводжувався підвищенням температури до субфебрильних цифр, нудотою і блювотою. Дівчатка з повною аплазією матки і піхви (3) пред'являли скарги на відсутність менструації і дві – на безуспішну спробу статевого життя.

З 16 дівчаток з подвоєнням матки і піхви без порушення відтоку менструальної крові в 6 виникав ниючий біль, пов'язаний з менструальним циклом. У 14 дівчаток основною скаргою було порушення менструальної функції за типом гіперполіменореї і дисменореї. Біль у дівчаток цієї підгрупи при частковій аплазії однієї піхви (8) мав такий же характер, як при частковій аплазії піхви і функціонуючій матці. У 2 дівчаток з 8 біль носив гострий характер, що з'явилося свідченням до екстреної лапароскопії.

З 14 дівчаток з односторонньою маткою 8 пред'являли скарги на тазовий біль, пов'язаний з менструальним циклом і наростаючий по інтенсивності. В 2 він мав хронічний характер. Порушення менструального циклу за типом олігоменореї відзначали 11 дівчаток цієї підгрупи.

У підгрупі дівчаток з внутрішньоматковою перегородкою скарги на больовий синдром пред'являли 3 дівчинки з 15. З них в 1 біль був постійним, а в 2 носив ниючий характер, пов'язаний з менструальним циклом. Характерним симптомом в цій підгрупі дівчаток було порушення менструального циклу за типом дисменореї (9 випадків), гіперполіменореї (5 випадків) і олігоменореї (3 випадки).

При дворогій матці в 4 з 15 дівчаток симптоми були відсутні. 10 дівчаток звернулися до лікаря із скаргами на хворобливі менструації, одна – на хронічний тазовий біль. У 2 дівчаток цієї підгрупи ВАР матки виявлений при обстеженні з приводу ретенційної кістки яєчника. Найчастішою скаргою у дівчаток цієї підгрупи з'явився тазовий біль, пов'язаний з менструальним циклом (46,7%), і порушення менструальної функції (80,0%).

Гострий тазовий біль наголошувався у 8 (9,7%) дівчаток-підлітків, у тому числі: при частковій аплазії верхньої третини (1), середній третини (2) і нижній третині піхви (3), при односторонній матці з рудиментарним замкнутим рогом і частковим перекрутом маткової труби з однойменного боку у двох пацієнок.

Гармонійний розвиток наголошувався в 79,2% у дівчаток-підлітків з ВАР матки і піхви. Дисгармонійний розвиток в 20,8% обумовлений як відставанням маси тіла від зросту, так і надлишком. Індекс маси тіла у пацієнок 1-ї групи склав $19,9 \pm 0,6$. У досліджуваних підгрупах пацієнок ІМТ достовірно не відрізнявся і був в межах $19,2 \pm 1,0$ в підгрупі 1.1 і $21,4 \pm 2,1$ в підгрупі 1.5.

У всіх обстежуваних дівчаток ступінь статевого розвитку відповідав віку.

У 1-ї групі гінекологічне дослідження під час вступу проведене всім, ректоабдомінальне – 54, вагінально-абдомінальне – 37 пацієнткам. У 3 дівчаток-підлітків з аплазією матки і піхви (1.1 підгрупа) при гінекологічному дослідженні виявлено: зовнішні статеві органи розвинені правильно, оволосіння за жіночим типом. Переддвер'я піхви у вигляді невинної плівки з невеликим поглибленням. При ректоабдомінальному дослідженні: матка в типовому місці не визначалася, в малому тазу пальпувався поперечний тяж, придатки не визначалися.

Статевий хроматин у пацієнок з повною аплазією матки і піхви був в межах 9–12%, каріотипування – 46XX.

У 14 дівчаток з частковою аплазією піхви при функціонуючій матці уретра розташовувалася типово. При аплазії нижньої третини піхви (6) в 4 матки зміщена, в 2 – не визначалася, придатки у всіх пацієнок не пальпувалися. Безболісне утворення тугоеластичної консистенції виявлене в 5, помірно хворобливе у 1 дівчинки. Розміри утворення від 7Ч5 см до 16Ч7 см. З 5 дівчаток з аплазією середньої третини піхви в 2 матки дещо більше норми, в 2 зміщена і в 1 не визначалася. Придатки у всіх не визначалися. Утворення в малому тазу було у 3 пацієнок розмірами від 7Ч5 см до 25Ч15 см тугоеластичної консистенції, помірно хворобливе. У 2 пацієнок утворень в малому тазу не виявлено, в одному випадку у зв'язку з наявністю свищуватого ходу, в другому – з частковим стенозуванням піхви після першої операції. При аплазії верхньої третини (3) невелике збільшення матки і утворення в малому тазу розмірами 8Ч6 см визначалося у 2 дівчаток. Одній дівчинці у віці 15 років була проведена хірургічна корекція аплазії піхви і тубектомія у зв'язку з гематосальпінксом великих розмірів, через рік при бужуванні піхви сталася травма сечового міхура і утворився міхурово-піхвовий свищ, в подальшому проведена пластикна операція.

При гінекологічному огляді у дівчаток 1.2 підгруп (24) виявлено: зовнішні статеві органи розвинені правильно, клітор не збільшений. Зовнішній отвір уретри розташовувався типово, не розширено. При ректоабдомінальному (11) і вагінально-абдомінальному (13) дослідженні визначалася одна матка. У дівчаток, що живуть статевим життям, під час вступу встановлена форма ВАР матки і піхви. У 11 (45,8%) дівчаток цієї підгрупи, що не живуть статевим життям, для уточнення форми ВАР було потрібно додаткове обстеження.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать, що використання лише клінічних методів діагностики дозволяє встановити наявність природжених аномалій розвитку матки і піхви у 30,6% пацієнок. У 34,1% спостережень діагностика була сумнівною, а в 35,3% випадків діагноз аномалій розвитку матки і піхви не був встановлений. Отримані результати свідчать про необхідність удосконалення алгоритму діагностичних заходів з включенням сучасних методів діагностики – ехографія і ендоскопія.

Актуальные аспекты диагностики аномалий матки и влагалища до беременности В.И. Бойко, Ю.С. Волина-Стахорна

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что использование только клинических методов диагностики позволяет установить наличие врожденных аномалий развития матки и влагалища у 30,6% пациенток. В 34,1% наблюдений диагностика была сомнительной, а в 35,3% случаев диагноз аномалий развития матки и влагалища не был установлен. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости усовершенствования алгоритма диагностических мероприятий с включением современных методов диагностики – эхография и эндоскопия.

Ключевые слова: аномалии развития матки и влагалища, диагностика.

Actual aspects of diagnostics of anomalies of uterus and vagina before pregnancy V.I. Boyko, Yu.S. Volina-Stahorna

Results of the spent researches testify, that use only clinical methods of diagnostics allows to establish presence of congenital anomalies of development of uterus and vagina at 30,6% of patients. In 34,1% of supervision diagnostics was doubtful, and in 35,3% of cases the diagnosis of anomalies of development of uterus and vagina has not been established. The received results testify to necessity of improvement of algorithm of diagnostic actions with inclusion of modern methods of diagnostics – ehografia and endoscopy.

Key words: anomalies of development of uterus and a vagina, diagnostics.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.И. Оперативная гинекология детей и подростков / Л.И. Адамян, Е.Д. Богданова. – М: Элком, 2009. – 208 с.
2. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков. / Е.А. Богданова. -- М.: Медицинское информационное агентство, 2010. – 332 с.
3. Коколина В.Ф. Гинекология детского возраста / В.Ф. Коколина. – М.: Медпрактика. – М., 2009. – 267 с.

УДК 618.1-089.168.1-06:616.381-089.85

Порівняльні аспекти ускладнень при гінекологічних лапароскопічних операціях

О.А. Волошин

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

Вивчення характеру і структури ускладнень лапароскопії за досліджуваний період дозволяють виявити ряд принципових закономірностей. Останні роки характеризувалися бурхливим зростанням кількості і істотним розширенням об'єму втручань, що виконуються лапароскопічним доступом. Ця обставина вимагала освоєння нових методик і техніки проведення операцій. Звичайно, цей період часу супроводжувався досить великою кількістю ускладнень. У подальшому, у міру вдосконалення навиків і накопичення досвіду число ускладнень мало тенденцію до зниження. Так, порівняльний аналіз ускладнень лапароскопії виразно показав, що за останні п'ять років разом із збільшенням кількості виконаних операцій майже в два рази сталося суттєве зниження частоти всіх видів ускладнень лапароскопії. Отримані результати необхідно враховувати в практичній охороні здоров'я при вирішенні питання про проведення лапароскопічних гінекологічних операцій.

Ключові слова: лапароскопія, гінекологічні операції, ускладнення.

Виконання лапароскопії у пацієнок з різною гінекологічною патологією, на думку ряду авторів [1–4] супроводжується ризиком розвитку інтра- і післяопераційних ускладнень. Недосконалість доопераційної діагностики поширеності і точної локалізації генітальної патології, особливо на фоні спайкового процесу [4] і пов'язана з ним небезпека поранення органів черевної порожнини, впродовж довгого часу викликають особливу заклопотаність хірургів і заставляють шукати нові підходи до проблеми, удосконалюючи техніку лапароскопічних втручань.

Підвищення безпеки виконання лапароскопії у пацієнок з генітальною патологією на нашу думку засноване на чотирьох принципово важливих складових [4]:

- вираженість спайкового процесу в черевній порожнині і малого тазу перед проведенням лапароскопічного втручання;
- вибір найбільш оптимального, безпечного лапароскопічного методу входження в черевну порожнину;
- раціональні методи виконання лапароскопічного адгезіолізісу;
- ефективна профілактика післяопераційних ускладнень.

Дані про частоту інтра- і післяопераційних ускладнень при гінекологічних лапароскопічних операціях в літературі вельми суперечливі [1–4]. Проте всі автори

вважають, що оперативні втручання на органах черевної порожнини є важливим ушкоджувальним чинником, сприяючим виникненню інтра- і післяопераційних ускладнень.

Усе викладене вище свідчить про актуальність наукової проблеми, що вивчається.

Мета дослідження: вивчення частоти і характеру інтра- і післяопераційних ускладнень при гінекологічних лапароскопічних операціях.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети був проведений ретроспективний аналіз ускладнень лапароскопічних операцій, вироблених в різних гінекологічних відділеннях м. Києва за період 2005–2014 р. У цих відділеннях проводиться навчання лікарів-курсантів, клінічних ординаторів, а також наукові дослідження в області гінекологічної ендоскопії. Представлені дані були отримані з гінекологічних відділень, де автор наукового досліджень особисто виконував лапароскопічні гінекологічні операції: клінічна міська лікарня № 1 м. Києва; відділення ендоскопії поліклініки № 2 Шевченського району м. Києва і відділення гінекологічної ендоскопії Київської обласної клінічної лікарні.

Усього удалося зібрати відомості про 98 (5,3%) ускладнень, що виникли під час виконання або з'явилися наслідком 1862 лапароскопічних гінекологічних операцій у трьох згаданих вище відділеннях.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Оперативна лапароскопія останніми роками зайняла провідне місце в гінекологічній практиці багатьох лікувальних установ м. Києва. Усього за період 2005–2014 р. у трьох відділеннях, що вивчаються, було виконано 1862 лапароскопічних операцій (в середньому – 186,2 операцій в рік).

На малюнку представлена динаміка кількості виконаних лапароскопічних операцій по роках.

Отримані дані наочно демонструють збільшення загальної кількості лапароскопічних втручань з 2005 по 2014 роки.

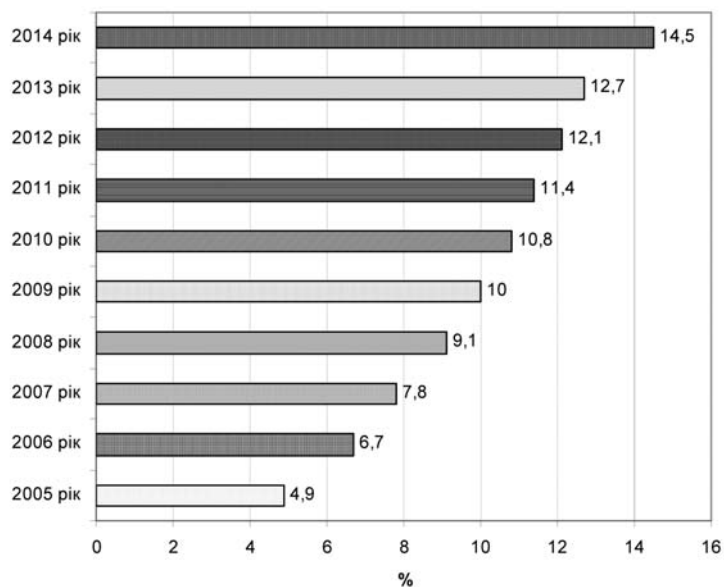
Збільшення кількості виконаних операцій природно супроводжувалося значними змінами складності і суттєвим розширенням їх об'єму. В зв'язку з цим всі виконані лапароскопічні операції, було розподілено на 4 групи (за класифікацією І.З. Гладчука і співавторів, 2009):

1. Діагностична лапароскопія.
2. Малі лапароскопічні операції.

Стерилізація, біопсія яєчників, операції при полікістозі яєчників, пункція і аспірація кіст яєчників, лікування ендометріозу 1-го ступеня по класифікації R-AFS, адгезіолізіс при мінімально вираженому спайковому процесі.

3. Великі лапароскопічні операції. Лапароскопічні операції, вживані при лікуванні ендометріозу 2–3-го ступеня вираженості, сальпінгооваріолізіс, сальпінгонеостомія, фімбріопластика, тубектомія і сальпінготомія при ектопічній вагітності, цистектомія, аднексектомія та ін.

4. Лапароскопічні операції підвищеної складності.



Кількість лапароскопічних операцій по роках (%)

Консервативна міомектомія, гістеректомія, лапароскопічне лікування ендометріозу 3–4-го ступеня, лімфаденектомія, лапароскопічні операції для корекції пролапсу статевих органів і нетримання сечі, гістеректомія та ін.

Спектр і частота хірургічних втручань, виконаних лапароскопічним доступом, у міру накопичення досвіду і вдосконалення навиків за минулий період зазнала істотні зміни. Ця обставина безпосередньо вплинула на структуру лапароскопічних ускладнень.

Для зручності сприйняття і детального аналізу причин виникнення ускладнень лапароскопії ми визнали доцільним розділити весь період спостереження на два п'ятирічні проміжки часу – 2005–2009 рр. і 2010–2014 рр.

Протягом 2005–2009 рр. відбувався відрізок техніки і освоєння методики основних лапароскопічних операцій (операції з приводу безпліддя, на придатках матки, міомектомія, гістеректомія та ін.). Останні п'ять років характеризуються подальшим розширенням і вдосконаленням виконання ендоскопічних втручань підвищеної складності (у пацієнток з череворозтинами в анамнезі, при поширених формах ендометріозу, корекція нетримання сечі і пролапсу статевих органів).

Усі виконані лапароскопічні операції було розподілено по складності і даті їх виконання на дві групи з 2005 по 2009 рр. і 2010–2014 рр.

У табл. 1 представлена кількість і частота лапароскопічних операцій залежно від ступеня складності за два періоди, що вивчаються.

Таблиця 1

Кількість і частота лапароскопічних операцій залежно від їх ступеня складності по роках досліджень

Характер втручання	2005-2009 рр.		2010-2014 рр.	
	п	%	п	%
Діагностична лапароскопія	35	4,9	48	4,2
Малі лапароскопічні операції	165	23,0	169	14,7
Великі лапароскопічні операції	391	54,6	600	52,4
Операції підвищеної складності	125	17,5	329	28,7
Усього	716	100,0	1146	100,0

Дані, представлені в цій таблиці, переконливо демонструють зміни в структурі виконаних лапароскопічних операцій за весь період спостереження. За останніх п'ять загальна кількість ендоскопічних процедур збільшилася майже удвічі. Так якщо в 2005–2009 рр. було виконано 716 операцій, то за період 2010–2014 рр. їхня кількість склала 1146.

Питома вага діагностичних втручань за весь період спостереження була стабільною і складала не більше 5%. При вивченні свідчень до виконання лапароскопії серед усіх пацієнток більш ніж в 90% з них було безпліддя.

Частота малих лапароскопічних операцій має стійку тенденцію до зниження, не дивлячись на незначне збільшення їх загальної кількості. Якщо в 2005–2009 рр. питома вага таких втручань складала 23,0%, то в 2010–2014 рр. – 14,7% від загальної кількості виконаних операцій.

Практично не змінилася частота великих лапароскопічних операцій і впродовж всього періоду спостереження вона складала ледве більше половини, хоча загальна кількість таких втручань зросла в 1,5 разу (у 2005–2009 рр. – 391, в 2010–2014 рр. – 600).

Крім того, очевидним виявився прогрес серед лапароскопічних втручань підвищеної складності. Якщо в 2005–2009 рр. ці операції складали 17,5% від загальної кількості, то в 2010–2014 рр. їх питома вага серед всіх ендоскопічних операцій дорівнювала 28,7% (майже в 1,6 разу).

В першу чергу значно зросла кількість лапароскопічних гістеректомій (ЛГ). Останніми роками практично немає обмежень для використання лапароскопії у пацієнток з череворозтинами в анамнезі. Кількість і характер перенесених у минулому череворозтинів (розлитий гнійний перитоніт, кишкова непрохідність, 3–4 лапаротомії) не є протипоказанням для ендоскопічної операції. За минулий період прооперовано більше 200 пацієнток з череворозтинами в анамнезі незалежно від вираженості спайкового процесу черевної порожнини і малого тазу.

Значно активніше і ширше останніми роками стали проводитися лапароскопічні втручання при інфільтративних формах ендометріозу із залученням до патологічного процесу суміжних органів (прямої кишки, сечоводів). Таких операцій за минулий період було виконано близько 100. З них більш ніж у 11

Таблиця 2

Лапароскопічні операції, виконані залежності від їх ступеня складності

Характер втручання	n	%
Діагностична лапароскопія	83	4,6
Малі лапароскопічні операції	334	17,6
Великі лапароскопічні операції	991	52,8
Операції підвищеної складності	454	25,0
Усього	1862	100%

пацієнток посічення патологічно змінених тканин супроводжувалося дисекцією сечоводів, у 3 хворих – розтинном просвіту прямої кишки і відновленням її цілості лапароскопічним доступом.

Також істотно розширився спектр виконуваних лапароскопічних операцій для корекції нетримання сечі і пролапсу статевих органів (операція Берча, використання синтетичних протезів для фіксації шийки, тіла матки і куполу піхви і ін.). Якщо в 2005–2009 рр. такі операції були поодинокими, то за 2010–2014 роки кількість подібних втручань перевищила 50.

У табл. 2 представлені всі лапароскопічні операції, виконані за період, що вивчається, залежно від їх ступеня складності.

Як видно з представлених даних, найчастіше за минулий період виконувалися великі лапароскопічні операції, їх питома вага склала більше 50%, а найрідше ендоскопічне втручання виконувалося з діагностичною метою (менше 5% від загальної кількості).

Таке суттєве розширення хірургічної активності природно не могло не позначитися на зміні частоти і характеру лапароскопічних ускладнень.

Надалі при викладі відомостей про лапароскопічні ускладнення ми незрідка посилатимемося на «власний досвід» проведення ендоскопічних втручань. В зв'язку з цим ми визнали доцільним вказати, що за період з 2005 по 2014 рр. автором виконано 1862 лапароскопічних операцій, включаючи втручання будь-якого ступеня складності.

Як вказувалося раніше, всього за період з 2005 по 2014 роки нами було зареєстровано 98 ускладнень, що виникли в процесі проведення або після лапароскопічних операцій. Загальна частота ускладнень лапароскопії за весь період спостереження склала 5,3%.

Частота і характер лапароскопічних ускладнень за досліджувані п'ятирічні проміжки (2005–2009 і 2010–2014 рр.) часу мали досить суттєві відмінності.

У табл. 3 представлені всі ускладнення лапароскопії за періоди, що вивчаються.

З даних, представлених в таблиці, при зіставленні результатів, отриманих за різні тимчасові періоди, слід зазначити, що, не дивлячись на суттєве розширення переліку лапароскопічних операцій і значне збільшення їх кількості, загальна частота ускладнень навіть трохи знизилася (з 7,5% до 3,8% відповідно). Разом із цим сталися зміни в характері і структурі ускладнень.

Таблиця 3

Частота і характер ускладнень лапароскопічних гінекологічних операцій

Характер втручання	2005-2009 рр.		2010-2014 рр.	
	n	%	n	%
Діагностична лапароскопія	35	4,9	48	4,2
Малі лапароскопічні операції	165	23,0	169	14,7
Великі лапароскопічні операції	391	54,6	600	52,4
Операції підвищеної складності	125	17,5	329	28,7
Усього	716	100	1146	100

Поранення магістральних і епігастральних судин, що виникли при введенні троакарів, мали місце в поодиноких випадках і не відображали загальну картину. Це є свідомством хорошої методики виконання лапароскопічного входження в черевну порожнину. Проте повністю уникнути таких ускладнень не удалось з огляду на те, що останніми роками лапароскопічний доступ став застосовуватися все частіше в структурі всіх гінекологічних операцій.

Відмічено незначне зниження частоти пошкоджень кишечника і органів сечовидільної системи (з 1,15% до 0,6% і з 0,6% до 0,35% відповідно).

У структурі різних ускладнень лапароскопічних гінекологічних операцій найчастіше зустрічалися інтраопераційні кровотечі (1,5% і 0,9%), інфекційно-запальні ускладнення (ранова інфекція – 2,2% і 0,96%) і тромбгеморагічні ускладнення (тромбофлебіт глибоких вен нижніх кінцівок і тазу – 1,7% і 0,9% відповідно). При цьому нами відмічено зниження частоти всіх вищезгаданих ускладнень в другому тимчасовому періоді, навіть не дивлячись на збільшення складності і об'єму лапароскопічних операцій.

Ці зміни частоти і структури ускладнень лапароскопії мають прямий зв'язок з характером виконаних ендоскопічних втручань.

У табл. 4 представлені ускладнення лапароскопії та їх частота залежно від складності ендоскопічної операції.

Таблиця 4

Ускладнення лапароскопії та їх частота залежно від складності ендоскопічної операції

Характер втручання	2005-2009 рр.		2010-2014 рр.	
	n	%	n	%
Діагностична лапароскопія	35	4,9	48	4,2
Малі лапароскопічні операції	165	23,0	169	14,7
Великі лапароскопічні операції	391	54,6	600	52,4
Операції підвищеної складності	125	17,5	329	28,7
Усього	716	100	1146	100

Таблиця 5

Характер ускладнень при малих гінекологічних операціях

Характер втручання	2005-2009 рр. 165 операцій		2010-2014 рр. 169 операцій	
	п	%	п	%
Пошкодження епігастральних судин	2	1,2	1	0,6
Кровотечі	7	4,2	5	2,9
Всього	9	5,5	6	3,6

З даних, представлених в табл. 4 виразно видно, що найчастіше ускладнення мали місце при виконанні лапароскопічних операцій підвищеної складності (6,2%), а найрідше вони реєструвалися при втручаннях, що виконуються з метою діагностики стану внутрішніх статевих органів (3,6%).

До ускладнень діагностичної лапароскопії в нашому дослідженні було віднесено єдине поранення магістральної судини, що зажадало негайного переходу до череворозтину. Свідченням до лапароскопії у цієї пацієнтки було пухлинне утворення лівого яєчника, проте пошкодження аорти першим троакаром зажадало негайного переходу на череворозтин, у зв'язку з чим ендоскопічне втручання було обмежене лише діагностичним етапом.

Інші ускладнення, пов'язані з входженням в черевну порожнину (ретроперитонеальні гематоми в проекції магістральних судин і травми кишечника, що виникли при введенні першого троакара) діагностувалися і усувалися ендоскопічним доступом і тому не були віднесені нами до ускладнень діагностичної лапароскопії.

При проведенні малих ендоскопічних операцій наголошувалися лише ускладнення (усього 15), які були віднесені нами до кровотеч. При цьому було зареєстровано 3 поранення нижніх епігастральних судин, 11 гематом малого тазу після коагуляції яєчника і 1 пошкодження зовнішньої клубової вени під час декортикації яєчників з приводу полікістозу і пов'язаного з ним безпліддя.

Таблиця 6

Ускладнення великих лапароскопічних операцій

Характер втручання	2005-2009 рр. 165 операцій		2010-2014 рр. 169 операцій	
	п	%	п	%
Пошкодження епігастральних судин	1	0,3	-	
Пошкодження кишечника	5	1,3	4	0,7
Кровотечі	5	1,3	6	1,0
Інфекційно-запальні ускладнення	9	2,3	9	1,5
Тромбогеморагічні ускладнення	7	1,8	7	1,2
Усього	28	7,2	24	4,0

Таблиця 7

Ускладнення лапароскопічних операцій підвищеної складності

Характер втручання	2005-2009 рр. 125 операцій		2010-2014 рр. 329 операцій	
	п	%	п	%
Поранення епігастральних судин	1	0,8	1	0,3
Пошкодження кишечника	3	2,4	2	0,6
Пошкодження сечовидільних органів	2	1,6	1	0,3
Кровотечі	4	3,2	3	0,9
Інфекційно-запальні ускладнення	3	2,4	2	0,6
Тромбогеморагічні ускладнення	3	2,4	3	0,9
Усього	16	12,8	12	3,6

Всі ускладнення малих лапароскопічних операцій і їх динаміка за 2005–2009 і 2010–2014 рр. представлено в табл. 5.

Результати цієї таблиці свідчать, що по роках частота ускладнень при малих лапароскопічних операціях знизилася з 5,5% до 3,6% відповідно, в першу чергу, за рахунок кровотеч (з 4,2% до 2,9%). В той же час слід зазначити поранення зовнішньої клубової вени при виконанні декортикації яєчників початкуючим хірургом, що свідчить про можливість виникнення важких ускладнень при проведенні простих маніпуляцій лапароскопічним доступом.

Ускладнення, що спостерігалися при великих лапароскопічних операціях представлені в табл. 6.

Дані, представлені в табл. 6, свідчать, що сумарна частота ускладнень великих лапароскопічних операцій знизилася з 7,2% до 4,0%, причому рівномірно за рахунок всіх видів ускладнень.

Ускладнення, що спостерігалися при лапароскопічних операціях підвищеної складності і їх динаміка по роках представлені в табл. 7.

Дані табл. 7 наочно демонструють, що при складних ендоскопічних втручаннях різні ускладнення наголошувалися з найбільшою частотою. Вивчення їх динаміки за минулий період показало, що висока частота ускладнень за період з 2005 по 2009 рр. пояснюється в першу чергу невеликим числом виконаних операцій (усього 126). У подальші п'ять років просліджується чітка тенденція до зниження загальної частоти ускладнень при лапароскопічних операціях підвищеної складності (329 операцій). При цьому характерною особливістю є зниження сумарної частоти післяопераційних ускладнень з 12,8% до 3,6% відповідно, причому за рахунок всіх видів ускладнень.

ВИСНОВКИ

Таким чином, вивчення характеру і структури ускладнень лапароскопії за досліджуваний період дозволяють виявити ряд принципових закономірностей. Ос-

танні роки характеризувалися бурхливим зростанням кількості і суттєвим розширенням об'єму втручань, що виконуються лапароскопічним доступом. Ця обставина, природно, вимагала освоєння нових методик і техніки проведення операцій. Природно, цей період часу супроводжувався досить великою кількістю ускладнень. У подальшому у міру вдосконалення навиків і накопичення досвіду число ускладнень мало тенденцію до зниження. Так, порівняльний аналіз ускладнень лапароскопії виразно показав, що за останні п'ять років разом із збільшенням кількості виконаних операцій майже в два рази сталося суттєве зниження частоти всіх видів ускладнень лапароскопії. Отримані результати необхідно враховувати в практичній охороні здоров'я при рішенні питання про проведення лапароскопічних гінекологічних операцій.

Сравнительные аспекты осложнений при гинекологических лапароскопических операциях
А.А. Волошин

Изучение характера и структуры осложнений лапароскопии за исследуемый период позволяют выявить ряд принципиальных закономерностей. Последние годы характеризовались бурным ростом количества и существенным расширением объема вмешательств, выполняемых лапароскопическим доступом. Это обстоятельство, естественно требовало освоения новых методик и техники проведения операций. Естественно этот период времени сопровождался довольно большим количеством осложнений. В последующем, по мере совершенствования навыков и накопления опыта число осложнений имело тенденцию к снижению. Так, сравнительный анализ осложнений лапароскопии отчетливо показал, что за последние пять лет наряду с увеличением количества выполненных операций почти в два раза произошло существенное снижение частоты всех видов осложнений лапароскопии. Полученные результаты необходимо учитывать в практическом здравоохранении при решении вопроса о проведении лапароскопических гинекологических операций.

Ключевые слова: лапароскопия, гинекологические операции, осложнения.

Comparative aspects of complications at gynecologic laparoscopic operations
A.A. Voloshin

Studying of character and structure of complications of a laparoscopy for the investigated period allow to reveal a number of basic laws. Last years were characterised by rapid growth of quantity and essential expansion of volume of the interventions which are carried out laparoscopically by access. This circumstance, naturally demanded development of new techniques and technics of carrying out of operations. Naturally this period of time was accompanied by enough considerable quantity of complications. In the subsequent, in process of perfection of skills and accumulation of experience the number of complications tended to decrease. So, the comparative analysis of complications of a laparoscopy has distinctly shown that for last five years along with increase in quantity of the executed operations almost twice there was an essential decrease in frequency of all kinds of complications of a laparoscopy. The received results are necessary for considering in practical public health services at the decision of a question on carrying out laparoscopic gynecologic operations.

Key words: a laparoscopy, gynecologic operations, complications.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гладчук И.З. Современные аспекты гинекологических лапароскопических операций / И.З. Гладчук // Практическая медицина. – 2009. – № 3. – С. 35–39.
2. Ререкин И.А. Некоторые дифференциально-диагностические особенности острой гинекологической и хирургической патологии / И.А. Ререкин, В.И. Лупов // Акт. вопр. акушерства и гинекологии. Мат. научно-практ. конф., посвященной 80-летию проф. М.И. Медведевой. – Курск, 2010. – С. 103–105.
3. Савельева Г.М. Динамическая лапароскопия у гинекологических больных / Г.М. Савельева, С.В. Штыров, З.С. Тангиева // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 3. – С. 17–20.
4. Штыров С.В. Диагностика и лечение спаечной болезни у гинекологических больных / С.В. Штыров, Ю.А. Панкова, А.А. Евсеев // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2010. – № 2. – С. 110–114.

УДК 618.145-007.415:618.173-02-07-08

Вплив змін ендокринологічного статусу на розвиток гіперпластичних процесів ендометрія у жінок репродуктивного віку

Д.М. Гаврюшов

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

Результати проведених досліджень свідчать, що проблема ведення хворих з гіперпластичними процесами ендометрія є актуальною, представляє науковий інтерес. Вирішення даної проблеми можливе шляхом вдосконалення консервативних методів терапії, що дозволило б проводити патогенетично обґрунтовану терапію даних станів залежно від форми гіперпластичного процесу. При поліпах ендометрія підвищується переважно рівень прогестерону крові, при гіперпластичних процесах рівень естрогену крові може використовуватися при диференціальній діагностиці даної патології.

Ключові слова: ендометрій, гіперплазія, гормони, рецептори.

Не дивлячись на комплексне вживання сучасних методів профілактики і лікування гіперпластичних процесів ендометрія (ГПЕ), в даний час відмічено щорічне зростання захворюваності ГПЕ, які часто супроводжуються патологічними змінами з боку імунної, ендокринної і інших систем.

Висока частота озлоякисності ГПЕ (10–50%) відносить дану патологію не лише до медичної, але і до соціальної проблеми нашого часу [2, 8].

ГПЕ також 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. Біологічна своєрідність ендометрія в тому, що ця гормоночутлива тканина володіє здатністю не лише до циклічного оновлення, але і до чуйного реагування на всі зміни гормональних впливів на рівні цілого організму. Таким чином, гіперплазія ендометрія є свідцтвом гормональних, змінно-ендокринних і імунних порушень в організмі жінки [5, 12].

Будучи гормоночутливою тканиною, що складається з гетерогенних клітинних популяцій, ендометрій знаходиться під постійним регулюючим впливом естрогену і Прогестерону [3, 7]. Доведено, що естроген стимулює проліферацію залізного епітелію, а Прогестерон і естроген – проліферацію стромальних клітин ендометрія [3, 7, 13]. Як екзогенний, так і ендогенний естроген може викликати ГПЕ в гормоночутливих тканинах [5, 14]. Рівні цих гормонів корелюють із змінами проліфера-

тивної активності залізного епітелію і стромальних клітин ендометрія. Якщо проліферація залізного епітелію залежить від естрогенної стимуляції, то стромальна проліферація – від рівня Прогестерону і естрогену. Роль естрогену в патогенезі неопластичних змін ендометрія обговорюється з того моменту, коли вони вперше були виділені J. Allen і R. Doisy в 1923 р. дія Прогестерону, що інгібує, на естроген-опосередковану клітинну проліферацію ендометрія може здійснюватися різними шляхами. Так, під впливом Прогестерону зменшується експресія естрогенних рецепторів, час знаходження естрадіолу в ядрі клітини, знижується вміст власних рецепторів, а також стимулюється синтез 17- β гідроксистероїддегідрогенази, яка сприяє конверсії естрадіолу в менш активний метаболіт-естрон [1, 14]. У розвитку ГПЕ більшою мірою відіграє роль не абсолютна, а відносна гіперестрогенія, що виявляється тривалою дією естрогену на тлі дефіциту Прогестерону. У зв'язку з цим порушення функції яєчників, що супроводяться хронічною ановуляцією в репродуктивному віці і в пременопаузі, розглядаються як чинник ризику ГПЕ. На користь гіперестрогенії як патогенетичної ланки ГПЕ можуть свідчити дані про високу їх частоту у хворих з синдромом полікістозних яєчників, що супроводжується хронічною ановуляцією.

У літературі широко обговорюється роль порушень гормонорецепторних взаємодій в розвитку ГПЕ, оскільки чутливість слизової оболонки матки до стероїдів модулюється специфічними цитоплазматичними і ядерними рецепторами [1, 3]. Початок вивчення гормональної рецепції належав роботам Jensen ще в 60-х роках ХХ століття. Фундаментальні дослідження в цій області дозволили згодом уточнити молекулярні механізми і регуляцію гормонорецепторної взаємодії [2, 3]. В ендометрії рецептори статевої стероїдів виявляються як в стромальних, так і в епітеліальних клітинах. У перебігу нормального менструального циклу їх вміст зазнає закономірні коливання, внаслідок чого рівень естрогенних рецепторів значно підвищується в пізню фазу проліферації, досягає піку в середині циклу і поступово знижується впродовж секреторної фази, а рівень рецепторів Прогестерону стає максимальним в ранню фазу секреції [5]. Думки різних дослідників про вміст стероїдних рецепторів в патологічно зміненому ендометрії неоднозначні, хоча більшість авторів відзначають залежність їх вмісту від форми патології. Найбільш високі концентрації цитозольних естрогенних і прогестеронових рецепторів були виявлені при поліпах ендометрія, що поєднувалося з відсутністю порушень гормонального статусу і дозволило висловити припущення про їх відносну автономію [11].

У нашому дослідженні було досліджено 86 жінок репродуктивного і перименопаузального періоду у віці від 22 до 52 років. Всім хворим було проведено клініко-лабораторне обстеження: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові, бактеріологічне дослідження мазків, радіоімунологічні методи (визначення естрадіолу (Er), Прогестерону (Pr), ультразвукове дослідження органів малого тазу, гістероскопія з прицільною біопсією тканин ендометрія, морфологічне дослідження зскрібків, імуногістохімічне дослідження (рецептори Er, Pr в залозах і клітинах строми ендометрія), методом імуногістохімії.

Усіх хворих за віком було розподілено на дві групи: репродуктивного (22–42 років) і перименопаузального (42–52 років) віку.

Розподіл за віком представлений в табл.1.

Розподіл жінок за віком

Таблиця 1

Вік	22-42 роки		42-52 роки	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Основна група	29	63%	17	37%
Контрольна група	25	62,5%	15	37,5%

Жінки репродуктивного віку склали 63% (29 жінок) в основній групі і 62% (25 жінок) в контрольній. Перименопаузального віку – 37% (17 жінок) і 37,5% (15 жінок) відповідно.

На момент вступу в стаціонар жінки пред'являли скарги на мено- і метроррагії, безплідді, дисменорею. Дані представлені в табл. 2.

Як видно з цих даних мено- і метроррагіями страждали 18 (39%) основної групи, дисменореєю страждали 13 (28,26%) жінок. На відсутність місячних впродовж двох і більше місяців скаржилися 19,56 жінок відповідно.

При огляді видимих змін при огляді в дзеркалах, і при вагінальному огляді з боку внутрішніх жіночих статевих органів не виявлено. Звертає на себе увагу маткова кровотеча в 39,13% випадках в основній групі.

Усіх жінок було обстежено за допомогою апарату ультразвукової діагностики. Поліпи ендометрія на УЗД були представлені у вигляді анехогенних утворень різної величини, гіперплазія ендометрія у вигляді збільшення М-еха ендометрія. При проведенні порівняльного аналізу даних УЗД у обстежених жінок, звертає на себе увагу збільшення товщини ендометрія у жінок з гіперпластичними процесами в 2 і більше рази по відношенню до товщини ендометрія у жінок з поліпами ендометрія. Так у 21 (47,32 %) жінки з гіперплазією ендометрія товщина ендометрія на УЗД складала 14–16 мм, в 11 (25,14%) – 17–20 мм. Товщина ендометрія у жінок з поліпами ендометрія складала 6–8 мм (табл. 3).

При клініко-лабораторному обстеженні жінок значних відхилень від нормальних показників виявлено не було, за винятком показників рівня стероїдних гормонів крові (табл. 4).

В ході наших досліджень було встановлено, що рівні стероїдних гормонів розрізняються при різних формах гіперплазії ендометрія.

Скарги хворих з гіперпластичними процесами

Таблиця 2

Скарги	Мено- а/або метроррагія		Дисменорея		Відсутність місячних більше 2 міс	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Основна група	18	39,13	13	28,26	9	19,56
Контрольна група	-	-	-	-	-	-

Товщина ендометрія за даними УЗД у жінок з ГЕ

Таблиця 3

Товщина М-еха	8 мм	14 мм	20 мм
Поліп ендометрія	25 (78,21%)	7 (21,23%)	-
Гіперплазія ендометрія	-	21 (47,32%)	11 (25,14%)

Таблиця 4

Рівень стероїдних гормонів в крові жінок з гіперпластичними процесами

Гормони	Форма ГЕ	
	Прогестерон (нмоль/л)	Естрадіол (пг/мл)
Поліп ендометрія	87,91±7,98	91,84±8,76
Проста ГЕ	15,87±1,49	185,06±16,12
Контрольна група	12,54±1,19	76,42±7,45

$q=6,32$, где q – середнє квадратичне відхилення, $m=1,75$, m – середня помилка.

Таблиця 5

Розподіл жінок залежно від форми гіперпластичного процесу

Форма ГЕ	Поліп ендометрія		Проста ГЕ		Змішана форма	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Основна група	17	36,95	18	39,13	11	23,91
Контрольна група	15	37,51	15	37,51	10	25,12

З даних цієї таблиці видно, що при простій гіперплазії ендометрія не відбувається підвищення вмісту рівня Прогестерону в крові, тоді як при поліпах ендометрія навпаки рівень Прогестерону значно перевищує показники норми.

За формою гіперпластичного процесу жінок було розподілено на три групи, де змішана форма ГЕ представлена поєднанням поліпів і залозисто-кістозної гіперплазії (табл. 5).

Поліпи ендометрія склали 36,95% в основній групі і 37,51% в контрольній. Гіперплазія ендометрія – 39,13% (18 жінок) і 37,51% (15 жінок) відповідно, що дозволяє говорити про однакову частоту зустрічання серед ГПЕ.

Гістроскопічно в наших дослідженнях гіперплазія була представлена у вигляді нерівномірно високих напівпрозорих поліповидних випинань. При цьому добре були видимими судини, що йдуть вертикально і гілкуються. Поліпи ендометрія мали гладку поверхню рожевого кольору. У деяких хворих поліпи розташовувалися на широкій основі і нагадували слизові підоболонки міоматозних вузлів. Збіг діагнозів виставлених на підставі гістроскопії і результатів гістології склали 90%.

ВИСНОВКИ

Таким чином, аналіз даних літератури і наших досліджень дозволяє зробити наступні висновки:

- проблема ведення хворих з ГПЕ є актуальною, представляє науковий інтерес.
- вирішення даної проблеми можливе шляхом вдосконалення консервативних методів терапії, що дозволило б проводити патогенетично обґрунтовану терапію даних станів залежно від форми гіперпластичного процесу.

- при поліпах ендометрія підвищується переважно рівень Прогестерону крові, при гіперпластичних процесах - рівень естрогену крові, що може використовуватися при диференціальній діагностиці даних форм гіперпластичних процесів надалі.

Влияние изменений эндокринологического статуса на развитие гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста.

Д.Н. Гаврюшов

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что проблема ведения больных с гиперпластическими процессами эндометрия является актуальной, представляет научный интерес. Решение данной проблемы возможно путем совершенствования консервативных методов терапии, что позволило бы проводить патогенетически обоснованную терапию данных состояний в зависимости от формы гиперпластического процесса. При полипах эндометрия повышается преимущественно уровень прогестерона крови, при гиперпластических процессах уровень эстрогенов крови может использоваться при дифференциальной диагностике данной патологии.

Ключевые слова: эндометрий, гиперплазия, гормоны, рецепторы.

Influence of changes of endocrinological status on development hyperplastic processes of endometrium at women of reproductive age

D.N. Gavrjushov

Results of the spent researches testify, that the problem of conducting patients with hyperplastic processes of endometrium is actual, represents scientific interest. The decision of the given problem probably by perfection of conservative methods of therapy that would allow to spend patogenetical the proved therapy of the given conditions depending on the form of hyperplastic process. At polyps of endometrium level of a progesterone of blood raises mainly, at hyperplastic processes level of an estrogen of blood can be used at differential to diagnostics of the given pathology.

Key words: endometrium, hyperplasia, hormones, receptors.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Авдеев В.И. Клиническое значение изучения гормонального статуса и рецепторов стероидных гормонов в опухоли у больных раком эндометрия: Автореф. дис. канд. мед. наук / В.И. Авдеев. – М., 1997. – 22 с.
2. Баскаков П.Н. Видеогистероскопия в диагностике и лечении гиперпластических процессов эндометрия / Баскаков П.Н., Литвинов В.В. // Проблемы репродукции. – 2012. – № 2, Том 3. – С. 38–39.
3. Баянова Л.Р. Роль половых гормонов и их рецепторного аппарата при выборе оптимальных методов лечения у пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия в сочетании с миомой матки: Автореф. дис. канд. мед. наук / Л.Р. Баянова. – М., 1997. – 19 с.

4. Бахвалова А.А. Эффективность абляции эндометрия при рецидивирующих процессах слизистой оболочки матки: Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 1998. – 26 с.
5. Бохман Я.В. Руководство по онкологии / Я.В. Бохман – Л.: Медицина, 2009. – 463 с.
6. Каппушева Л.М. Морфофункциональные особенности яичников у пациенток с пролиферативными процессами эндометрия периода пери- и постменопаузы: Автореф. дис. канд. мед. наук / Л.М. Каппушева – М., 1997. – 23 с.
7. Полетова Т.Н. Клинико-инструментально-биохимические критерии диагностики и контроля за лечением атипичической гиперплазии эндометрия: автореф. канд. мед. наук / Т.Н. Полетова. – М., 1997. – 23 с.
8. Полищук Л.З. Поиск и частота факторов риска развития железистой гиперплазии эндометрия у женщин репродуктивного возраста / Л.З. Полищук, В.Н. Винниченко // Акуш. и гинекол. – 2008. – № 11. – С. 23–26.
9. Попов Э.Н. Патогенетическая ориентированная эндоскопия в лечении гиперпластических процессов эндометрия / Э.Н. Попов, Д.А. Ниаури // Журнал акуш. и женских болезней. – 2011. – № 3. – С. 44–47 с.
10. Пухальский А.Л. Основы общей иммунологии / А.Л. Пухальский, Л.Г. Кузьменко // Метод. пособие по курсу клинической иммунологии. – Под ред. Гришиной Т.И. – М.: Academia. 2008. – 56 с.
11. Романовский О.Ю. Оптимизация диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия: автореф. дис. канд. мед. наук. / О.Ю. Романовский. – М., 2006. – 23 с.
12. Савельева Г.М. Современные методы диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия в постменопаузе / Г.М. Савельева, В.Г. Бреусенко, Ю.А. Голова // Международный медицинский журнал. – 2013. – № 2. – С. 73–77.
13. Mutter G.L. The Endometrial Study Group. Endometrial intraepithelial neoplasia (EIN): will it bring order to chaos / G.L. Mutter // Gynecol Oncol 2010; 76: 287–290.
14. Sherman ME. Theories of endometrial carcinogenesis: a multidisciplinary approach / ME. Sherman // Mod Pathol 2010; 13: 295–308.

Тактика оперативного лікування поєднаної патології матки: порівняльні аспекти

М.Л. Куземенська, Е.С. Гладенко

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Результати проведених досліджень показали, що використання різних методів лікування поєднаної патології матки наводить до зміни частоти і міри вираженості основних клінічних проявів даній патології, причому для кожного варіанту лікування характерні свої специфічні особливості. Отримані результати дозволяють використовувати диференційований підхід для кожної конкретної пацієнтки з урахуванням можливих ускладнень як консервативного, так і оперативного лікування поєднаної патології матки.

Ключові слова: поєднана патологія матки, лікування, порівняльні аспекти.

В умовах сьогодення поєднана патологія матки (лейоміома, гіперпластичні процеси ендометрія і аденоміоз) є одним з поширених захворювань жінок репродуктивного віку [1–9]. Частота цього захворювання, за різними даними, варіює в досить широких межах – від 7% до 50% [1, 3, 7]. Збільшення частоти зустрічання поєднаної патології матки зв'язане, з одного боку, із збільшеними діагностичними можливостями, і, з іншого боку – з погіршенням екологічної обстановки, що призводить до пошкодження ендокринної, імунної і антиоксидантної систем [1, 9].

Не дивлячись на значне число досліджень, присвячених різним аспектам поєднаної патології матки [1–9], до цих пір залишаються нез'ясованими багато питань етіології і патогенезу захворювання, особливості клінічної картини залежно від локалізації процесу, особливо при аденоміозі. Крім того відсутні дані про порівняльну інформативність окремих методів діагностики захворювання і виявлення рецидивів, ефективність різних методів лікування і моніторингу, включаючи консервативні і оперативні методи лікування.

Все вищевикладене свідчить про актуальність проблеми, що вивчається, а саме порівняльні аспекти різних методів лікування поєднаної патології матки.

Мета дослідження: порівняльних аспектів різних методів лікування поєднаної патології матки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети були обстежені 175 хворих із поєднаною патологією матки, яких було розподілено на дві групи залежно від використовуваних методів лікування:

1-а група – 64 пацієнтки, що отримувала різні варіанти консервативного лікування до 6 міс (гестагени, аналоги лютеїнізуючого рилізінг-гормону);

2-а група – 111 хворих, що перенесли різні варіанти оперативного лікування (від односторонньої аднексектомії до екстирпації матки з придатками).

У порівняльному аспекті вивчали наступні моменти: частота больового синдрому; стан менструальної функції, порушення генеративної функції і розладу сусідніх органів (кишечнику і сечовивідних шляхів), а також частота нейровегетативного, психоемоційного і обмінно-ендокринного симптомокомплексів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При вивченні частоти больового синдрому у всіх обстежуваних з'ясували наявність наступних проявів: альгоменорея (больові відчуття під час менструації), диспаревнія (хворобливість при статевих стосунках) і біль в області тазу, не пов'язані з менструацією і статевим актом.

Частота альгоменоренії у пацієток 1-ї групи склала 28,1% (від 20,0% при лікуванні агоністами до 33,3% – при використанні гестагенів). На хворобливість статевих актів скаргилися 29,7% жінок цієї ж групи (від 37,5% – при використанні гестагенів до 20,0% – при вживанні агоністів). У порівнянні з цим, біль в області тазу, не пов'язані з менструацією і статевим актом були виявлені лише в 9,4% (від 6,7% – при використанні агоністів до 12,5% – при вживанні гестагенів).

Серед жінок, що перенесли різний об'єм оперативного втручання, больовий компонент менструації відзначали лише 8,1% пацієток, в яких об'єм операції був обмежений односторонньою аднексектомією. На відміну від цього, диспаревнія була виявлена більш ніж в половині (69,4%) хворих 2-ї групи (від 83,9% – після гістеректомії до 40,0% – після односторонньої аднексектомії). Скарги на болі в області тазу, не пов'язані з менструацією і статевим актом, пред'являли 15,3% жінок, що перенесли оперативне лікування (від 10,7% – після мінімального об'єму до 20,0% – після максимального об'єму операції).

Отже, у хворих з поєднаною патологією матки больовий синдром виявляється, в основному, у вигляді альгоменорей і диспаревнії, в той же час як больові відчуття в області малого тазу, не пов'язані з менструацією і статевим актом, спостерігаються набагато рідше. Всі проаналізовані нами методи консервативного лікування (від гестагенів до агоністів) володіють недовготривалим ефектом відносно альгоменорей і практично не впливають на частоту інших проявів больового синдрому при аденоміозі. У свою чергу, одностороння аднексектомія також трохи знижує частоту альгоменорей, тоді як радикальніші операції, що викликають хірургічну менопаузу, зумовлюють повне і безповоротне зникнення даного симптому. Проте у міру збільшення об'єму оперативного втручання на органах малого тазу наростає частота диспаревнії, обумовленої вочевидь вже не стільки аденоміозом, скільки яєчником тканиною, що розвивається в результаті видалення, недостатністю статевих стероїдів. Крім того, після хірургічного лікування (незалежно від його об'єму) збільшується частота не пов'язаних з менструацією і статевим актом больових відчуттів в області малого тазу, що, ймовірно, пояснюється наявністю спайкового процесу.

Для вивчення розладів сусідніх органів у всіх обстежуваних ми з'ясували частоту порушень як з боку шлунково-кишкового тракту (больові відчуття по ходу кишечника, обстипація і діарея), так і з боку сечовивідних шляхів (цисталгія, хворобливе і прискорене сечовипускання).

Згідно з отриманими результатами серед хворих 1-ї групи більше половини (50,8%) відзначала порушення стану кишкового тракту і лише 7,8% вказували на цисталгію, хворобливе або прискорене сечовипускання.

У групі жінок, що перенесли хірургічне лікування з приводу поєднаної патології матки скарги на дисфункцію кишечника пред'являв кожен третій хворий (33,3%), а урологічні розлади мали місце в 39,6% обстежених.

Отже, розлади з боку суміжних органів у хворих з поєднаною патологією матки виявляються, в основному, у вигляді дисфункції кишкового (обстипація і діарея) і сечовивідного (прискорене сечовипускання) трактів, хворобливості в області кишечника і сечового міхура, а також хворобливих відчуттів при сечовипусканні. Проведення всіх варіантів консервативної терапії (від гестагенів до агоністів) супроводжується незначне корекцією урологічних розладів разом із суттєвим погіршенням стану шлунково-кишкового тракту, тоді як радикальне хірургічне лікування призводить до посилювання вже наявних відхилень в стані суміжних органів, причому частота урологічної симптоматики різко наростає у міру збільшення об'єму операції.

При вивченні частоти нейровегетативного, психоемоційного і змінно-ендокринного симптомокомплексів у всіх пацієнок проводилося виявлення наступної симптоматики: головні болі, вестибулопатії, лабільність артеріального тиску, серцебиття у спокої, «приливи» жару, гіпергідроз, зниження працездатності, загальна слабкість, підвищена стомлюваність, погіршення пам'яті, дратівливість, ожиріння, дисфункція щитоподібної залози, м'язово-суглобові болі, трофічні зміни генітального апарату.

Згідно з отриманими результатами, в групі пацієнок, що отримували консервативне лікування, виявлена наявність нейровегетативної симптоматики в 34,8%; психоемоційної – в 17,2% і обмінно-ендокринної – відповідно у 21,9% пацієнок.

З 2-ї групи абсолютно у всіх після радикального хірургічного лікування (незалежно від об'єму оперативного втручання) спостерігалася наявність нейровегетативних розладів, того або іншого ступеня вираженості, а симптомокомплекси психоемоційних і обмінно-ендокринних порушень виявлені відповідно в 85,6% і 56,8% пацієнок.

Отже, у хворих з поєднаною патологією матки найчастіше виникають розлади психоемоційної сфери, а поява нейровегетативних і обмінно-ендокринних порушень є не характерною. При різних методах консервативної гормональної терапії аденоміозу спостерігається з одного боку – суттєве поліпшення психо-емоційного стану пацієнок, а з іншого – наростання частоти нейровегетативних і обмінно-ендокринних симптомокомплексів, тоді як проведення оперативного лікування ускладнюється розвитком всіх трьох груп порушень, що прогресують у міру збільшення об'єму хірургічного втручання на органах малого тазу.

ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень використання різних методів лікування поєднаної патології матки призводить до зміни частоти і ступеня вираженості основних клінічних проявів даній патології, причому для кожного варіанту лікування характерні свої специфічні особливості. Отримані результати дозволяють використовувати диференційований підхід для кожної кон-

кретної пацієнтки з врахуванням можливих ускладнень як консервативного, так і оперативного лікування поєднаної патології матки.

Тактика оперативного лікування поєднаної патології матки: сравнительные аспекты М.Л. Кузменская, Е.С. Гладенко

Результаты проведенных исследований показали, что использование различных методов лечения сочетанной патологии матки приводит к изменению частоты и степени выраженности основных клинических проявлений данной патологии, причем для каждого варианта лечения характерны свои специфические особенности. Полученные результаты позволяют использовать дифференцированный подход для каждой конкретной пациентки с учетом возможных осложнений как консервативного, так и оперативного лечения сочетанной патологии матки.

Ключевые слова: сочетанная патология матки, лечение, сравнительные аспекты.

Tactics of operative treatment of combined pathology of uterus: comparative aspects M.L. Kuzemsky, E.S. Gladenko

Results of the lead researches have shown, that use of various methods of treatment of an combination a uterus pathology results in change of frequency and a degree of expressiveness of the basic clinical displays of the given pathology, and for each variant of treatment the specific features are characteristic. The received results allow to use the differentiated approach for each concrete patient in view of possible complications both conservative, and operative treatment of an combination uterus pathology.

Key words: combinat pathology of uterus, treatment, comparative aspects.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В. Современные подходы к лечению эндометриоза / Л.В. Адамян, М.В. Бобкова // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 3. – С. 10–14.
2. Адамян Л.В. Эндометриозы / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков. – М.: Медицина, 2009. – 317 с.
3. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза / В.П. Баскаков. – Изд. 2. – Л.: Медицина, 2010. – 240 с.
4. Баскаков П.М. Використання декапептилу-3,75 у комплексі реабілітаційних заходів після лапароскопічного лікування ендометріозу / П.М. Баскаков, В.В. Літвінов, І.А. Хомуленко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1999. – № 5. – С. 120–121.
5. Давыдов А.И. Генитальный эндометриоз / Клинические лекции по акушерству и гинекологии / А.И. Давыдов, В.М. Пашков / Под ред. Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2008. – С. 241–261.
6. Коханевич Е.В. Современные методы диагностики и лечения генитального эндометриоза / Е.В. Коханевич, С.В. Дудка, И.О. Судомы // Зб. наук. праць асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «Фенікс», 2001. – С. 340–342.
7. Antoni J. Duleba Diagnosis of endometriosis / J. Antoni // Obstet. Gynecol. Clin. – 2008. – V. 24. – P. 331–332.
8. Audebert A.J.M. formes occultes et minimes de l'endometriose: strategie therapeutique / A.J.M. Audebert // Rev. Franc. Gynecol. Obstet. – 2010. – V. 85, № 2. – P. 79–84.
9. Barbieri R.L. Etiology and epidemiology of endometriosis / R.L. Barbieri // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2008 – V. 162, № 2. – P. 565–567.

УДК 618.14:616-085

Тактика лікування генітального ендометріозу з позицій клініко-імунологічного контролю

І.П. Гнип

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

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 противірусної ланки імунітету. Використання комплексної терапії у хворих з аденоміозом репродуктивного віку збільшує час періоду без рецидивів і знижує показник частоти безпліддя.

Ключові слова: клінічний і імунологічний моніторинг, генітальний ендометріоз.

На сучасному етапі проблема генітального ендометріозу (ГЕ) набула особливої значущості у зв'язку з неухильним зростанням захворювання в структурі гінекологічної патології. Ендометріоз уражує від 12% до 50% жінок репродуктивного періоду, а на частку 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 гормонотерапії 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.

Останнім часом 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 консервативної терапії, а також в профілактиці і оцінці прогнозу рецидивів даного захворювання з врахуванням віку, клінічної картини і індивідуальних особливостей даної категорії хворих.

Мета дослідження: вивчення стану імунної системи у хворих з ГЕ репродуктивного віку і оцінювання ефективності лікування захворювання з використанням комплексної гормональної, противірусної і імуномодулюючої терапії.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У роботі представлені дані обстеження 74 пацієнок 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 пацієнок детально вивчали преморбідний фон; особливо 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 пацієнок 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 болів 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 ендометріодних гетеротипій всіх хворих ГЕ було розподілено на дві групи. Групу I склали 46 пацієнок, у віці $30,1 \pm 1,9$ року з підтвердженим діагнозом А (за даними УЗД органів малого тазу і результатами морфологічного дослідження тканини ендометрія, узятую при гістерорезектоскопії). У 39 (85%) пацієнок була виявлена дифузна форма захворювання; в 6 (13%) – вузлова; а в 1 (2%) хворої – осередкова форма. При цьому: I стадія поширення процесу була виявлена у 6 (16%) хворих; II – у 22 (56%); III – у 11 (28%) пацієнок (за класифікацією Адамьян Л.В.).

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%) пацієнок діагностований ендометріоз очеревини малого тазу, у 6 (21,4%) – ендометріодні кісти яєчників, у 13 (46,4%) – поєднане ушкодження яєчника(ів) і очеревини малого тазу, у 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%) пацієнок.

Ураховуючи різницю у ступені поширення і вираженості клінічних проявів захворювання, а також стан імунної системи (за даними імунограм), 46 хворих з А було розподілено на 2 підгрупи сліпим методом. До підгрупи Іа увійшли 24 пацієнтки у віці 25–39 років (середній вік – 29,1±2,3 року), яким проводилося комплексне гормональне, протівірусне і імуномодулююче лікування. Підгрупу Іб склали 22 пацієнтки у віці 24–38 років (середній вік – 28,1±1,4 року), що отримували монотерапію гормономодулювальними препаратами.

Об'єктом імунологічних досліджень стала периферична кров. Гепаринізовану кров використовували для виділення лімфоцитів і визначення їх складу субпопуляції. Оцінку вмісту імуноглобулінів в сироватці крові (IgG, IgM, IgG) здійснювали методом радіальної імунодифузії по Mancini з використанням моноспецифічних сироваток. Рівень антитіл IgM, IgG класів до ЦМВ, ВПГ1 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 Хошимото, ХАИТ); 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 зустрічається в популяції – ЦМВ, ВПГ 1 і 2 типу, Епштейна-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 імуномодулююча), в підгрупі Іб пацієнтки отримували лише гормономодулююче лікування.

Гормономодулююча терапія була проведена агоністами гонадотропін-рилізінг гормону (а-ГнРГ). Враховуючи виявлене підвищення активності персистуючих вірусів, 13-ти 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 імуномодулююча терапія. Як імуномодулятори були використані препарати, здатні підсилувати, в першу чергу, клітинний імунітет.

Оцінку ступеня вираженості клінічних проявів А, стан оваріальної і генеративної функцій, стан 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 (ЕБ) і ендометріюїдних кіст яєчників (ЕКЯ); у 8,1% – ендометріюїдні кісти яєчників; у 6,7% – ретроцервікальний ендометріоз (РЦЕ) і в 5,4% – ендометріоз очеревини.

Найчастішими скаргами серед обстежених жінок були болі внизу живота (73%) ниючого характеру напередодні і під час менструації. Дисменорею найчастіше виявляли в підгрупі пацієнток з А (85%) і РЦЕ (80%), в інших же підгрупах її частота складала від 33% до 54%. Болі в області попереку і крижів виявляли у 80% жінок, хворих РЦЕ (для останніх підгруп – від 13% до 16%). Диспареунія також найчастіше верифікована 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 ЕБ 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 ЕБ у поєднанні з ЕКЯ відмічено первинне безпліддя, а вторинне безпліддя практично однаково часто зустрічалось при всіх клініко-анатомічних варіантах ендометріозу і складало для РЦЕ – 20%; для ЕБ – 25%; для А – 24% і для ЕКЯ – 16% відповідно.

При обстеженні контрольної групи жінок в 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 відмічені у всіх групах обстежених жінок (РЦЕ – 40%; ЕКЯ – 66%; ЕБ – 50%, А – 67%, ЕКЯ+ЕБ – 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, НГЕ і жінок контрольної групи дозволив виявити, що у хворих А статистично значимо порівняно з групою К понижений 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

групи До ($p < 0,05$). При оцінці показників Т-клітинної ланки імунітету у хворих з А і НГЕ статистично значимих відмінностей не встановлено.

При оцінюванні стану гуморального імунітету у хворих з А, НГЕ 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 імунодефіцитного стану (всі приведені значення середніх величин субпопуляції імунокомпетентних клітин уклалися в межі нормативних показників).

Таким чином, пов'язати розвиток генітального ендометріозу із зниженням або збільшенням вмісту певної субпопуляції імунокомпетентних клітин на підставі отриманих даних не представлялося можливим. Проте, звертало на себе 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 імуноактивних чинників клітинами ендометрія.

Оскільки зміни в імунограмі стосувалися клітинної (протівірусної) ланки імунітету, ми досліджували рівень антитіл до персистуючих вірусів (ЦМВ, ВПГ1, ВПГ2, Епштейна-Барр) і 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 вищеперелічених 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 протівірусної (тобто клітинної) ланки імунітету.

Пацієткам підгрупи Іа проводили курс протівірусної 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 і 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 імунокомпетентних клітин, і, відповідно, поліпшення перебігу захворювання. Через 3–4 тиж після закінчення терапії оцінювали рівень активності персистуючих вірусів і зміни в імунограмі.

Після протівірусної 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 протівірусної терапії змінені показники імунограми частково відновилися: збільшилося число CD3+ і CD4+ клітин в середньому 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-кіллерів (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 імунограм.

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 імуномодулятори здатні підсилити, в першу чергу, клітинний імунітет. Імунотерапію проводили на тлі препаратів, що пригнічують синтез естрогену, оскільки імуномодулятори, активуючи імунокомпетентні 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 тазових болів 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 диспаревнії – з 0,9 до 0,1 балу ($p < 0,01$).

Результати дослідження стану імунної системи після проведення комплексної терапії (протівірусна, гормоно- і імуномодулююча) 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 оцінки відмінностей в ефективності терапії хворих з А в різних підгрупах (Іа і Іб), 22 пацієткам (підгрупа Іб) проводили гормономодулюючу монотерапію аналогічними препаратами.

Динаміка клінічних проявів аденоміозу по мірі вираженості болю до і після гормонотерапевтичної монотерапії свідчить, що середній бал тазових болів після проведення гормонотерапевтичної 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 балу ($p<0,01$).

Порівняльний аналіз змін імуннограми у хворих з А до і після проведення гормонотерапевтичної 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 відносне 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 гормонотерапевтичної монотерапії терапії без включення протівірусних препаратів і імунотерапевтичних у хворих підгрупи Іб практично не змінювалися. Це дало підставу передбачити, що гормонотерапевтичні препарати понизили активність клітин ендометрія і, отже, їх здатність виділяти чинники, що впливають на активність імунної системи. Проте проведена терапія не спричинила відновлення показників імуннограм.

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 НК-клітин і Т-кіллерів (CD8+клітин), в результаті знижується ефективність контролю імунної системи над активністю персистуючих вірусів. Вірусні антигени з'являються в міжклітинному просторі і стають доступними для клітин, що представляють антиген (макрофаги і тому подібне). Активовані антигеном клітини, що представляють антиген, запускають імунну відповідь. В результаті розвитку імунної відповіді збільшується синтез антитіл до вірусних антигенів, збільшується активність НК-клітин і Т-кіллерів (CD8+клітин), які пригнічують реплікацію вірусів і вихід вірусних антигенів в міжклітинний простір. Одночасно активовані в результаті імунної відповіді клітини (макрофаги, НК-клітини) виділяють чинники, стимулюючи зростання і імплантацію ендометрія. Крім того, активовані макрофаги у вогнищі запалення виділяють простагландин Е2 і інтерлейкін-1в, які змінюють рівень мРНК ароматази Р450 і викликають синтез ендометріодними стромальними клітинами естрогену, забезпечуючи розвиток ендометріозу.

Стимульовані клітини ектопованого ендометрія виділяють чинники, що пригнічують активність НК-клітин і Т-кіллерів і так далі. Утворюється «порочне коло», в результаті функціонування якого в організмі постійно підтримується синтез протівірусних антитіл і присутнє підвищене число активованих імунотерапевтичних клітин, здатних виділяти чинники, що підтримують зростання і імплантацію ендометрія. Якщо взяти до уваги даний механізм зв'язку імунотерапевтичних

клітин і клітин ектопованого ендометрія, то стає ясною неоднозначність і неоднорідність показників імуннограми 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 гормонотерапевтичні препарати без вживання імунотерапії протягом перших двох років після закінчення лікування розвинувся рецидив захворювання. Трьох- 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 імунотерапевтична) і гормонотерапевтичної 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 значимим підвищенням титру антитіл до персистуючих вірусів (ЦМВ, ВПГ1 і 2-го типу, Епштейн-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 імунотерапевтичної 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 років і в 15% до 3 років ($p=0,01$)) і знижує показник частоти безпліддя з 45,8% до 12,4% ($p<0,05$).

Тактика лікування генітального ендометріозу с позицій клініко-іммунологічного контролю И.П. Гнип

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки репродуктивного віку з генітальним ендометріозом характеризуються статистично значимим підвищенням титру антител к персистирующим вирусам в сравнении с группой контро-

ля. Суммарный уровень активации персистирующих 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: клинический и иммунологический мониторинг, генитальный эндометриоз.

Treatment tactics genital endometriosis with position of clinical-immunological control I.P. Gnip

Results of the spent researches testify, that women of reproductive age with генитальным андometriosis 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 adenomyosis reproductive age increases time of the period without relapses and reduces an indicator of frequency of barrenness.

Key words: clinical and immunological monitoring, genital endometriosis.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамьян Л.В. Современные подходы к лечению эндометриоза / Л.В. Адамьян, М.В. Бобкова // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 3. – С. 10–14.
2. Адамьян Л.В. Эндометриозы / Л.В. Адамьян, В.И. Кулаков – М.: Медицина, 2013. – 317 с.
3. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза / В.П. Баскаков. – Изд. 2. – Л.: Медицина, 2010. – 240 с.
4. Давыдов А.И. Генитальный эндометриоз / Клинические лекции по акушерству и гинекологии / А.И. Давыдов, В.М. Пашков / Под ред. Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2010. – С. 241–261.
5. Коханевич Е.В. Современные методы диагностики и лечения генитального эндометриоза / Е.В. Коханевич, С.В. Дудка, И.О. Судомо // 36. науч. праць асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Фенікс, 2001. – С. 340–342.
6. Audebert A.J.M. formes occultes et minimes de l'endometriose: strategie therapeutique / A.J.M. Audebert // Rev. Franc. Gynecol. Obstet. – 2010. – V. 85, № 2. – P. 79–84.
7. Barbieri R.L. Etiology and epidemiology of endometriosis / R.L. Barbieri // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2012. – V. 162, № 2. – P. 565–567.

УДК 618.14-006.36

Порівняльні аспекти консервативної міомектомії при різній локалізації вузлів

С.В. Грідчін

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

Результати проведених досліджень свідчать, що консервативна міомектомія є одним з найбільш прийнятних варіантів оперативного лікування лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку, особливо до 40 років. Отримані результати дозволяють виділити цю наукову проблему для ширшого вивчення, особливо в плані віддалених наслідків і відновлення репродуктивної функції.

Ключові слова: консервативна міомектомія, аспекти.

Лейоміома матки відноситься до доброякісної пухлини статевих органів жінки, що найчастіше зустрічається, і займає значне місце серед патології репродуктивної системи [1–5]. Існуючі методи консервативної терапії хворих лейоміомою матки дуже часто є недостатньо або абсолютно неефективними, у зв'язку з чим доводиться вдаватися до оперативного лікування. При цьому до 80,0% всіх оперативних втручань доводиться на радикальні операції – ампутацію або екстирпацію матки. У той же час відмічено, що лейоміома матки досить часто зустрічається у молодих жінок. У віці до 40 років оперативному втручанню піддаються до 30,0% хворих лейоміомою [1–5]. Радикальні операції позбавляють жінку надалі можливості мати дітей і призводять до значних змін в гіпоталамо-гіпофізарно-яєчниковій системі, посилюючи тим самим вже наявні в організмі патологічні процеси, і обумовлюють виражену напругу психоемоційного стану. У зв'язку з цим велика увага приділяється проведенню органозберігаючих операцій, серед яких найбільш функціонально-щадною є міомектомія.

Проте питома вага міомектомії до теперішнього часу залишається невеликою і складає до 20,0% [2, 4]. Обумовлено це цілим рядом причин: технічною складністю операції, що вимагає професійної хірургічної підготовки оперуючого лікаря, можливістю виникнення рецидивів міоми, вищою частотою післяопераційних запальних ускладнень, розвитком масивного спайкового процесу в малому тазу, що незрідка призводить до появи перитонеальної форми безпліддя і симптомів спайкової хвороби.

У даний час у вітчизняній і зарубіжній літературі є велика кількість досліджень, присвячених проблемі реконструктивно-пластичних операцій на матці у хворих міомою матки зовні вагітності. Аналіз цих робіт показує, 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 невирішеними, а по низці принципових запитань в літературі є суперечливі думки.

Таким чином, проблема хірургічного органозберігаючого лікування хворих лейоміомою матки є актуальною як в медичному, так і в соціальному аспектах, вирішення якої, поза сумнівом, підвищить безпеку проведення реконструктивно-пластичних операцій і ефективність відновлення порушених функцій репродуктивної системи.

Мета дослідження: вивчення актуальних аспектів консервативної міомектомії.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети нами проведено обстеження 100 пацієнток репродуктивного віку з лейоміомою матки. Середній вік пацієнток склав $35,7 \pm 3,7$ року.

Екстрагенітальна патологія була виявлена у 48,0% обстежених пацієнток. Здоровими себе вважали 52,0% жінок. Найчастіше спостерігалися захворювання шлунково-кишкового тракту (26,0%), рідше ушкодження легеневої (4,0%) і серцево-судинної систем (6,0%). Ендокринна патологія була представлена захворюваннями щитовидної залози (8,0%) і цукровим діабетом (4,0%), проте деяка поширена патологія серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту (хронічний холецистит) має явну естрогенну залежність.

При аналізі структури гінекологічних захворювань було виявлено, що лише у 10,0% пацієнток лейоміома матки зустрічалася ізольовано. У всіх останніх випадках вона поєднувалася з обтяженим гінекологічним анамнезом. Майже у кожній другій хворій (48,0%) зустрічалися запальні процеси придатків і патологія шийки матки. В 16,0% спостерігалися кісти яєчників, дещо рідше гіперпластичні процеси ендометрія (14,0%) і ендометріоз різної локалізації (14,0%).

Звертає на себе увагу велика питома вага безпліддя (28,0%) в структурі гінекологічної патології, причому вторинне безпліддя зустрічалася дещо частіше первинного (18,0% і 10,0% відповідно). Проте пологи у жінок з вторинним безпліддям відмічені лише в половині випадків (48,0%). У жінок з лейоміомою матки часто скрутно визначити пріоритетну роль основної або супутньої патології в патогенезі розвитку безпліддя. При аналізі часу виникнення патології, було виявлено, що тривалість існування як безпліддя, так і міоми у цих пацієнток на момент операції коливалася від 1 року до 15 років. При цьому у 70,0% пацієнток вагітність не наставала більше 3 років, тоді як тривалість лейоміоми матки більше 3 років відзначали лише в 34,0% з цих жінок.

При аналізі чинників ризику розвитку безпліддя, лише один чинник -- лейоміома матки – присутній у 4,0% жінок. У цих випадках мало місце підслизове розташування вузла. Окрім лейоміоми матки 76,0% пацієнток мали в анамнезі запальні захворювання органів малого тазу, причому в 26,0% з утворенням гідро- і сактосальпінксів. В кожній четвертій в анамнезі (24,0%) були переривання вагітності гіперпластичні процеси ендометрія. Важливе значення мають оперативні втручання (16,0%) на органах малого тазу в анамнезі у зв'язку з високим ризиком розвитку спайкового процесу і перитонеальної форми безпліддя.

Отже, лейоміома матки не була основною причиною безпліддя у більшості пацієнток, яка через різні причини розвинулася задовго до появи міоми.

У патогенезі розвитку лейоміоми матки, як відомо, певна роль відводиться оперативним втручанням на органах малого тазу. Відкрите оперативне втручання на органах малого тазу було виконано у 10,0% пацієнток з лейоміомою. Свідченнями були патологія яєчників, ектопічна вагітність, кесарів розтин і консервативна міомектомія. У 36,0% жінок до моменту операції виконувалося лікування шийки, в 24,0% лікувально-діагностичних вискоблювань порожнини матки і каналу шийки матки. Окрім гінекологічних втручань великий вплив на процес спайкоутворення в малому тазу надають і різні хірургічні операції. Найбільше значення має апендектомія, яку виконували у 16,0% жінок, причому в 2,0% запалення червоподібного вродстка ускладнилося розлитим перитонітом.

До моменту операції більшість жінок вже встигли реалізувати свою репродуктивну функцію. Так вагітності в анамнезі були у 68,0% пацієнток. Кількість пологів лише трохи переважала над числом абортів. 22,0% пацієнток вказували на мимовільне переривання вагітності, причому у більшості з них викидні відбувалися в терміні до 18 тижнів вагітності, що, мабуть, пов'язано з відносною гіперестрогенією у хворих з лейоміомою матки. Велика кількість небажаних вагітностей, мабуть, пов'язана з неефективною контрацепцією. 42,0% з обстежуваних жінок не оберігалися від вагітності або використовували малоєфективні методи (перерваний статевий акт, календарний метод і тому подібне). До бар'єрних засобів удавалося 22,0% пацієнток. Препарати, що містять гормони, у тому числі комбіновані оральні контрацептиви, епізодично (переважно з лікувальною метою) приймали 48,0% жінок, проте більше року, з метою контрацепції, лише 20,0%. Ще 16,0% оберігалися від небажаної вагітності за допомогою внутрішньоматкової контрацепції.

Особливу увагу приділяли вивченню менструальної функції. Середній вік настання менархе був $13,3 \pm 1,4$ року з коливаннями від 10 до 18 років. У віці до 10 років менструація настала в 2,0%, стільки ж пацієнток мали в анамнезі пізніше менархе. Практично у всіх дівчат місячні встановилися в період до 6 місяців – 92,0%, в 6,0% – протягом перших 1–2х років, а в 2,0% залишався нерегулярним аж до моменту операції. Середня тривалість менструації склала $5,1 \pm 0,7$ дня, варіюючи від 2 до 10 днів. В 16,0% менструації налічували більше 7 днів. В середньому менструальний цикл тривав $28,2 \pm 2,4$ дня (від 21 до 40 днів). У 88,0% пацієнток до моменту операції він був регулярним. Більшість (60,0%) оцінювали крововтрату під час менструації як помірну, у 40,0% пацієнток наголошувалася гіперменорея. Хворобливий менструальний цикл відзначала третина пацієнток (32,0%). Отже, на момент операції 50,0% пацієнток мали ті або інші порушення менструальної функції.

У нашому дослідженні при аналізі скарг перше місце займав біль різної інтенсивності і характеру, що локалізується в нижніх відділах живота у 34,0% жінок. Найчастіше біль носив ниючий характер і не мав зв'язку з менструальним циклом. Значне число пацієнток (30,0%) вказували на диспареунію, що, у ряді випадків, істотно вплинуло на родинні взаємини і якість життя пацієнток.

Майже третину хворих (32,0%) непокоїли рясні, тривалі менструації, що з'явилися після появи міоми матки. В 24,0% на тлі цього за результатами загального аналізу крові були виявлені ознаки анемії. При цьому найчастіше вона протікала в

легкій формі (14,0%). Анемія середнього ступеня тяжкості розвинулася в 6,0%. Рівень гемоглобіну нижче 70 г/л діагностовано в лише 2,0% жінок.

У 4,0% пацієнток наголошувалися порушення сечовипускання, пов'язані з компресією сечового міхура зростаючою лейоміомою.

Основною скаргою, що пред'являють 4 пацієнтки (4,0%), було звичне невиношування. У всіх жінок в анамнезі були від 2 до 3 (у 1 пацієнтки) мимовільних викиднів в I триместрі вагітності.

Основними свідченнями для хірургічного лікування у обстежуваних пацієнток були порушення менструальної функції (50,0%), больовий синдром (32,0%), порушення генеративної функції (28,0%), анемія (22,0%), дизуричні порушення (3,0%). При цьому у більшості хворих було декілька свідчень для виконання операції.

Серед багатьох чинників, що визначають ефективність оперативного лікування провідне місце займає техніка проведення самої операції.

Входження в черевну порожнину здійснювали переважно через поперечний надлобковий розріз по Пфанненштілю (92,0%) і у 8,0% пацієнток через нижньосерединний розріз. Нижньосерединний череворозтин виконували лише при великих розмірах лейоміоми (більше 20 тиж вагітності) або по старому подовжньому шкірному рубцю після попередніх оперативних втручань.

У переважній більшості випадків видалення поодинокі утворення. Так, міомектомія 1 вузла була виконана у 50,0% пацієнток, 2 вузлів – в 17,0%, що в сумі складає 67,0%. У 18,0% пацієнток було видалено більше 5 вузлів, причому в 10,0% їх кількість перевищила 10.

У нашій роботі під час операції у 18,0% жінок видалення міоматозних вузлів відбувалося з розтином порожнини матки. При цьому лише в 6,0% мало місце субмукозне розташування вузла. Достовірно частіше ($p < 0,05$) лейоміома розташовувалася в товщі міометрія і розтин порожнини відбувався у зв'язку з енуклеацією інтерстиціальних вузлів з центрипетальним зростанням, що спостерігалось у 12,0% пацієнток. При цьому розмір пухлини був від 3 до 12 см, причому в 8,0% випадках він перевищував 5 см.

Під час операції проводили ревізію органів малого тазу для з'ясування необхідності додаткових оперативних втручань, в результаті консервативна міомектомія в чистому виді була виконана лише у 22,0% пацієнток. У останніх випадках видалення лейоміоматозних вузлів поєднувалося з виконанням інших гінекологічних операцій. Найчастішою супутньою патологією були кісти яєчників (42,0%).

Оскільки більше половини з оперованих жінок вже виконала свою дітородну функцію, і більшість не планували вагітності в майбутньому, то 28,0% пацієнток дали свою згоду на проведення добровільної хірургічної стерилізації.

У 22,0% пацієнток під час операції наголошувалася виражений спайковий процес в малому тазу, що пов'язане з попередніми оперативними втручаннями і великою поширеністю запальних захворювань геніталій. У всіх жінок виконано розділення спайок, причому у 6,0% пацієнток разом з сальпінгооваріолізисом, виконана сальпінгостоматопластика.

Загальна крововтрата під час операції коливалася від 50 мл при видаленні поодинокого субсерозного вузла на ніжці до 1000 мл при множинній лейоміомі мат-

ки великих розмірів. Завдяки високому професіоналізму і підготовці оперуючих лікарів в 94,0% випадках крововтрата не перевищила 400 мл. Для профілактики і лікування гемодинамічних порушень в 6,0% хворих виконували гемотрансфузію свіжозамороженою плазмою (інтраопераційно) і еритроцитарною масою (у післяопераційному періоді). Лише у 2,0% випадків, з метою зменшення кількості крові, що втрачається під час операції, була виконана перев'язка магістральних судин матки.

Тривалість оперативного втручання коливалася від 30 до 120 хв і склала в середньому $56,9 \pm 8,1$ хв.

Перебіг післяопераційного періоду багато в чому визначався об'ємом оперативного втручання, що залежало від розмірів міоми, кількості видалених вузлів і їх локалізації, вихідним загальним станом хворої та іншими чинниками.

При щоденній термометрії в 81,0% хворих наголошувалася субфебрилітет протягом перших декількох діб після операції. В 60,0% з них тривалість підйому температури не перевищувала 4 діб. В 21,0% в післяопераційному періоді наголошувалася гіпертермія до 38 °C і вище (максимальне значення 39,5 °C).

Проведення міомектомії, як і будь-якого оперативного втручання, посилює спочатку наявну анемію. У нашому дослідженні наголошувалося достовірне підвищення кількості анемії ($p < 0,01$), причому переважно за рахунок легкого перебігу. У ранньому післяопераційному періоді за результатами загального аналізу крові у 40,0% пацієнток виявлялася анемія. В 32,0% з них гемоглобін не опускався нижче 90 г/л, тобто відповідав легкому ступеню тяжкості, і був достовірно вище даного показника до проведення операції ($p < 0,01$). Середньотяжка анемія зустрічалася в 8,0%. Не дивлячись на те, що до проведення міомектомії у 2,0% жінок на тлі маткових кровотеч рівень гемоглобіну був нижчий 70 г/л, завдяки адекватній трансфузійній терапії в післяопераційному періоді не виявлено жодного випадку важкої анемії.

ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, консервативна міомектомія є одним з найбільш прийнятних варіантів оперативного лікування лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку, особливо до 40 років. Отримані результати дозволяють виділити цю наукову проблему для ширшого вивчення, особливо в плані віддалених наслідків і відновлення репродуктивної функції.

Сравнительные аспекты консервативной миомэктомии при разной локализации узлов С.В. Гридчин

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что консервативная миомэктомия является одним из наиболее приемлемых вариантов оперативного лечения лейомиомы матки у женщин репродуктивного возраста, особенно до 40 лет. Полученные результаты позволяют выделить эту научную проблему для более широкого изучения, особенно в плане отдаленных последствий и восстановления репродуктивной функции.
Ключевые слова: консервативная миомэктомия, аспекты.

**Comparative aspects conservative myomectomy
at different localisation of knots
S. V. Gridchin**

Results of the spent researches testify, that conservative myomectomy is one of the most comprehensible variants of operative treatment leiomyoma of uterus at women of reproductive age, especially till 40 years. The received results allow to allocate this scientific problem for wider studying, especially in respect of the remote consequences and restoration of reproductive function.

Key words: *conservative myomectomy, aspects.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Густоварова Т.А. Клинико-морфологические параллели состояния рубца на матке после консервативной миомэктомии / Т.А. Густоварова, А.Н. Иванян, А.Е. Доросевич // Вестник Смоленской медицинской академии. – Смоленск, 2012, 4: 26–28.
2. Коржув С.И. Миомэктомия как метод сохранения и восстановления репродуктивной функции женщин / С.И. Коржув, А.Н. Иванян, Т.А. Густоварова // Вестник Смоленской медицинской академии. – Смоленск, 2013, 4: 136–138.
3. Кулаков В.И. Оперативная гинекология – хирургические энергии: Руководство. / В.И. Кулаков, Л.В. Адамьян, О.А. Мынбаев. – М.: Медицина, 2010. – 860 с.
4. Руководство по эндокринологической гинекологии / Под ред. Е.М. Вихляевой. – М.: МИА, 2007: 487–570.
5. Хирш Х.А. Оперативная гинекология / Пер. с англ. Х.А. Хирш, О. Кезер, Ф.А. Икле. – М.: ГЭОТАР, 2012. – 649 с.

УДК 616.433-008.61-055.2-06

**Вплив порушень менструальної функції
у дівчат на стан грудних залоз**

Т.С. Зоріна

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

Вивчено особливості стану грудних залоз у дівчин із порушеннями менструального циклу в пубертатному періоді. Встановлені клініко-ендокринологічні і ехографічні особливості дозволили науково обґрунтувати і розробити лікувально-профілактичну методіку на основі використання антигомотоксичної терапії. Отримані результати дозволяють рекомендувати розроблену методіку для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: *грудні залози, порушення менструального циклу, профілактика.*

Зростання захворюваності грудних залоз по різних вікових групах, що відзначається у всьому світі за останнє десятиліття, значно підвищує інтерес до вивчення основних аспектів їх фізіології і патології. Дані сучасної літератури свідчать про те, що майже половину підлітків турбують хворобливі відчуття в грудних залозах, а їх біопсія показує високу частоту доброякісних пухлин [5–7]. Загальноприйняті методи діагностики патології грудних залоз у дівчин-підлітків є недостатньо ефективними. У зв'язку з цим в останні роки увагу вчених все більш притягає ультразвукове дослідження, що доступно, не представляє небезпеки для здоров'я і за допомогою якого адекватно оцінюється структура грудних залоз [1–4]. Проте роботи, присвячені вивченню стану грудних залоз при патологічному перебігу періоду статевого дозрівання, особливо при порушеннях менструального циклу, є одиничними і суперечливими.

Усе викладене вище свідчить про актуальність обраного наукового напрямку.

Мета дослідження: зниження частоти і ступеня виразності патологічних змін грудних залоз у дівчинок з порушеннями менструального циклу в пубертатному періоді на підставі вивчення клініко-ендокринологічних та ехографічних особливостей, а також розроблення та впровадження комплексу діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 100 дівчин із нерегулярним менструальним циклом, яких було розподілено на дві групи в залежності від використовуваних лікувально-профілактичних заходів:

І група – 50 дівчин із нерегулярним менструальним циклом, що одержували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи; у залежності від діагносто-

ваних ендокринологічних порушень виділяли підгрупи: А – 15 пацієнок з гіперандрогенією; Б – 11 з гіперпролактинемією; В – 9 з гіперестрогенією і Г – 15 з гіпоестрогенією;

Пі група – 50 дівчин із нерегулярним менструальним циклом, що одержували запропоновану нами методику; у залежності від діагностованих ендокринологічних порушень виділяли підгрупи: А – 16 пацієнок з гіперандрогенією; Б – 10 з гіперпролактинемією; 10 – з гіперестрогенією і 14 – з гіпоестрогенією.

Критеріями добору пацієнок із нерегулярним менструальним циклом явилися:

- клінічні ознаки порушень менструального циклу: олігоменорея, аменорея первинна і повторна, дисфункціональні маткової кровотечі;
- ендокринологічні порушення: гіперандрогенія, гіперпролактинемія, гіпер- і гіпоестрогенія.

У контрольну групу ввійшли 50 гінекологічно і соматично здорових дівчин у віці від 12 до 17 років, відібраних у школах і середніх навчальних закладах при диспансеризації.

Критерії добору дівчин у контрольну групу:

- регулярна менструальна функція;
- відсутність відхилень фізичного і статевого розвитку;
- відсутність проявів хронічних соматичних захворювань;
- відсутність обтяженості сімейного анамнезу пухлинами, гіперпластичними процесами різноманітної локалізації і ендокринопатіями.

Загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи проводилися відповідно до рекомендацій [7] і містили в собі такі моменти:

1. Немедикаментозні методи лікування:

- лікувальна фізкультура;
- фізичні методи лікування (лікувальні ванни, гальванічний «комір» по Щербакі; ендоназальний електрофорез з вітаміном В₁ і літієм);

2. Циклічна вітамінотерапія (фолієва кислота й аскорбінова кислота, вітаміни В₁, В₆ і Є).

3. Спрямована гормональна корекція з урахуванням варіанта порушення ендокринного статусу (нон-овлон, три-мерсі, логест, дуфастон і ін.).

Тривалість загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів залежала від характеру порушень менструального циклу і змін ендокринного статусу.

Основними відмінними рисами запропонованої нами методики лікувально-профілактичних заходів є використання антигомотоксичних препаратів:

- лімфоміозот – по 15 крапель 3 рази в день до їжі – курс 14 днів;
- оваріум-композітум – 2,2 мл 2 рази в тиждень – на курс 10 ін'єкцій;
- галіум-композітум – по 10 крапель 3 рази у день – курс 30 днів.

Науковим обґрунтуванням для застосування комплексних біологічних препаратів явився їхній комплексний вплив на функціональний стан гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи й основні метаболічні процеси в дівчинок пубертатного періоду.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, ендокринологічні, ехографічні, функціональні та математичні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Грудні залози дівчин у пубертатному періоді схильні в міру становлення менструальної функції до специфічних морфологічних змін, що залежать не тільки від етапів функціонального розвитку репродуктивної системи, але і від гормональних змін протягом менструального циклу. Ультразвукове дослідження грудних залоз у дівчин-підлітків дозволяє оцінити їхню структуру (співвідношення стромы, залозистої і жирової тканини) з урахуванням вікових особливостей, що дозволяє вважати даний метод як найбільше інформативний при оцінюванні клінічного перебігу пубертатного періоду.

Порушення менструального циклу в пубертатному періоді є однією з основних причин розвитку патологічних змін із боку грудних залоз, причому в структурі дисменореї переважає олігоменорея (54,0%) у порівнянні з менометроррагіями (26,0%) і аменореєю (20,0%).

Основними клінічними проявами патології залоз у дівчин пубертатного періоду з порушеннями менструального циклу є болочі відчуття (12,0%); нагубання грудних залоз (12,0%); виділення із сосків (10,0%) і дифузійне ущільнення грудних залоз (10,0%).

Частота патологічних змін із боку грудних залоз у пубертатному періоді на фоні дисменореї складає 32,0% із переваженням гіпопластичних змін (20,0%) у порівнянні з мастопатією (6,0%); кістами (6,0%) і гіперплазією грудних залоз (6,0%).

Характер і частота патологічних змін із боку грудних залоз залежать від характеру ендокринологічних порушень: при гіперандрогенії підвищена частота мастопатії (13,3%) і гіпоплазії (26,7%); при гіперпролактинемії – збільшений рівень мастопатії (9,1%), кістозних (9,1%) і гіперпластичних змін (9,1%); при гіперестрогенії – підвищена частота гіперплазії (22,2%) і при гіпоестрогенії – збільшений рівень гіпоплазії грудних залоз (33,3%).

Використання запропонованого комплексу лікувально-профілактичних заходів дозволило зниження частоти порушень менструального циклу в 1,9 разу одночасно зі зменшенням рівня клінічних проявів патології грудних залоз: болочі відчуття в грудних залозах – у 2 рази; їх нагубання – у 1,2 разу; виділення із сосків – у 1,7 разу і дифузійне ущільнення грудних залоз – у 1,7 разу. Сумарна частота дифузійних і осередкових змін у грудних залозах через 3 міс від початку проведеної терапії знизилася в 2,4 разу за рахунок усіх патологічних змін: мастопатія – у 3 рази; кісти – у 3 рази; гіперплазія – у 3 рази і гіпоплазія – відповідно у 2 рази.

ВИСНОВКИ

З метою зниження частоти патологічних змін грудних залоз у дівчин пубертатного періоду з порушеннями менструального циклу необхідно використовувати такий лікувально-профілактичний комплекс антигомотоксичних препаратів:

- лімфоміозот – по 15 крапель 3 рази в день до їди – курс 14 днів;
- оваріум-композітум – 2,2 мл 2 рази у тиждень – на курс 10 ін'єкцій;
- галіум-композітум – по 10 крапель 3 рази у день – курс 30 днів.

Частота проведення даного комплексу залежить від характеру патологічних змін грудних залоз, ендокринологічних і ехографічних параметрів.

**Влияние нарушений менструальной функции
у девочек на состояние грудных желез**
Т.С. Зорина

Изучены особенности состояния грудных желез у девушек с нарушениями менструального цикла в пубертатный период. Установленные клинико-эндокринологические и эхографические особенности позволили научно обосновать и разработать лечебно-профилактическую методику на основе использования антигомтоксической терапии. Полученные результаты позволяют рекомендовать разработанную методику для широкого использования в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: грудные железы, нарушения менструального цикла, профилактика.

**Influence of infringements menstrual functions
at girls on condition of dairy glands**
T.S. Zorina

Features of a condition dairy glands at girls with infringements menstrual a cycle in pubertate the period are investigated. Established clinical-endocrinological and ephografical features have allowed to prove and develop scientifically a treatment-and-prophylactic technique on the basis of use antigomotoxical therapies. The received results allow to recommend the developed technique for wide use in practical public health services.

Key words: dairy glands, infringements menstrual a cycle, preventive maintenance.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Богданова Е.А. Охрана здоровья девочек и девушек – основа репродуктивного здоровья женщины / Е.А. Богданова, М.Н. Кузнецова, О.Г. Фролова // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 2. – С. 46–48.
2. Богданович В.Л. Гипоталамические синдромы. Клиника, диагностика / В.Л. Богданович // Нижегородский мед. журнал. – 2012. – № 3. – С. 84–90.
3. Бондаренко Е.С. Гипоталамические синдромы у детей (диагностика и лечение): Метод. рекоменд. / Е.С. Бондаренко, Д.И. Ширетова. – М., 2010. – С. 23.
4. Бурцева Г.А. Факторы риска формирования репродуктивной системы девочек-подростков в современных условиях: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г.А. Бурцева. – Томск, 2000. – 17 с.
5. Вовк І.Б. Репродуктивне здоров'я дівчаток-підлітків та контроль за його станом / І.Б. Вовк // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2010. – № 1. – С. 48–49.
6. Вовк І.Б. Застосування тардіферону при лікуванні анемії у хворих на ювенільні маткові кровотечі / І.Б. Вовк, В.Ф. Петербурзька // Педіатрія, акуш. та гінекологія. – 2009. – № 4. – С. 246–247.
7. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков: Рук-во для врачей. / Ю.А. Гуркин. – Санкт-Пет. «Фолиант», 2008. – 560 с.

УДК 618.14-06:618.11-07-089-035

**Ендоскопічна діагностика та лікування
поєднаної патології матки і яєчників
з репродуктивних позицій**

Г.В. Колесник

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

Результати проведених досліджень свідчать про актуальність наукового завдання, що вивчається – поєднана патологія матки і яєчників. Розроблений алгоритм діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів дозволяє підвищити ефективність оперативного лікування, а за бажання пацієнток і відсутності протипоказань – відновити репродуктивну функцію.

Ключові слова: поєднана патологія матки і яєчників, діагностика, хірургічне лікування.

У структурі гінекологічної патології лейоміома матки і пухлини яєчників займають провідні місця. Так, за різними джерелами ці захворювання зустрічається в 30–35% жінок репродуктивного віку [1, 2] і приблизно в 30% з них новоутворення яєчників супроводжує лейоміома матки. При цьому основним варіантом лікування даної патології є оперативний [3, 4].

Традиційні підходи в оперативній гінекології, пануючі десятиліттями, витісняються новими прогресивними технологіями, що викликає суперечку 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 пухлини яєчника і лейоміоми. Існує як точка зору про необмежені можливості ендоскопічної хірургії, так і скептичне відношення до впровадження нових технологій і переходу оперативної гінекології до малоінвазивності [1–4].

Сьогодні визнані в усьому світі авторитети в ендоскопічній хірургії стверджують, що немає обмежень для виконання лапароскопічної операції по видаленню матки [1, 3]. Досвід світової хірургії свідчить на користь того, що надмірно конфронтаційний, не хestуючий крайніми думками шлях розвитку, прагнучий до розробки «стандартних для всіх» альтернатив, не завжди продуктивний [2, 4]. Усі ці підходи є поки предметом обговорення. 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 і яєчників. Аналіз наукової літератури свідчить про недостатнє освітлення вказаних аспектів проблеми, що з'явилося підставою до проведення справжнього дослідження.

Мета дослідження: підвищити ефективність лікування поєднаною патологією матки і яєчників на підставі вивчення клініко-ехографічних, ендокринологічних і морфологічних особливостей, а також удосконалення і впровадження алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для виконання справжнього дослідження під нашим спостереженням знаходилися пацієнтки з доброякісними пухлинами яєчників і матки. Нами обстежені 160 пацієнток, 110 з них увійшло до основної групи (ендоскопічні методи лікування), 50 пацієнток склали групу порівняння (загальноприйняті методи лікування).

У всіх жінок, що спостерігалися, детально вивчався анамнез життя, проведений аналіз премоурбідного фону, перенесених у минулому супутніх гінекологічних і загальносоматичних захворювань, особливості менструальної, статевої і генеративної функцій.

Усім хворим проведений стандарт обстеження з врахуванням нозології наявної патології. Перед операцією проводилася консультація терапевтом і анестезіологом, і за показаннями – іншими фахівцями.

З додаткових методів дослідження застосовувалися: оцінювання ендокринологічного статусу, ехографія, гістосальпінгографія, рентгенологічне дослідження шлунку і кишечника, гістоскопія, лапароскопія, кольпоскопія.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати досліджень свідчать, що середній вік пацієнток з поєднаною патологією матки і яєчників становить $35,1 \pm 5,2$ року, тривалість захворювання – $2,2 \pm 0,8$ року, а основними скаргами є порушення менструальної функції (61,2%) і репродуктивної функції (28,9%); больовий синдром (46,4%) і диспауренія (24,3%).

При поєднаній патології матки і яєчників лейоміома матки була з субсерозним розташуванням вузлів в 40,1%; з інтерстиціальним розташуванням вузлів – в 36,0%; поєднана лейоміома – в 16,9% і з субмукозним розташуванням вузлів – 7,0%. Частота супутньої гіперплазії ендометрія склала 52,9%.

У структурі доброякісних пухлин яєчників за наявності поєднаної патології матки переважали епітеліальні (49,8%) і герміногенні пухлини яєчників (26,5%) в порівнянні з пухлинами строми статевого тяжа (7,7%); фолікулярними (6,3%), параоваріальними (4,8%) і ендометрійдними кістами (4,9%).

Зміни ендокринологічного статусу знаходяться в прямій залежності від супутніх захворювань органів і ланок репродуктивної системи всього організму жінки:

- у жінок в лейоміомою матки і епітеліальними пухлинами яєчників має місце підвищення рівня ФСГ;
- при поєднанні лейоміоми матки з герміногенними пухлинами яєчників і пухлинами строми статевого тяжа – підвищення вмісту ЛГ, пролактину і прогестерона;
- у пацієнток з лейоміомою матки і фолікулярними кістами всі показники гормонального статусу були підвищені, окрім прогестерону;
- при ендометрійдних кістах яєчників і лейоміомі матки рівень ЛГ, естрадіолу, пролактину і прогестерону були достовірно збільшені.

Діагностика лейоміоми матки, пухлин і пухлиноподібних утворень яєчників не може базуватися на одному якомусь методі дослідження, а вимагає цілого комплексу діагностичних заходів (трансвагінальне УЗД, доплерографія, гістеро- і лапароскопія) для встановлення факту наявності пухлинної утворення на ранніх стадіях розвитку і проведення диференціальної діагностики доброякісного або злоякісного процесу, а також визначення можливої морфологічної будови пухлини і уточнення дійсної пухлинної або непухлинної природи утворень матки і яєчників. Інформативність такого підходу складає 96,4%.

Об'єм хірургічного втручання при поєднанні патології матки і яєчників визначається ступенем ураження органів репродуктивної системи, віком пацієнтки, бажанням зберегти і відновити репродуктивну функцію і результатами морфологічних досліджень до і під час операції.

Частота відновлення репродуктивної функції після оперативного лікування поєднаної патології матки і яєчників складає через 1–2 роки 47,2%, а основними причинами негативного лікування безпліддя є виражений спайковий процес – 70,6%; рецидиви лейоміоми (17,76%), кіст (17,6%) і пухлин яєчників (11,8%).

Для практичної охорони здоров'я ми можемо рекомендувати наступні моменти:

1. Алгоритм обстеження пацієнток з підозрінням на поєднану патологію матки і яєчників повинен включати наступні етапи:

I етап – загальноклінічне, ендокринологічне дослідження і визначення неспецифічного маркера пухлинного зростання СА-125.

II етап – функціональні методи дослідження (трансвагінальне УЗД, доплерометрія з виміром кровотоку у вузлі міоми, в кісті або пухлині яєчника, його капсулі і прилеглому ендометрії, гістоскопія з подальшим гістологічним дослідженням матеріалу).

III етап – при необхідності діагностична лапароскопія.

2. Тактика оперативного лікування поєднаної патології матки і яєчників включає наступні моменти:

- проведення консервативно-пластичних або радикальних операцій з врахуванням ступеня ураження органів репродуктивної системи, віком пацієнтки, бажанням зберегти і відновити репродуктивну функцію і результатами морфологічних досліджень до і під час операції;
- післяопераційна реабілітація з використанням гормональної корекції і медикamentозної терапії дисметаболических порушень;
- диспансерне спостереження: кольпоскопія, УЗД і доплерометрія, оцінка гормонального статусу і визначення неспецифічного онкомаркера СА-125;
- контрольна гістеро- і лапароскопія за показаннями.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про актуальність наукового завдання, що вивчається – поєднана патологія матки і яєчників. Розроблений алгоритм діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів дозволяє підвищити ефективність оперативного лікування, а за бажання пацієнток і відсутності протипоказань – відновити репродуктивну функцію.

Эндоскопическая диагностика и лечение сочетанной патологии матки и яичников с репродуктивных позиций
А.В. Колесник

Результаты проведенных исследований свидетельствуют об актуальности изучаемой научной задачи – сочетанная патология матки и яичников. Разработанный алгоритм диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий позволяет повысить эффективность оперативного лечения, а при желании пациенток и отсутствии противопоказаний – восстановить репродуктивную функцию.

Ключевые слова: *сочетанная патология матки и яичников, диагностика, хирургическое лечение.*

Endoscopic diagnostics and treatment complex pathologies of uterus and ovariums from reproductive positions
A.V. Kolesnik

Results of the spent researches testify to an urgency of a studied scientific problem – complex pathology of a uterus and ovariums. The developed algorithm of diagnostic, treatment-and-prophylactic and rehabilitation actions allows to raise efficiency of operative treatment, and at desire of patients and absence of contra-indications – to restore reproductive function.

Key words: *complex pathology of a uterus and ovariums, diagnostics, surgical treatment.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Воробйова Л.І. Сучасні принципи хірургічного лікування доброякісних пухлин матки і придатків / Л.І. Воробйова, Ю.С. Доценко, Г.В. Євтушенко // ПАГ. – 2012. – № 3. – С. 78–79.
2. Гайдарова А.Х. Сочетанные и симультанные операции в гинекологии / А.Х. Гайдарова, В.Д. Чупрынин // Новые технологии в гинекологии / Под ред. В.Н. Кулакова, Л.В. Адамян. – К.: Пантори, 2008. – С. 173–174.
3. Галлинин Ю.И. Лапароскопическая миомектомия и аднексектомия / Ю.И. Галлинин, А.Д. Тимошин. – Минск, 2012. – 61 с.
4. Диагностическая значимость определения онкомаркеров СА 125, СА 19–9, СЕА в гинекологии: Методические рекомендации / [Адамян Л.В., Фанченко Н.Д., Алексеева М.Л. и др.]. – М., 2014. – 45 с.

УДК 618.11-006.327:612.621.31:618.19-007.7

Порушення репродуктивної функції при фіброзно-кістозній хворобі

Р.Е. Кубрак

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

Результати проведених досліджень свідчать, що в патогенезі проліферативних форм фіброзно-кістозної хвороби у всіх вікових групах лежить загальний механізм, що полягає в недостатньому впливі на тканини грудних залоз Прогестерону і надлишкової дії естрадіолу, що володіє мітогичним ефектом на епітелій, стимулюючим впливом на строму і кровопостачання органу, сприяючий дуктєктазії і формуванню кіст. Отримані результати дозволили встановити хронологічні особливості морфогенезу фіброзно-кістозних змін. Так, із збільшенням віку хворих спостерігається наростання вираженості морфологічних змін тканин грудних залоз, що полягає в зростанні частоти важкого ступеня гіперплазії епітелію з формуванням його солідних проліфератів, кістоутворення і фіброзу внутрішньочасточкової стромы. Отримані результати необхідно використовувати при розробленні комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: *фіброзно-кістозна хвороба, гормональна функція яєчників, морфологічні особливості.*

Вивчення механізмів розвитку, своєчасна діагностика і лікування фіброзно-кістозної хвороби (ФКХ) важливі через дві основні обставини: по-перше, в частині пацієнток розвиток захворювання супроводжується вираженою клінічною симптоматикою, що знижує якість їх життя; по-друге, проліферативні форми ФКХ є чинниками ризику для розвитку раку грудної залози [1, 2]. Дана інформація формує психологічну напруженість пацієнток, призводить до проведення багаточисельних обстежень, повторних курсів комплексного консервативного лікування, оперативних втручань. Усі ці обставини служать причиною дезадаптації хворих, що знаходяться в соціально активному віці. У той же час, дані про гормональну функцію яєчників і морфологічні особливості грудних залоз при ФКХ незначні і суперечливі, що диктує необхідність вивчення цього дуже важливого наукового завдання.

Мета дослідження: вивчення особливостей гормональної функції яєчників і морфологічних особливостей грудних залоз при фіброзно-кістозній хворобі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено обстеження 100 пацієнток з діагнозом ФКХ. Критеріями включення в неї були: вік 20–49 років; наявність клінічних, ультразвукових, морфологічних ознак фіброзно-кістозної хвороби;

індекс маси тіла не більше 29,9 кг/м². Критеріями виключення з дослідження служили: підозра або підтвердження злоякісного процесу в грудній залозі, вагітність, післяпологовий період, лактація, використання протягом останніх 6 міс гормональних засобів.

Групу порівняння склали 50 жінок. Критеріями включення в неї були: вік 20–49 років, відсутність клінічних симптомів захворювання грудних залоз, відсутність гіперпластичних процесів в інших органах репродуктивної системи, регулярний менструальний цикл.

Обстеження включало, разом із загальноприйнятими методами, фізикальне і ультразвукове дослідження грудних залоз, доплерографію з кольоровим доплерівським картированием (КДК) кровотоку в артеріях паренхіми, гормональне дослідження, інтраопераційну біопсію і морфологічні методики. З метою кількісної оцінки інтенсивності масталгії використовували візуально-аналогову шкалу, даних пальпації – бальну оцінку. Для оцінювання гормональної функції яєчників вивчали вміст в сироватці крові естрадіолу, Прогестерону і пролактину по загальноприйнятих методиках. Морфологічні методи дослідження грудних залоз проводилися по загальноприйнятих методиках.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У дослідженні виявлені особливості акушерсько-гінекологічного анамнезу хворих з ФКХ. В порівнянні із здоровими жінками вони в анамнезі в 1,3 разу рідше мали вагітності (67,0% в порівнянні з 88,0% у здорових жінок; $p < 0,01$); у 1,5 разу рідше – пологи (49,0% проти 74,0%; $p < 0,01$); у 2 рази рідше перша вагітність у них завершилася пологами (25,0% проти 50,0%; $p < 0,05$). Менша кількість пацієнок з мастопатією мала одні пологи (35,0% проти 62,0% в групі порівняння; $p < 0,01$). При цьому пацієнтки з ФКХ частіше перенесли більше 3 штучних аборти (31,0% проти 6,0% в групі порівняння; $p < 0,001$). У 19–35 років у пацієнок з проліферативною формою ФКХ в порівнянні з непроліферативною в 2 рази рідше була частота пологів (31,0% і 58,0% відповідно; $p < 0,05$), в 5 разів менше частота два і більш за пологи (4,0% і 22,0%; відповідно, $p < 0,05$); у 46–50 років – в 1,5 разу рідше перша вагітність завершилася пологами.

Із збільшенням віку хворих ФКХ виявлено підвищення частоти супутніх гіперпластичних захворювань матки, патогенетично пов'язаних з функцією яєчників і рівнем статевих гормонів, зокрема міоми матки (з 6,0% в 19–35 років до 40,0% в 46–50 років; $p < 0,001$) і генітального ендометріозу (з 9,0% в 19–35 років до 36,0% в 46–50 років; $p < 0,01$). У хворих 36–45 років з проліферативною формою захворювання в порівнянні з такими, що мають непроліферативну форму, міома матки діагностована частіше в 2,5 разу (44,0% і 18,0%; відповідно; $p < 0,01$), в 46–50 років – в 2 рази (46,0% і 22,0% відповідно; $p < 0,05$). Ці дані підтверджують спільність механізмів розвитку цих захворювань.

Патогенетичне значення клініко-анамнестичних чинників в розвитку ФКХ визначається постнатальним характером морфофункціонального розвитку грудних залоз, який синхронізований з періодами становлення овуляторної і гормональної функцій яєчників і реалізацією репродуктивної функції жінки. Лише у поодиноких дослідженнях були викладені уявлення про наявність взаємозв'язку між

особливостями онтогенетичного формування грудних залоз і розвитком доброякісної патології в різному віці. Виявлені нами чинники можуть впливати на розвиток термінальної дольково-протокової одиниці органу, біологічні властивості її тканин, створити основи для розвитку диспластичного процесу.

Аналіз гормональної функції яєчників виявив, що із збільшенням віку хворих ФКХ так само, як і у жінок групи порівняння, спостерігається очікуване зниження частоти овуляторних циклів (з 62,0% в 19–35 років до 24,0% в 46–50 років; $p < 0,001$). При цьому достовірно підвищення частоти гормональної недостатності яєчників із збільшенням віку хворих визначається лише за наявності у них непроліферативної форми захворювання (з 46,0% в 19–35 років до 78,0% в 46–50 років; $p < 0,01$). У пацієнок з проліферативною формою ФКХ її частота в різних вікових підгрупах залишається стабільною: у 19–35 років – 68,0%, в 36–45 років – 72,0%, в 46–50 років – в 70,0%.

У хворих з проліферативною формою захворювання у віці 19–35 років в порівнянні з такими, що мають непроліферативну форму, вище концентрація в крові пролактину ($387,7 \pm 45,0$ і $282,1 \pm 24,1$ мМЕ/л відповідно; $p < 0,05$) і естрадіолу (на 5–7-й день циклу $326,4 \pm 29,1$ і $235,3 \pm 19,1$ пмоль/л відповідно; $p < 0,05$) і менше вміст Прогестерону ($21,9 \pm 2,7$ і $29,1 \pm 2,1$ нмоль/л відповідно; $p < 0,05$). У віці 36–45 років у хворих з проліферативною формою ФКХ в порівнянні з непроліферативною була вища концентрація естрадіолу (на 20–23-й день циклу $461,3 \pm 40,3$ і $334,9 \pm 37,9$ пмоль/л відповідно; $p < 0,05$) і величина відношення Е/П ($42,0 \pm 4,7$ і $16,8 \pm 2,2$ відповідно; $p < 0,01$); у 46–50 років відрізнялися концентрація Прогестерону ($8,3 \pm 0,8$ і $18,3 \pm 1,4$ нмоль/л відповідно; $p < 0,01$), величини відношення Е/П ($37,3 \pm 4,6$ і $12,4 \pm 1,2$ відповідно; $p < 0,001$). Найбільш низька концентрація в крові Прогестерону і висока величина відношення Е/П були характерні для пацієнок, що мають виражений ступінь проліферації епітелію в порівнянні з помірним (концентрація Прогестерону $8,3 \pm 0,7$ і $65,6 \pm 5,1$ нмоль/л відповідно; $p < 0,01$; величина відношення Е/П $65,6 \pm 5,1$ і $31,1 \pm 3,5$ відповідно; $p < 0,01$).

При аналізі структури ФКХ виявлене, що у всіх вікових підгрупах переважала непроліферативна форма захворювання в порівнянні з проліферативною: у 19–35 років – 72,8% і 27,2% ($p < 0,001$); у 36–45 років – 57,6% і 42,4% ($p < 0,05$); у 46–50 років – 64,4% і 35,6% ($p < 0,01$) відповідно. При цьому встановлено, що формування часточкового варіанту непроліферативної форми ФКХ, при якому при збереженні структури часточок і проток визначається посилений розвиток або гіаліноз сполучної тканини, в порівнянні з прострумовим і змішаним, характерний в більш ранньому віці ($\tau = 0,32$; $p < 0,05$). Так, у пацієнок 19–35 років часточковий варіант зустрічався з частотою 66,7%, що було вище, ніж в 36–45 років (22,4%, $p < 0,01$) і в 46–50 років (21,9%, $p < 0,01$). Навпаки, у хворих 36–45 і 46–50 років найчастіше діагностований прострумовий варіант (44,7% і 50,7% відповідно), при якому спостерігалось склерозування позадолькової строми і розширення позадолькових проток.

Серед проліферативних форм захворювання у хворих всіх вікових груп переважав помірний ступінь проліферації епітелію. Найчастіше в патологічний процес були залучені як внутрішньо-, так і позадолькові протоки (змішаний тип проліферації). Із збільшенням віку хворих спостерігалось зростання їх частки, що має виражену і атипову гіперплазію епітелію. Так, в 46–50 років форма атипії зустрічалась

ся частіше (19,2%, $p < 0,01$), ніж в 19–35 років (4,9%) і 36–45 років (3,5%). Виявлений прямий взаємозв'язок між віком жінки і солідною проліферацією епітелію в часточках ($r = 0,35$; $p < 0,05$).

Виявлена пряма кореляція між віком жінки і наявністю кіст в структурі грудних залоз ($r = 0,32$; $p < 0,01$). Визначено, що фіброзування внутрішньочасточкової стромы зустрічалося частіше у хворих 46–50 років (36,2%) в порівнянні з 19–35 роками (15,3%) і 36–45 роками (18,4%) ($p < 0,05$).

ВИСНОВКИ

Таким чином, згідно з нашими даними, в патогенезі проліферативних форм ФКХ у всіх вікових групах лежить загальний механізм, що полягає в недостатньому впливі на тканині грудних залоз Прогестерону і надлишковій дії естрадіолу, що володіє мітотичним ефектом на епітелій, стимулюючим впливом на строму і кровопостачання органу, сприяючий дуктектазії і формуванню кіст. Отримані результати дозволили встановити хронологічні особливості морфогенезу фіброзно-кістозних змін. Так, із збільшенням віку хворих спостерігається наростання вираженості морфологічних змін тканин грудних залоз, що полягає в зростанні частоти важкого ступеня гіперплазії епітелію з формуванням його солідних проліферативів, кістоутворення і фіброзування внутрішньочасточкової стромы. Отримані результати необхідно використовувати при розробці комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Нарушение репродуктивной функции при фиброзно-кистозной болезни Р.Е. Кубрак

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что в патогенезе пролиферативных форм фиброзно-кистозной болезни во всех возрастных группах лежит общий механизм, заключающийся в недостаточном влиянии на ткани грудных желез прогестерона и избыточном воздействии эстрадиола, обладающего митотическим эффектом на эпителий, стимулирующим влиянием на строму и кровоснабжение органа, способствующий дуктектазии и формированию кист. Полученные результаты позволили установить хронологические особенности морфогенеза фиброзно-кистозных изменений. Так, с увеличением возраста больных наблюдается нарастание выраженности морфологических изменений тканей грудных желез, заключающееся в возрастании частоты тяжелых степеней гиперплазии эпителия с формированием его солидных пролифератов, кистообразовании и фиброзировании внутридольковой стромы. Полученные результаты необходимо использовать при разработке комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: фиброзно-кистозная болезнь, гормональная функция яичников, морфологические особенности.

Infringements of reproductive function at fibroze-cystes illnesses R.E. Kubrak

Results of the spent researches testify, that in pathogenesis proliferative forms fibroze-cystes illnesses in all age groups the general mechanism consisting in insufficient influence on fabrics of mammary glands of a progesterone and superfluous influence estradiol, possessing mytoti-

cal effect on epithelium, stimulating influence on stroma and the body blood supply, promoting ductectazia and to formation cystes lays. The received results have allowed to establish chronological features morfogenesise fibroze-cystes changes. So, with increase in age of patients increase of expressiveness of morphological changes of fabrics of the mammary glands, consisting in increase of frequency of heavy degrees hyperplasia of epithelium with its formation solid is observed. The received results are necessary for using by working out of a complex of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: fibroze-cystes illness, hormonal function ovariums, morphological features.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гинекология от пубертата до постменопаузы: практическое руководство / под ред. Айламазян Э.К. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 447 с.
2. Исследование молочных желез в практике акушера-гинеколога: методическое пособие / под ред. Коган И.Ю. – СПб.: Изд.-во Н-Л, 2014. – 23 с.

УДК 618.14-006.36-089.87-039.73-06:618.17-008.8

Влияние консервативной миомэктомии на менструальную функцию женщин

Е. О. Литвак

Научно-практический центр профилактической и клинической медицины
Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что консервативная миомэктомия является одним из наиболее приемлемых вариантов оперативного лечения лейомиомы матки у женщин репродуктивного возраста, особенно до 40 лет. Полученные результаты позволяют отметить позитивное влияние перенесенной операции на восстановление нарушенной менструальной функции, особенно при адекватно подобранной реабилитационной терапии.

Ключевые слова: консервативная миомэктомия, менструальная функция.

Лейомиома матки относится к наиболее часто встречающейся доброкачественной опухоли половых органов женщины и занимает значительное место среди патологии репродуктивной системы [1–5]. Существующие методы консервативной терапии больших лейомиомой матки очень часто являются недостаточно или абсолютно неэффективными, в связи с чем приходится прибегать к оперативному лечению. При этом до 80,0% всех оперативных вмешательств приходится на радикальные операции – ампутацию или экстирпацию матки. Вместе с тем отмечено, что лейомиома матки довольно часто встречается у молодых женщин. В возрасте до 40 лет оперативному вмешательству подвергаются до 30,0% больных лейомиомой [1–5]. Радикальные операции лишают женщину в дальнейшем возможности иметь детей и приводят к значительным изменениям в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе, 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.

Однако удельный вес миомэктомии до настоящего времени остается небольшим и составляет до 20,0% [2, 4]. Обусловлено это целым рядом причин: технической сложностью операции, требующей хорошей хирургической подготовки оперирующего врача, возможностью возникновения рецидивов миомы, более высокой частотой послеоперационных воспалительных осложнений, развитием массивного спаечного процесса в малом тазу, нередко приводящего к появлению перитонеальной формы бесплодия и симптомов спаечной болезни.

В настоящее время в отечественной и зарубежной литературе имеется большое количество исследований, посвященных проблеме реконструктивно-пластических операций на матке у больных миомой матки вне беременности. Анализ этих работ

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 хирургического органосохраняющего лечения больших лейомиомой матки является актуальной как в медицинском, так и в социальном аспектах, решение которой, несомненно, повысит безопасность проведения реконструктивно-пластических операций и эффективность восстановления менструальной функции пациенток.

Цель исследования: изучение особенностей менструальной функции женщин после консервативной миомэктомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели нами проведено обследование 100 пациенток репродуктивного возраста с лейомиомой матки. Средний возраст пациенток составил $35,7 \pm 3,7$ года.

При анализе структуры гинекологических заболеваний было выявлено, что только у 10,0% пациенток лейомиома матки встречалась изолированно. Во всех остальных случаях она сочеталась с отягощенным гинекологическим анамнезом. Почти 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%).

В патогенезе развития лейомиомы матки, как известно, определенная роль отводится оперативным вмешательствам на органах малого таза. Открытое оперативное вмешательство на органах малого таза было произведено у 10,0% пациенток с лейомиомой. Показаниями являлись патология яичников, эктопическая беременность, кесарево сечение и консервативная миомэктомия. У 36,0% женщин к моменту операции выполнялось лечение шейки, у 24,0% лечебно-диагностические выскабливания полости матки и цервикального канала. Помимо гинекологических вмешательств большое влияние на процесс спайкообразования в малом тазу оказывают и различные хирургические операции. Наибольшее значение имеет аппендэктомия, которая производилась у 16,0% женщин, причем у 2,0% воспаление червеобразного отростка осложнилось разлитым перитонитом.

Особое внимание уделялось изучению менструальной функции. Средний возраст наступления менархе был $13,3 \pm 1,4$ года с колебаниями от 10 до 18 лет. В возрасте до 10 лет менструация наступила у 2,0%, столько же пациенток имели в анамнезе позднее менархе. Практически у всех девушек месячные установились в период до 6 мес – 92,0%, у 6,0% – в течение первых 1–2 лет, а у 2,0% оставался нерегулярным вплоть до момента операции. Средняя продолжительность менструации составила $5,1 \pm 0,7$ дня, варьируя от 2 до 10 дней. У 16,0% менструации насчитывали более 7 дней. В среднем менструальный цикл длился $28,2 \pm 2,4$ дня (от 21 до 40 дней). У 88,0% пациенток к моменту операции он был регулярным. Большинство (60,0%) оценивали кровопотерю во время менструации как умеренную, у 40,0% па-

циенток отмечалась гиперменорея. Болезненный менструальный цикл отмечала треть пациенток (32,0%). Итак, на момент операции 50,0% пациенток имели те или иные нарушения менструальной функции.

Почти треть больных (32,0%) беспокоили обильные, длительные менструации, появившиеся после появления миомы матки. У 24,0% на фоне этого по результатам общего анализа крови были выявлены признаки анемии. При этом чаще всего она протекала в легкой форме (14,0%). Анемия средней степени тяжести развилась у 6,0%. Уровень гемоглобина ниже 70 г/л диагностирован у только 2,0% женщин.

Основными показаниями для хирургического лечения у обследуемых пациенток были 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.

Среди многих факторов, определяющих эффективность оперативного лечения, ведущее место занимает техника проведения самой операции.

Входжение в брюшную полость осуществляли преимущественно через поперечный надлобковый разрез по Пфанненштилю (92,0%) и у 8,0% пациенток через нижнесрединный разрез. Нижнесрединное чревосечение производили лишь при больших размерах лейомиомы (больше 20 недельной беременности) или по старому продольному кожному рубцу после предшествующих оперативных вмешательств.

В подавляющем большинстве случаев удалялись единичные образования. Так, миомэктомия 1 узла была произведена у 50,0% пациенток, 2 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.

В нашей работе во время операции у 18,0% женщин удаление миоматозных узлов происходило со вскрытием полости матки. При этом только у 6,0% имело место субмукозное расположение узла. Достоверно чаще ($p < 0,05$) лейомиома располагалась в толще миомерия и вскрытие полости происходило в связи с энуклеацией интерстициальных узлов с центрипетальным ростом, что наблюдалось у 12,0% пациенток. При этом размер опухоли был 3–12 см, причем в 8,0% случаях он превышал 5 см.

Во время операции проводили ревизию органов малого таза для выяснения необходимости дополнительных оперативных вмешательств, в результате, консервативная миомэктомия в чистом виде была произведена только у 22,0% пациенток. В остальных случаях удаление лейомиоматозных узлов сочеталось с выполнением других гинекологических операций. Наиболее частой сопутствующей патологией были кисты яичников (42,0%).

Поскольку больше половины из оперированных женщин уже выполнили свою детородную функцию, и большинство не планировали беременности в будущем, то 28,0% пациенток дали свое согласие на проведение добровольной хирургической стерилизации.

У 22,0% пациенток во время операции отмечался выраженный спаечный процесс в малом тазу, что связано с предыдущими оперативными вмешательствами и большой распространенностью воспалительных заболеваний гениталий. У всех

женщин произведено разделение спаек, причем у 6,0% пациенток, наряду с сальпингоовариализмом, произведена сальпингостоматопластика.

Общая кровопотеря во время операции колебалась от 50 мл при удалении единичного субсерозного узла на ножке до 1000 мл при множественной лейомиоме матки больших размеров. Благодаря высокому профессионализму и подготовке оперирующих врачей в 94,0% случаях кровопотеря не превысила 400 мл. Для профилактики и лечения гемодинамических нарушений у 6,0% больных производилась гемотрансфузия свежезамороженной плазмой (интраоперационно) и эритроцитарной массой (в послеоперационном периоде). Только в 2,0% случаев, с целью уменьшения количества теряемой во время операции крови была произведена певязка магистральных сосудов матки.

Продолжительность оперативного вмешательства колебалась от 30 до 120 мин и составила в среднем $56,9 \pm 8,1$ мин.

С целью изучения отдаленных результатов консервативной миомэктомии, проведено комплексное обследование и анкетирование женщин после оперативного лечения. Из 100 пациенток в наше исследование было включено 60, так как 40 женщин проживали в отдаленных районах, сменили постоянное место жительства или отказались принимать участие в исследовании по личным причинам. Полученная выборка статистически не отличалась от генеральной совокупности ни по одному из анализируемых параметров (по возрасту, сопутствующей соматической и гинекологической патологии, акушерскому анамнезу, размерами матки и количеством удаленных во время операции узлов и т.д.).

Полученные результаты оценивались при помощи критерия Макнимана для связанных выборок. Данный критерий позволяет наиболее точно определить влияние того или иного события (в нашем случае – выполнение консервативной миомэктомии) на динамику номинального признака в одной и той же выборке «до» и «после» его проведения.

Становление регулярного менструального цикла у 93,3% оперированных женщин произошло в течение первых 3 мес. Однако нам было трудно оценить влияние миомэктомии на этот процесс, поскольку с целью реабилитационной терапии 93,3% пациенток принимали различные гормональные препараты. Комбинированные оральные контрацептивы использовали 43,3% женщин, 46,7% были назначены гестагены: 16,7% по 10 мг с 5 по 25 день менструального цикла, а остальным 30,0% – только во 2 фазу (с 16 по 25). Длительность приема колебалась от 3 мес до 1 года. Несмотря на то, что до проведения миомэктомии 46,7% пациенток также эпизодически употребляли гормональные препараты, характер менструального цикла в послеоперационном периоде мы оценивали спустя не менее 3 мес после последнего приема данных лекарственных средств. Анализ характера менструального цикла показал, что после миомэктомии достоверно снизилось количество теряемой во время менструации крови, а также длительность кровотечений. Сохранившиеся после операции обильные менструации у 90,0% пациенток отмечались с периода менархе. И только 10,0% пациенток спустя 6–8 мес после миомэктомии отметили некоторое увеличение кровопотери во время менструации. При дальнейшем обследовании у них был выявлен рецидив лейомиомы матки с подслизистым расположением узла. Гораздо меньшее количество пациенток принимали в это время

анальгетики. Несмотря на то, что средняя продолжительность менструального цикла и длительность менструаций осталась практически прежней, несколько уменьшилась их вариация.

При опросе 83,3% женщин субъективно отметили нормализацию менструального цикла, почти у всех пациенток он стал таким, какой он был до появления миомы матки. Все это положительно сказалось на самочувствии больных, отразилось на их работоспособности и качестве жизни.

Полученные результаты свидетельствуют, что после проведения консервативной миомэктомии снизилось количество всех предъявляемых жалоб. Достоверно меньше обследуемых женщин стали беспокоить боли в нижних отделах живота, обильные менструации. Наиболее часто болевой синдром в послеоперационном периоде был связан с наличием спаечного процесса в брюшной полости и наличием эндометриоза различной локализации, который был диагностирован еще во время миомэктомии.

Ни у одной из пациенток за наблюдаемый период времени не наблюдалось расстройств мочеиспускания, связанных с наличием миомы.

В течение первого года после операции, на фоне приема гормональной терапии, у некоторых пациенток отмечались межменструальные кровянистые выделения из половых путей. Спустя год метроррагии отмечали только 6,7% пациенток. При обследовании у них был выявлен гиперпластический процесс эндометрия, что послужило причиной проведения гистероскопии.

ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований консервативная миомэктомия является одним из наиболее приемлемых вариантов оперативного лечения лейомиомы матки у женщин репродуктивного возраста, особенно до 40 лет. Полученные результаты позволяют отметить позитивное влияние перенесенной операции на восстановление нарушенной менструальной функции, особенно при адекватно подобранной реабилитационной терапии.

Вплив консервативної міомектомії на менструальну функцію жінок О.О. Литвак

Результати проведених досліджень свідчать, що консервативна міомектомія є одним з найбільш прийнятних варіантів оперативного лікування лейомиоми матки у жінок репродуктивного віку, особливо до 40 років. Отримані результати дозволяють відзначити позитивний вплив перенесеної операції на відновлення порушеної менструальної функції, особливо при адекватно підібраній реабілітаційній терапії.

Ключові слова: консервативна міомектомія, менструальна функція.

Influence of conservative myomectomy on menstrual function of women E. O. Linvak

Results of the spent researches testify, that conservative myomectomy is one of the most comprehensible variants of operative treatment leiomyoma of uterus at women of reproductive

age, especially till 40 years. The received results allow to note positive influence of the transferred operation on restoration broken menstrual functions, especially at adequately picked up rehabilitation therapy.

Key words: conservative myomectomy, menstrual function.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Густоварова Т.А. Клинико-морфологические параллели состояния рубца на матке после консервативной миомэктомии / Т.А. Густоварова, А.Н. Иванян, А.Е. Доросевич // Вестник Смоленской медицинской академии, Смоленск, 2012, 4: 26–28.
2. Коржув С.И. Миомэктомия как метод сохранения и восстановления репродуктивной функции женщин / С.И. Коржув, А.Н. Иванян, Т.А. Густоварова // Вестник Смоленской медицинской академии, Смоленск, 2013, 4: 136–138.
3. Кулаков В.И. Оперативная гинекология – хирургические энергии: Руководство / В.И. Кулаков, Л.В. Адамян, О.А. Мынбаев. – М.: Медицина, 2010. – 860 с.
4. Руководство по эндокринологической гинекологии / Под ред. Е.М. Вишляевой. – М.: МИА, 2012: 487–570.
5. Хирш Х.А. Оперативная гинекология / Пер. с англ. / Х.А. Хирш, О. Кезер, Ф.А. Икле. – М.: ГЭОТАР, 2011. – 649 с.

УДК 618.1-06:618.19

Влияние генитального эндометриоза на состояние грудных желез

Б.М. Лысенко

Государственное управление делами.

Научно-практический центр профилактической и клинической медицины
Национальная медицинская академия последиplomного образования
имени П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенных исследований показали, что генитальный эндометриоз оказывает негативное влияние на состояние грудных желез, особенно в плане развития диффузной мастопатии и пролиферативных процессов. При различных вариантах лечения отмечается снижение патологических образований в грудных железах по мере эффективности проводимых мероприятий. Изучение маммологического статуса мы считаем обязательным у пациенток с генитальным эндометриозом как до лечения, так и после различных вариантов терапии.

Ключевые слова: генитальный эндометриоз, грудные железы.

В настоящее время эндометриоз является одним из распространенных заболеваний женщин репродуктивного возраста [1–9]. Частота этого заболевания, по различным данным, варьирует в достаточно широких пределах – от 7% до 50% [1, 3, 7]. Увеличение частоты встречаемости эндометриоза связано, с одной стороны, с возросшими диагностическими возможностями, и, с другой стороны – с ухудшением экологической обстановки, приводящим к повреждению эндокринной, иммунной и антиоксидантной систем [1, 9].

Несмотря на значительное число исследований, посвященных различным аспектам эндометриоза [1–9], до сих пор остаются невыясненными многие вопросы этиологии и патогенеза заболевания, особенности клинической картины в зависимости от локализации процесса. Кроме того отсутствуют данные о состоянии грудных желез (ГЖ) при различных методах лечения данной патологии.

Все изложенное выше свидетельствует об актуальности изучения маммологического статуса у больных с генитальным эндометриозом.

Цель исследования: изучение маммологического статуса у больных с генитальным эндометриозом до лечения, а также после оперативного и консервативного лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели было обследовано 273 больные с генитальным эндометриозом различной локализации и степени выраженности, которые были разделены на три группы в зависимости от используемых методов лечения:

1-я группа – 64 пациентки, получавшие различные варианты консервативного лечения до 6 месяцев (гестагены, аналоги лютеинизирующего релизинг-гормона);

2-я группа – 111 больных, перенесших различные варианты оперативного лечения (от односторонней аднексэктомии до эстирпации матки с придатками);

3-я группа – 98 больных генитальным эндометриозом, которые еще не получали лечения и находились на этапе обследования.

В сравнительном аспекте были изучены следующие моменты: маммологический статус, данные инструментальных методов обследования и результаты цитологического исследования пунктата из очаговых образований ГЖ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При изучении маммологического статуса у обследуемых выясняли основные жалобы, проводили осмотр и пальпацию ГЖ.

Как свидетельствуют полученные результаты в 3-й группе гипертрофия ГЖ выявлена у 12,9% пациенток; очаги уплотненной ткани – у 33,2%; округлые образования – у 12,1%; выделения из сосков – у 22,3% (причем, у 14,8% – скудные и у 7,5% – умеренные). У большинства женщин (87,3%) консистенция ГЖ была диффузно-неоднородной. Мастодиния и болезненность ГЖ при выявлена соответственно у 33,2% и 36,7% женщин.

По сравнению с этим, в 1-й группе гипертрофия ГЖ диагностирована у 6,7%; очаги уплотненной ткани – у 20,3%; округлые образования – у 6,3%; галакторея – у 20,4%. У 70,6% пациенток консистенция ГЖ была диффузно-неоднородной. Жалобы на спонтанную болезненность ГЖ предъявляли 45,3% обследованных, а на болевые ощущения при пальпации – 20,3%.

Во 2-й группе у 30,6% пациенток обнаружена гипертрофия ГЖ; очаги уплотненной ткани диагностированы у 9,0%; округлые образования – у 12,6%; галакторея – у 18,9%. Практически у всех обследованных 2-й группы (90,1%) выявлена диффузно-неоднородная консистенция ГЖ. Спонтанная болезненность ГЖ отмечена у 45,0% пациенток, а болезненность при пальпации – соответственно у 9,0% пациенток после оперативного лечения.

Следовательно, для маммологического статуса больных генитальным эндометриозом независимо от варианта лечения характерно: субъективно – масталгия, а объективно – признаки мастопатии (диффузно-неоднородная консистенция), очаги уплотненной ткани и округлые образования в ГЖ.

Резюмируя данные инструментальных методов обследования (маммография и УЗИ) в различных группах необходимо отметить, что при проведении консервативной терапии отмечается положительная динамика состояния ГЖ, а радикальные хирургические вмешательства способствуют возникновению дегенеративно-инволютивных изменений в ГЖ на фоне уже имеющихся, прогрессирование которых нарастает по мере расширения объема оперативного вмешательства.

Для выявления пролиферативной активности, диспластических изменений и признаков атипии нами проводилось изучение результатов цитологического исследования пунктата из очаговых образований ГЖ.

Так, в групі пацієнток, не отримавших лікування, пункційна біопсія була виконана у 45,3% хворих, і у кожній з них виявлені те або інші зміни: наявність проліферативних процесів виявлено у 39,4% жінок, диспластичні зміни – у 5,7% і ознаки атиpii – у 1,0% пацієнток.

Серед хворих після проведеної консервативної гормональної терапії пункція проводилась у 26,6% пацієнток і по її результатам встановлено: проліферативних змін в пунктаті не було у 7,8%; проліферативний епітелій виявлено у 17,2%, а ознаки дисплазії у 6,3% пацієнток.

У групі прооперованих хворих пункційна біопсія була проведена у 21,6%: зміни в отриманому матеріалі відсутні у 13,5%; явлення проліферативних змін у 7,2%, а диспластичні зміни у 1,0% пацієнток.

Ітак, генітальний ендометріоз супроводжується проліферативними процесами в ГЗ навіть до атиpii, вираженість яких зменшується після проведеного консервативного, так і хірургічного лікування даної патології.

Выводы

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, генітальний ендометріоз негативно впливає на стан грудних залоз, особливо в плані розвитку дифузної мастопатії і проліферативних процесів. При різних варіантах лікування відзначається зниження патологічних утворень в грудних залозах за мірою ефективності заходів, що проводяться. Вивчення маммологічного статусу ми вважаємо обов'язковим у пацієнток з генітальним ендометріозом як до лікування, так і після різних варіантів терапії.

Вплив генітального ендометріозу на стан грудних залоз

Б.М. Лисенко

Результати проведених досліджень показали, що генітальний ендометріоз негативно впливає на стан грудних залоз, особливо в плані розвитку дифузної мастопатії і проліферативних процесів. При різних варіантах лікування наголошується зниження патологічних утворень в грудних залозах за мірою ефективності заходів, що проводяться. Вивчення маммологічного статусу ми вважаємо обов'язковим у пацієнток з генітальним ендометріозом як до лікування, так і після різних варіантів терапії.

Ключові слова: генітальний ендометріоз, грудні залози.

Influence of genital endometriosis on condition dairy glands

B.M. Lusenko

Results of the lead researches have shown, that genital endometriosis renders negative influence on a condition dairy glands, is especial in the plan for development diffusion mastopatia and proliferative processes. At various variants of treatment decrease in pathological formations in dairy glands is marked in process of efficiency of spent actions mammological status we count studying obligatory at patients with genital endometriosis both before treatment, and after various variants of therapy.

Key words: genital endometriosis, dairy glands.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В. Современные подходы к лечению эндометриоза / Л.В. Адамян, М.В. Бобкова // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 3. – С. 10–14.
2. Адамян Л.В. Эндометриозы / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков. – М.: Медицина, 2013. – 317 с.
3. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза / В.П. Баскаков, Изд. 2. – Л.: Медицина, 2009. – 240 с.
4. Баскаков П.М. Використання декапентилу-3,75 у комплексі реабілітаційних заходів після лапароскопічного лікування ендометріозу / П.М. Баскаков, В.В. Літвінов, І.А. Хомуленко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1999. – № 5. – С. 120–121.
5. Давыдов А.И. Генитальный эндометриоз / Клинические лекции по акушерству и гинекологии / А.И. Давыдов, В.М. Пашков / Под ред. Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2010. – С. 241–261.
6. Коханевич Е.В. Современные методы диагностики и лечения генитального эндометриоза / Е.В. Коханевич, С.В. Дудка, И.О. Судомо // 36. наук. праць асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «Фенікс», 2001. – С. 340–342.
7. Antoni J. Duleba Diagnosis of endometriosis / J. Antoni // Obstet. Gynecol. Clin. – 2008. – V. 24. – P. 331–332.
8. Audebert A.J.M. formes occultes et minimales de l'endometriose: strategie therapeutique / A.J.M. Audebert // Rev. Franc. Gynecol. Obstet. – 2010. – V. 85, № 2. – P. 79–84.
9. Barbieri R.L. Etiology and epidemiology of endometriosis / R.L. Barbieri // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2012. – V. 162, № 2. – P. 565–567.

Оптимізація методики малоінвазивної хірургії у жінок з трубно-перитонеальним безпліддям

М.С. Молодиченко

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

Диференційований підхід до лапароскопічних втручань при II–III ступені оклюзії маткових труб та II ступені спайкового процесу рекомендовано застосовувати лапароскопічні операції в об'ємі адгезіолізісу, сальпінгооваріолізісу, фімбріопластики та сальпінгостомії в поєднанні з запропонованим профілактичним інтра- та післяопераційним лікувально-реабілітаційним комплексом. Для ефективного відновлення репродуктивної функції в разі трубної оклюзії IV ступеня об'єм хірургічного втручання рекомендовано обмежити лапароскопічною субектомією зі збереженням кровообігу в трубній артерії та наступним застосуванням допоміжних репродуктивних технологій з другого місяця після операції. **Ключові слова:** трубно-перитонеальне безпліддя, малоінвазивна хірургія, оптимізація.

Вирішення проблеми безплідного шлюбу має велике медичне і соціальне значення [1,2]. Однією з найчастіших форм жіночого безпліддя в Україні є безпліддя трубного походження. При цьому трубний чинник спостерігається у 35,0–68,0 % жінок із безпліддям, а перитонеальний – у 9,6–36,0 % [3,4]. Хірургічні втручання на органах черевної порожнини завжди пов'язані з післяопераційними спайками незалежно від типу хірургічного доступу [5,6]. Найсерйозніша проблема виникає при необхідності оперативних втручань у жінок з нереалізованою репродуктивною функцією, коли необхідно забезпечити адекватність операції і зберегти дітородні органи. Виконати одночасно ці дві умови дуже важко. Застосування ендоскопічної хірургії значно полегшує вирішення даної проблеми. Водночас розширення можливостей лапароскопії в гінекології породжує безліч дискусійних питань у плані тактики ведення, технічних прийомів та обсягу оперативного лікування. Ендоскопічна хірургія є «золотим стандартом» у хірургії яєчників і маткових труб. Незважаючи на суттєві успіхи репродуктивної медицини, проблема діагностики та лікування порушень репродуктивної функції залишається актуальною [7,8]. Розглядаючи ефективність лікувальних та реабілітаційних заходів при безплідді, привертає увагу відсутність єдиного підходу у виборі методів лікування [1,2]. Своєчасно проведена реабілітація збільшує шанси успішного лікування безпліддя трубно-перитонеального походження [3,4].

Впродовж останніх років намітилась тенденція до більш динамічних реабілітаційних заходів, особливо у жінок, які неспроможні скористатись програмою штучного запліднення [5,6]. Оптимізація вибору та методу лапароскопічних операцій з розробкою ефективних лікувально-профілактичних проти-спайкових заходів сприятиме відновленню репродуктивної функції [7,8].

Мета роботи: підвищити ефективність лапароскопічного лікування трубно-перитонеального безпліддя шляхом прогнозування та застосування профілактично-лікувальних заходів, які спрямовані на зниження та попередження можливих ускладнень під час оперативного втручання.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведена оцінка ефективності проведених лікувально-профілактичних заходів у жінок із безпліддям трубно-перитонеального походження, прооперованих лапароскопічно.

У 50 жінок, які були розділені на дві групи, оцінено ефективність розробленої комплексної схеми лікування настання вагітності в природному циклі або після контрольованої стимуляції яєчників.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Для визначення шляхів оптимізації профілактичного лікування обстежених жінок ми співставили результати обстеження двох груп у залежності від визначення спайкового процесу в порожнині малого таза. Критеріями ефективності проведеного профілактичного лікування були: нормалізація імунологічних параметрів (інтерлейкіну – 10, фактора некрозу пухлини, судинно-ендотеліального фактора росту) на сьому добу після реконструктивно-пластичної лапароскопічної операції. Знижено концентрацію ФНП в I групі – $24,2 \pm 3,1$ пг/мл, в II групі – $32,3 \pm 3,4$ пг/мл (до лікування $47,4 \pm 3,1$ і $48,2 \pm 2,8$ пг/мл; в контрольній групі – $22,5 \pm 3,2$ пг/мл). Підвищено ІЛ-10 в основній групі та в групі порівняння до $6,4 \pm 0,3$ та $5,1 \pm 0,4$ пг/мл (до лікування – $3,1 \pm 0,6$ та $3,2 \pm 0,4$ пг/мл; в контрольній групі – $6,9 \pm 1,1$ пг/мл), $p > 0,05$. Знижено рівень СЕФР в основній групі до $85,8 \pm 3,4$ пг/мл та в групі порівняння до $92,6 \pm 4,5$ пг/мл (до лікування, відповідно, $92,1 \pm 8,9$ та $94,6 \pm 4,8$ пг/мл; контрольна – $87,4 \pm 5,7$ пг/мл), $p < 0,05$.

Отримані дані свідчать, що при призначенні лікувально-профілактичного комплексу під час та в післяопераційному періоді значно покращувало (в порівнянні з II групою, які отримували традиційне лікування) перебіг репаративних процесів та внаслідок цього гальмувало розвиток спайкового процесу (СП) в порожнині малого таза.

Тобто, підвищення рівня ФНП та СЕФР може свідчити про прогресування і розповсюдження СП, високий рівень ІЛ-10 при зниженні рівня ФНП та СЕФР про регрес СП.

Критеріями ефективності проведеного профілактичного лікування були: клінічна стабілізація післяопераційного періоду (зменшення болю, ефективне покращення перистальтики кишечника).

У процесі лікування ми оцінювали динаміку наступних суб'єктивних та об'єктивних клінічних симптомів: ниючий біль внизу живота, біль в епігастральній ділянці, наявність болю в біляпупкової ділянці, постпрадіальний біль та дискомфорт в епігастрії; перистальтичні шуми та початок відходження газів.

Перераховані вище дослідження проводилися нами за єдиною схемою: на 2, 7 та 21 доби після початку лікування. Використання запропонованої схеми сприяло значному зменшенню вище зазначених клінічних симптомів, починаючи з другої доби від початку лікування.

При поєднаній терапії вже з другої доби спостерігалась відносно позитивна динаміка зниження больового симптому, порівняно з групою порівняння, які не отримували специфічного лікування. Окремо хотілося б відзначити, що найбільший за поширеністю больовий симптом, в обох досліджуваних групах: біль внизу живота та фланковий біль, які діагностували на другу добу лікування, відповідно в I та II групах – 22 (31,4 %) та 54 (67,5 %). Жінки основної групи також скаржились на біль в епігастральній ділянці – 10 (14,73 %), дискомфорт в епігастрії – 16 (22,8 %). Проте у групі порівняння відносна кількість жінок із скаргами була набагато вищою. Так, на біль в епігастральній ділянці скаржились 26 (32,5 %) опитуваних, дискомфорт в епігастрії спостерігався в 59 (73,7 %), крім того 27 (33,7 %) жінок скаржились на біль в біляпупкової ділянці, однак жодна з жінок I групи таких скарг не пред'являла.

На 7 добу від початку лікування жінки, які отримували запропоновану терапію, скаржились на болі внизу живота – 5 (7,1 %) осіб. У жінок II групи найбільш суттєві скарги були на дискомфорт в епігастрії 28 (35,0 %), болі внизу живота – 17 (21,2 %) жінок.

На 21 добу дослідження жінки, які склали основну групу, скарг на болі не зазначали. У жінок II порівняння, які не отримували запропонованої терапії, відмічались скарги на болі внизу живота – 7 (8,7 %) та дискомфорт в епігастрії – 19 (23,7 %) відповідно, а також на фланковий біль – в 9 (11,20 %) обстежених жінок.

Критерієм ефективності проведених реконструктивно-пластичних лапароскопічних операцій у жінок із безпліддям трубно-перитонеального походження є настання вагітності в природному циклі або після проведення індукції овуляції в умовах жіночої консультації чи після застосування програм допоміжних репродуктивних технологій.

Отже, після лапароскопічної операції впродовж одного місяця ми призначали низькодозовані монофазні оральні контрацептиви. В наступний менструальний цикл рекомендували коїтус та впродовж двох місяців очікували результат. При відсутності вагітності проводили індукцію овуляції та підтримували функцію жовтого тіла прогестероном 50–150 мг безперервно приблизно до 16 тижня вагітності.

При відсутності маткових труб наші пацієнтки проходили програми допоміжних репродуктивних технологій. У жінок I групи в 1,8 рази частіше наставала вагітність в природному циклі та в 1,6 рази – в індукованому природному циклі, ніж у жінок II групи. У жінок I групи після застосування програм допоміжних репродуктивних технологій в 1,5 рази частіше діагностовано вагітність.

Запропонований комплекс лікувальних профілактично-реабілітаційних заходів сприяв швидкому відновленню функції яєчників, рівня естрадіолу та прогестерону, захисних функцій імунної системи за рахунок збільшення захоплюючої здатності фагоцитуючих клітин, підвищенню бактерицидної активності та активності системи комплементу. Зміною маркерів спайкоутворення збільшенням рівня ІЛ-10 при знижених рівнях ФНП та СЕФР вказувало на регрес спайкоутворення. Швидке відновлення овуляторної функції яєчників сприяло підвищенню частоти настання вагітності в природному циклі. Запропонований профілактично-реабілітаційний лікувальний комплекс підвищував ефективність наступних циклів індукції овуляції та знижував вартість лікування в програмах допоміжних репродуктивних технологій.

ВИСНОВКИ

Диференційований підхід до лапароскопічних втручань при II–III ступені оклюзії маткових труб та II ступені спайкового процесу рекомендовано застосовувати лапароскопічні операції в об'ємі адгезіолізісу, сальпінгооваріолізісу, фібріопластики та сальпінгонеостомії в поєднанні з запропонованим профілактичним інтра- та післяопераційним лікувально-реабілітаційним комплексом. Для ефективного відновлення репродуктивної функції в разі трубної оклюзії IV ступеня об'єм хірургічного втручання рекомендовано обмежити лапароскопічною тубектомією зі збереженням кровообігу в трубній артерії та наступним застосуванням допоміжних репродуктивних технологій з другого місяця після операції.

Оптимизация методики малоинвазивной хирургии у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием М.С. Молодиченко

Дифференцированный подход к лапароскопическим вмешательствам при II-III степени окклюзии маточных труб и II степени спаечного процесса: рекомендовано применять лапароскопические операции в объеме адгезиолиза, сальпингоовариолиза, фимбриопластики и сальпингонеостомии в сочетании с предложенным профилактическим интра- и послеоперационным лечебно-реабилитационным комплексом. Для эффективного восстановления репродуктивной функции в случае трубной окклюзии IV степени объем хирургического вмешательства рекомендовано ограничить лапароскопической тубэктомией с сохранением кровообращения в трубной артерии и последующим использованием вспомогательных репродуктивных технологий со второго месяца после операции.

Ключевые слова: трубно-перитонеальное бесплодие, малоинвазивная хирургия, оптимизация.

Women have optimization of methodology of littleinvasion surgery with pipe-peritoneal sterility
M.S. Molodichenko

Differentiated going near лапароскопічних interferences at II-III degrees of occlusion of salpinx and II the degrees of adhesive process it is recommended to apply laparoscopic operations in the volume of adhesiolysis, salpingovariolysis, fimbrioplastic and salpingo-neostomy in combination with offered prophylactic intra- but by a postoperative curatively-rehabilitation complex. For effective renewal of reproductive function in case of pipe occlusion of IV of degree the volume of surgical interference it is recommended to limit laparoscopic tubectomy with maintenance of circulation of blood in a pipe artery and next application of auxiliary reproductive technologies from the second month after an operation.

Key words: pipe-peritoneal sterility, littleinvasion surgery, optimization.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Диагностика 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. Диагностика 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. Bullett 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 laparoscopic myomectomy: Preliminary results // Hum. Reprod. 2013. No. 12. P. 1931-1934.
8. Гаврилюк Г.М., Макарчук О.М. Постгістеректомічні порушення, їх діагностика та профілактика // Здоров'я жінки. 2013. № 7(113). С. 52-54.

УДК 618.19-006-02:618.17-008.8-07-08

Корекція порушень репродуктивної і менструальної функції у жінок з доброякісними захворюваннями грудних залоз

О.А. Полюляк

Одеський національний медичний університет МОЗ України

Результати проведених досліджень свідчать про необхідність включення в алгоритм діагностичних і лікувально-профілактичних заходів в жінок з різними формами ендокринного безпліддя динамічну оцінку стану грудних залоз. При цьому вдосконалені лікувально-профілактичні заходи у пацієнок з недостатністю лютеїної фази і з ановуляцією позитивно впливають на функціональний стан грудних залоз, у тому числі і за наявності початкової патології у вигляді різних форм фіброзно-кістозної хвороби і фіброаденоми. Отримані результати є підставою для широкого використання вдосконаленого алгоритму в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: доброякісна патологія грудних залоз, порушення репродуктивної і менструальної функції.

Серед основної патології у жінок репродуктивного віку основне місце займають порушення репродуктивної і менструальної функції, які часто поєднуються [1–3]. Основними причинами розвитку жіночого безпліддя є високий рівень дисгормональних порушень в репродуктивному періоді, значна частота запальних змін органів малого тазу, несприятливий вплив екологічних чинників, істотний рівень супутньої соматичної захворюваності і ін. [4–7].

У даний час доброякісні захворювання грудних залоз є патологією, що досить часто зустрічається серед жінок репродуктивного віку, а в структурі смертності жінок рак грудної залози займає одне з перших місць [2, 5]. Серед широкого спектру причин такої несприятливої ситуації виділяють початкові дисгормональні порушення, які можуть починатися з пубертатного періоду, обтяжений репродуктивний анамнез, медико-соціальні причини тощо [3, 6].

Не дивлячись на значне число наукових публікацій по проблемах порушень репродуктивної і менструальної функції, а також доброякісних захворювань грудних залоз у жінок репродуктивного віку окремо, наукові дослідження, що стосуються взаємозв'язку цих патологій, практично, відсутні, а наявні в даному напрямку поодинокі публікації носять фрагментарний характер. Усе наведене вище свідчить про актуальність наукового завдання, що піднімається.

Мета дослідження: підвищити ефективність лікування порушень репродуктивної і менструальної функції у пацієнок з доброякісною патологією грудних за-

лоз на основі удосконалення і впровадження алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

При обстеженні пацієнток з порушеннями менструальної функції, в наше дослідження була відібрана група з 130 хворих з ановуляцією і недостатністю лютеїнової фази (НЛФ), яким до і після лікування проводили обстеження грудних залоз.

З метою виключення органічних захворювань жіночих статевих органів, для оцінювання стану репродуктивної системи і гормонально залежних органів хворим проводили комплексне клініко-гормональне, ультразвукове, рентгенологічне, імунологічне, ендоскопічне і морфологічне дослідження. Ендокринні порушення менструального циклу за типом ановуляції діагностовані в 73 з 130 хворих (56,2%) (підгрупа 1.1), за типом НЛФ – в 57 (43,8%) (підгрупа 1.2).

Діагноз ендокринного безпліддя ставився згідно стандартам протоколів ВООЗ (2008) за відсутності анатомічних змін матки і маткових труб за результатами лапароскопії, гістеросальпінгографії і після виключення чоловічого чинника за даними розгорнутої спермограми.

Усі пацієнтки були репродуктивного віку (21–37 років), їх середній вік склав – $27,1 \pm 2,3$ року.

Терміни спостереження склали від 1 до 3 років.

Критерії включення пацієнток в дослідження:

- ендокринне безпліддя, обумовлене ановуляцією;
- ендокринні форми безпліддя при регулярному ритмі менструацій у поєднанні з НЛФ;
- вік хворих від 21 до 37 років;

Критерії виключення пацієнток з дослідження:

- чоловічий чинник безпліддя;
- імунний чинник безпліддя;
- пухлини матки і придатків неуточненого генезу;
- дисфункціональні маткові кровотечі неуточненого генезу;
- гострі запальні захворювання, органів малого тазу в період обстеження;
- вагітність і лактація;
- декомпенсовані захворювання серцево-судинної системи – тромбози, тромбоемболії в анамнезі, артеріальна гіпертензія;
- цукровий діабет, захворювання щитоподібної залози, надниркових і інших залоз внутрішньої секреції.

При поєднанні порушень репродуктивної і менструальної функції у пацієнток з фіброзно-кістозною хворобою після ендоскопічного етапу корекції органічної патології органів малого тазу (спайковий процес, генітальний ендометріоз і ін.) необхідно проводити корекцію дисгормональних порушень (естроген-гестагенні препарати, похідні бромкриптину) з подальшою стимуляцією овуляції.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними причинами розвитку порушень менструальної і репродуктивної функцій є важкі стресові ситуації в

дитинстві (45,6%), аборти і мимовільні викидні (11,7%), оперативні втручання на органах малого тазу (10,7%), прийом гормональних препаратів (5,4%), різке зниження маси тіла, більш ніж на 10% (4,4%), різка надбавка маси тіла більш ніж на 10% (3,7%). У 18,5% випадків конкретних причин виділити не вдається.

У структурі безпліддя у жінок з порушеннями менструальної функції переважає первинне – 66,9% в порівнянні з вторинним – в 33,1% пацієнток. Серед результатів вагітностей зустрічається висока частота штучного переривання (35,8%), мимовільних викиднів в I триместрі (23,9%) та позаматкових вагітностей (13,4%).

У жінок з порушеннями менструальної і репродуктивної функції функціональний стан грудних залоз характеризується високою частотою масталгії (51,5%) і фіброзно-кістозної хвороби (40,0%), а також наявністю галактореї (23,1%) і в подвійних випадках – фіброаденоми (3,1%).

Частота різних варіантів фіброзно-кістозної хвороби залежить від характеру гормональних порушень. У пацієнток з гіперпролактинемією найбільш частими формами були змішана і дифузна форми з переважанням фіброзного компонента. Дифузна форма з переважанням залозистого компонента в 1,7 рази частіше зустрічалася при ановуляції з нормальним рівнем пролактину і підвищенні рівня естрадіолу в порівнянні з пацієнтками з ановуляцією і гіперпролактинемією.

Порівняльне оцінювання імунного статусу в пацієнток з ендокринними формами безпліддя і фіброзно-кістозною хворобою молочних залоз свідчить про достовірне зниження показників активності Т-хелперів (CD4) на тлі достовірного підвищення активності клітин-кілерів (CD 16), Т-супресорів (CD8) і TNF α . При фіброаденомі грудних залоз має місце лише підвищення активності клітин-кілерів (CD 16) і TNF α .

Сумарна ефективність вдосконаленого алгоритму лікувально-профілактичних заходів складає 43,4% і залежить від варіанту порушень ендокринологічного статусу:

- при недостатності лютеїнової фази частота настання вагітності складає 35,3%;
- при ановуляції і нормопролактинемії – 40,0%;
- при ановуляції і функціональній гіперпролактинемії – 55,0%.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про необхідність включення в алгоритм діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у жінок з різними формами ендокринного безпліддя динамічну оцінку стану грудних залоз. При цьому вдосконалені лікувально-профілактичні заходи в пацієнток з НЛФ і з ановуляцією позитивно впливають на функціональний стан грудних залоз, у тому числі і за наявності початкової патології у вигляді різних форм ФКХ і фіброаденоми. Отримані результати є підставою для широкого використання вдосконаленого алгоритму в практичній охороні здоров'я.

Коррекция нарушений репродуктивной и менструальной функции у женщин с доброкачественными заболеваниями грудных желез О.А. Полюлях

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о необходимости включения в алгоритм диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у женщин с раз-

личними формами ендокринного бесплодия динамическую оценку состояния грудных желез. При этом усовершенствованные лечебно-профилактические мероприятия у пациенток с недостаточностью лютеиновой фазы и с ановуляцией позитивно влияют на функциональное состояние грудных желез, в том числе и при наличии исходной патологии в виде различных форм фиброзно-кистозной болезни и фиброаденомы. Полученные результаты являются основанием для широкого использования усовершенствованного алгоритма в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: доброкачественная патология грудных желез, нарушения репродуктивной и менструальной функций.

Correction of infringements reproductive and menstrual functions at women with good-quality diseases of mammary glands

O.A. Polyulyah

Results of the spent researches testify to necessity of inclusion for algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions at women with various forms endocrinological barrenness a dynamic estimation of a condition of mammary glands. Thus advanced treatment-and-prophylactic actions at patients with insufficiency luteine phases and with anovulation positively influence a functional condition mammary glands, including in the presence of an initial pathology in the form of various forms fibro-cystic illnesses and fibroadenoma. The received results are the basis for wide use of advanced algorithm in practical public health services.

Key words: good-quality pathology of mammary glands, infringements reproductive and menstrual functions.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Коган И.Ю. Исследование молочных желез в практике акушера-гинеколога / И.Ю. Коган, А.А. Полянин, М.А. Тарасова. — СПб.: Изд-во Н-Л, 2012. — 24 с.
2. Ниаури Д.А. Особенности регионального кровотока после эндоскопической миомэктомии / Д.А. Ниаури, А.Ф. Арутюнян // Журнал акуш. и жен. болезн. — 2010. — Т. 1, Вып. III. — С. 66–69.
3. Henderson B.E. Hormonal carcinogenesis / B.E. Henderson, H.S. Feigelson // Carcinogenesis. — 2013. — Vol. 21. — P. 427–433.
4. Трофимова Т. Н. Возможности эхографии в диагностике диффузной фиброзно-кистозной мастопатии / Т.Н. Трофимова, И.А. Солнцева // Sono Ace International. — 2013. — Вып. 6. — С. 79–84.
5. Joshi K. Cell proliferation in the human mammary epithelium. Differential contribution by epithelial and myoepithelial cells / K. Joshi, J.A. Smith, N. Perusinghe // Am. J. Pathol. — 2011. — Vol. 124, №2. — P. 199–206.
6. Potgieter H.C. Oestrogen and progesterone receptor status and PgR/ER ratios in normal and myomatous human myometrium / H.C. Potgieter, F. Magagane, M.J. Bester // East Afr. Med. J. — 2014. — Vol. 72. — P. 510–514.
7. Core biopsies of the breast: diagnostic pitfalls / [Joshi M., Reddy S. J., Nanavidekar M., Russo J. P] // Indian J Pathol Microbiol. — 2012. — Vol. 54 (4). — P. 671–82.

УДК 616.14-007.415-089

Дискусійні питання хірургічного лікування різних форм генітального ендометріозу

П.М. Прудніков

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

Результати проведених досліджень свідчать, що хворі з поширеними формами ендометріїдної 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 ендометріїдної хвороби вимагають участі в операції хірурга і уролога. З врахуванням можливих інтра- і післяопераційних ускладнень, ця категорія хворих підлягає ретельному моніторингу в ранньому післяопераційному періоді і проведенню протирецидивного лікування.

Ключові слова: ендометріоз, хірургічне лікування.

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 («ендометріїдна 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 ендометріїдної хвороби представляється актуальною.

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 з ендометріодної хворобою.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Клінічні дослідження були виконані у 90 жінок з поширеними формами ендометріозу, яких було розподілено на три групи:

До 1-ї групи входили 30 жінок з ушкодженням ендометріозом яєчників, матки, очеревини малого тазу і маткових труб.

2-а група 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. Всім хворим проводили 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 сечовивідної 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 глибиною ушкодження стінки кишки. В зв'яз-

ку з цим ми спостерігали дві основні форми ушкодження: поверхневий ендометріоз, при якому наголошувалося ушкодження серозної і частково м'язової оболонки, і глибокий (проникаючий) ендометріоз, де патологічний процес стенозував просвіт кишки.

При поверхневому ендометріозі кишечника переважали ознаки роздратування кишки – здуття і переймоподібний біль у животі (86,7%), що виникають частіше під час менструацій, нудота, зрідка блювота. При глибокому ендометріозі разом з більш вираженим характером вказаних симптомів наголошувалося порушення евакуаторної функції товстої кишки (запори) (70,0%). Характерними ознаками проникаючого ендометріодного 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 ендометріодним ушкодженням придатків матки в області їх проєкції визначалися об'ємні утворення, фіксовані з довоколишніми 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 ендометріодного процесу. У зв'язку з цим, нами розроблений діагностичний алгоритм що включає лабораторні, неінвазивні і інвазивні методи дослідження, необхідні для діагностики як генітального, так і поєднаних форм ендометріодної 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 той же час, наявність рубцово-спайкових зрощень в малому тазі і черевній порожнині при поширеному ендометріозі обумовлювала труднощі інтерпретації отриманих сонограмм. 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 ендометріодні інфільтрати параметріїв і ендометріодні гетеротипії діаметром 1–1,5 см зважаючи на їх не кістоану 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 хворих ендометріоїдне ушкодження підтверджено гістологічно.

Розроблений алгоритм обстеження хворих з поширеними формами ендометріоїдної 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 ендометріоїдних вогнищ. У той же 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.

З 90 хворих реконструктивний і органозберігаючий об'єм операції виконаний в 63,3% пацієнток, радикальний – в 36,7%.

Усі органозберігаючі операції виконані ендовідеохірургічним методом. З них в 26,7% була виконана однобічна аднексектомія, в 36,7% видалення ендометріом з посіченням ендометріоїдних 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. Ендометріоїдне ушкодження кишечника діагностована нами у 26,7% жінок. 16,7% пацієнткам виконана гістеректомія з видаленням придатків матки і посіченням глибоких ендометріоїдних вогнищ крижово-маткових зв'язок і ректо-вагінальної перегородки виконана ендовідеохірургічним шляхом. В 6,7% хворих операція по посіченню ендометріоїдних інфільтратів була завершена лапароскопічно-вагінальним доступом.

У 10,0% пацієнток у зв'язку з виявленим інтраопераційно обтурувальним ушкодженням ректосигмоїдного відділу товстої кишки і додатковим виявленням ендометріоїдних інфільтратів малого тазу лапароскопія мала діагностичний характер. Об'єм і поширеність ушкодження 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 ендометріозом виконана лапаротомія в об'ємі пангістеректомії з клиновидною резекцією передньої стінки прямої кишки. У 3,3% пацієнток у зв'язку із залученням до ендометріоїдного 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 раннього післяопераційного періоду діагностовані у 6,7% пацієнток, що зажадало накладення гемо-

статичних швів на кукусу. В 3,3% хворих на 7–8 добу післяопераційного періоду розвинулася тонкокишечна спайкова непрохідність, що зажадала виконання релaparотомії. 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: у 3,3% хворих в перших 6 міс спостереження і в 3,3% хворих через 2 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%.

ВИСНОВКИ

Хворі з поширеними формами ендометріоїдної 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 ендометріоїдної хвороби вимагають участі в операції хірурга і уролога. З врахуванням можливих інтра- і післяопераційних ускладнень, ця категорія хворих підлягає ретельному моніторингу в ранньому післяопераційному періоді і проведенню протицидивного лікування.

Дискуссионные вопросы хирургического лечения различных форм генитального эндометриоза

П.М. Прудников

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что больные с распространенными формами эндометриозной болезни представляют сложный контингент для хи-

рургического лечения. Оптимальная диагностическая тактика позволяет выявить характер и степень поражения эндометриозом и определить выбор доступа и объема хирургического вмешательства. Сочетанные формы эндометриозной болезни 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 противорецидивного лечения.

Ключевые слова: эндометриоз, хирургическое лечение.

Debatable questions of surgical treatment of various forms of genital endometriosis P.M. Prudnikov

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.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамьян Л.В. Современные подходы к лечению эндометриоза / Л.В. Адамьян, М.В. Бобкова // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 3. – С. 10–14.
2. Адамьян Л.В. Эндометриозы / Л.В. Адамьян, В.И. Кулаков – М.: Медицина, 2010. – 317 с.
3. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза / В.П. Баскаков. – Изд. 2. – Л.: Медицина, 2009. – 240 с.
4. Баскаков П.М. Використання декапептилу-3,75 у комплексі реабілітаційних заходів після лапароскопічного лікування ендометріозу / П.М. Баскаков, В.В. Літвінов, І.А. Хомуленко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – № 5. – С. 120–121.
5. Давыдов А.И. 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. Современные методы диагностики и лечения генитального эндометриоза / Е.В. Коханевич, С.В. Дудка, И.О. Судомо // 36. науч. праць асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «Фенікс», 2011. – С. 340–342.
7. Antoni J. Duleba Diagnosis of endometriosis / J. Antoni // Obstet. Gynecol. Clin. – 2012. – V. 24. – P. 331–332.
8. Audebert A.J.M. formes occultes et minimes de l'endometriose: strategie therapeutique / A.J.M. Audebert // Rev. Franc. Gynecol. Obstet. – 2010. – V. 85, № 2. – P. 79–84.
9. Barbieri R.L. Etiology and epidemiology of endometriosis / R.L. Barbieri // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2012. – V. 162, № 2. – P. 565–567.

УДК 618.1-002-06:618.146-097:612.017.1

Вплив запальних процесів статевих органів на стан місцевого імунітету каналу шийки матки

В.І. Бойко, В.Ю. Радько

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Результати проведених досліджень свідчать, що при гострому запаленні внутрішніх статевих органів відбувається функціональна активація місцевих лімфоцитів, причому вона більш виражена при середньому ступеню тяжкості захворювання і не залежить від нозологічної форми. Отримані результати можна використовувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: запальні захворювання, місцевий імунітет, канал шийки матки.

Проблема запальних захворювань репродуктивної системи зберігає свою актуальність у зв'язку з їх розповсюдженням, виникненням переважно у жінок молодого віку, а також великою частотою хронізації запального процесу, підвищенням частоти безпліддя і ектопічної вагітності, хронічного тазового болю та ін. [1–4].

У забезпеченні резистентності слизових оболонок жіночих статевих органів в нормі і в регуляції перебігу і результату запального процесу велика роль належить місцевим лімфоцитам [4]. Увага ж дослідників і клініцистів в основному обернена на вивчення і корекцію змін системних чинників захисту при запаленні. Судити про стан місцевих захисних механізмів на підставі дослідження лімфоцитів периферичної крові неправомочно, оскільки тканинні лімфоцити взаємодіють з антигеном в умовах, які по температурі, рН і ферментному складу середовища відрізняються від внутрішнього середовища організму, що може робити певний вплив на їх функціональну активність [4].

Тому необхідно вивчити стан місцевих лімфоцитів слизової оболонки статевого тракту, що можливе в подальшому використовувати при розробці діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Мета дослідження: вивчення механізмів захисту слизової оболонки статевих органів у здорових жінок і при гострому запаленні внутрішніх статевих органів шляхом дослідження експресії поверхневих маркерів на лімфоцитах слизу каналу шийки матки і енергетичного статусу лімфоцитів слизу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено обстеження 107 жінок репродуктивного віку, з них 97 – з гострим запальним процесом в області матки і придатків і 10 соматично і гінекологічно здорових жінок-донорів з нормальною менструальною і генеративною функцією.

Середній вік донорів склав $23,3 \pm 1,6$ року і хворих – $24,7 \pm 3,2$ року. Гострий ендометрит було діагностовано у 34,0% пацієнток; гострий ендометрит – в 2,1%; гострий сальпінгофорит – в 11,3%; поєднання сальпінгофориту і ендометриту – в 10,3%; гнійний сальпінгофорит і ендометрит – в 34,0% і пельвіоперитоніт – відповідно в 8,3% хворих.

Діагноз гострого запального процесу матки і придатків ставили по загальноприйнятих методах. Хворим проводили клініко-лабораторне дослідження; гінекологічне обстеження і ультразвукове дослідження отрагов малого тазу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Згідно з отриманими результатами гострий запальний процес репродуктивної системи виник на тлі внутрішньоматкового контрацептиву в 16,5%; після артіфіційного абортів – в 7,2%; після переохолодження – в 23,7%; після менструації – в 33,0%; після гістеросальпінгографії – в 1,0% і поза зв'язком з будь-якою певною причиною – в 11,3%.

Давність захворювання до 3 днів була в 40,2%; від 4 до 7 днів – в 37,1% і від 7 до 10 днів – в 22,7% хворих.

На момент опиту скарги на озноб пред'являли 32,9% пацієнток; на нудоту – 26,8%; на сухість в роті – 32,9%; на прискорене і хворобливе сечовипускання – 20,6%; на здуття живота – 13,4%; на пітливість – 27,8%; на запаморочення – 17,5% і на рясні виділення із статевих шляхів – 70,1% жінок. Біль внизу живота був в 84,4% хворих, причому розлиті в 3,1%; у епігастрії – в 2,1%; ниючого характеру – в 85,6%; ріжучого – в 7,2%; переймоподібного – в 4,1%; з іррадіацією в пахову область і стегно – в 60,8%; у пряму кишку – в 10,3% хворих. Причому у 68,0% пацієнток біль був помірним; в 25,8% – сильним і відсутнім – у 5,1% жінок.

При об'єктивному дослідженні стан 57,7% пацієнток було розцінено як задовільний і в 42,3% – середнього ступеня тяжкості.

Нормальну температуру тіла мали 47,4% жінок; субфебрильну – 34,0% і гіпертермію – відповідно 18,6%.

При пальпації живота помірна хворобливість була в 49,5%; різка – 12,4%; перитонеальні симптоми – 8,3% були позитивними.

При бімануальному дослідженні хворобливі рухи шийки матки відмічені в 73,2%; збільшення розмірів матки – 51,6%; м'яка консистенція і хворобливість матки – в 54,6%; набряклість і хворобливість придатків – в 63,9%. Однобічне ураження придатків діагностовано в 10,3% випадків і двобічне – в 53,6% спостережень.

Результати додаткових методів досліджень свідчать, що гострий запальний процес супроводжувався зміною складу субпопуляції і функціональної активності Т-лімфоцитів крові, що виражалось в зниженні відносної кількості Т-лімфоцитів і показника функції тимуса. Це може пояснюватися підвищенням викиду з тимуса лімфоцитів різного ступеня зрілості у відповідь на запалення, а також міграцією зрілих клітин у вогнище запалення. Крім того, при середньому ступеню тяжкості перебігу запального процесу підвищувався показник ефекторних функцій лімфоцитів.

Популяція лімфоїдних клітин реагує на запальний процес також зміною співвідношення фракцій лімфоцитів з різною активністю дегідрогенази. Так, в наших дослідженнях в крові при запальному процесі підвищувалася частка «моло-

дих» лімфоцитів, з високою активністю до сукцинатдегідрогенази (20 і більш за гранули в 1 клітині).

У всіх хворих мазки з цервікального каналу були 3 і 4 ступеня чистоти і фон мазка був «темний». У 60,8% жінок в мазках були відсутні *V.vaginalis*. Змішана мікрофлора виявлена у 48,5% чоловік. Клітинний склад цервікального каналу був наступним: відносна кількість «активних» і «неактивних» нейтрофілів – $79,9 \pm 6,8\%$ і $6,3 \pm 1,3\%$; «активних» і «неактивних» макрофагів – $4,9 \pm 0,8\%$ і $0,5 \pm 0,06\%$; лімфоцитів – $8,1 \pm 1,9\%$; еозинофілів – $0,2 \pm 0,01\%$ і плазматичних клітин – $0,2 \pm 0,01\%$.

При бактеріологічному дослідженні слизу цервікального каналу *Staphylococcus epidermidis* виділявся у 14,4% пацієнток; *E.coli* – в 8,3%; *Enterobacter aerogenus* – в 8,3%; *Staphylococcus saprophyticus* – в 6,2%; *Candida albicans* – в 4,1%; *Corinebacterium genitalis* – в 4,1%; *Streptococcus faecalis* – в 3,15%; *Klebsiella* – в 3,1% і *mixt-flora* – відповідно у 10,3% жінок. При цьому не було бактеріального зростання в 32,9% хворих.

У слизі цервікального каналу при гострому запальному процесі загальна кількість Т-лімфоцитів залишалась незмінною, а кількість Т-хелперів зростала. На лімфоцитах слизу цервікального каналу посилювалася експресія молекул LFA-1 і CD25. При середньотяжкому перебігу (гнійне запалення) експресія рецептора для інтерлейкіна-2 і кількість Т-хелперів вищі, ніж при легені. Це відображає інтенсивність процесів кооперації клітин, регуляторних впливів лімфоцитів, направлених на активацію функцій клітин-учасників запальної реакції.

У лімфоцитах слизу при гострому запаленні геніталії аеробний метаболізм посилювався, а підвищення середньої активності дегідрогенази супроводилося збільшенням відсотка «середньоактивних» лімфоцитів (від 10 до 19 гранул в 1 клітці), що може відобразити селективну міграцію зрілих лімфоцитів у вогнище запалення.

ВИСНОВКИ

Таким чином, як свідчать результати проведених досліджень, при гострому запаленні внутрішніх статевих органів відбувається функціональна активація місцевих лімфоцитів, причому вона більш виражена при середньому ступеню тяжкості захворювання і не залежить від нозологічної форми. Отримані результати можна використовувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Влияние воспалительных процессов половых органов на состояние местного иммунитета канала шейки матки В.И. Бойко, В.Ю. Радько

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что при остром воспалении внутренних половых органов происходит функциональная активация местных лимфоцитов, причем она более выражена при средней степени тяжести заболевания и не зависит от нозологической формы. Полученные результаты можно использовать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: воспалительные заболевания, местный иммунитет, канал шейки матки.

Influence of inflammatory processes of processes of genitals on condition of local immunity cervical channel
V.I. Boyko, V.Yu. Radko

Results of the lead researches testify, that at a sharp inflammation of internal genitals there is a functional activation local lymphocytes, and it is more expressed at an average degree of weight of disease and does not depend from нозологической forms. The received results can be used by development of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: *inflammatory diseases, local immunity, cervical channel.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абакарова П.Р. Урогенитальный хламидиоз: принципы диагностики и лечения / П.Р. Абакарова // Гинекология. – 2012. – Т. 8, № 2. – С. 21–23.
2. Анкирская А.С. Бактериальный вагиноз и состояние микроэкологии влагалища / А.С. Анкирская // Тез. докл. Всерос. науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы инфекции в акушерстве и гинекологии». – СПб., 2012. – С. 77–78.
3. Байрамова Г.Р. Современные принципы диагностики и лечения бактериального вагиноза / Г.Р. Байрамова, В.Н. Прилепская // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2013. – № 4. – С. 103–104.
4. Бойчук А.В. Стан системи імунного захисту у хворих із загостренням хронічного аднекситу на тлі різних видів місцевого лікування / А.В. Бойчук // Вісник наукових досліджень. – Тернопіль, 2013. – № 2. – С. 75–77.

УДК 618.3/5-053.84-039.12

Вплив пізнього репродуктивного віку на стан фетоплацентарного комплексу

Т.В. Лещева, К.Л. Романенко

Дніпропетровський медичний інститут Асоціації нетрадиційної медицини

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

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

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

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

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

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

Мета дослідження: вивчення особливості фетоплацентарного комплексу у жінок пізнього репродуктивного віку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

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

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

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

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

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

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

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

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

Результати досліджень показали, що у всіх вагітних з нормальною оцінкою БФПП народилися новонароджені в задовільному стані і були виписані додому на

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

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

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

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

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

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

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

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

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

У теж час, зменшення індексів ІСО не знижувалися, а навпаки, підвищувалися і супроводжувалися появою дикротичної виїмки в спектрі кровотоку. Так, в мат-

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

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

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

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

ВИСНОВКИ

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

Влияние позднего репродуктивного возраста на состояние фетоплацентарного комплекса Т.В. Лещева, К.Л. Романенко

Как показали результаты нашего исследования выявили значительное повышение индексов периферического сосудистого сопротивления в маточной артерии беременных основной группы, что свидетельствует о нарушении кровообращения в маточно-плацентарной системе мать-плацента-плода. У беременных контрольной группы эти изменения усиливаются и выявляются уже во всех звеньях системы мать-плацента-плод. Ультразвуковая доплерометрия является ценным методом оценки состояния плода и по-

зволяет уточнить сроки и методы родоразрешения. При выявлении критических состояний гемодинамики, а также нарушений кровотока во всех сосудах системы мать-плацента-плод пролонгирование беременности нецелесообразно, а методом выбора является абдоминальное родоразрешение.

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

Influence of late reproductive age on a condition fetusplacental complex T.V. Leshcheva, E.L. Romanenko

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

Key words: *late reproductive age, fetusplacental complex.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кузнецова С.В. Беременность и роды у перво-, повторно- и многорожавших женщин в возрасте старше 40 лет / С.В. Кузнецова // Медицинские науки. – 2014. – № 2. – С. 7–8.
2. Омаров С-М.А. Безопасное материнство при поздней репродукции. / С-М.А. Омаров. – Махачкала. – 2013. – 213 с.
3. Халил С.И. Исходы гестации для плода у многорожавших позднего репродуктивного возраста / С.И. Халил // Южно-Российский Медицинский журнал. – 2011. – № 5–6. – С. 52–54.

УДК 618.56:616-008.9:616-053.31

Вплив метаболічного синдрому на перебіг прегравідарного періоду

С.Г. Русалкіна

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

Результати проведених досліджень показали, що частота метаболічного синдрому у жінок з ожирінням ще до вагітності складає 89,2%, а число компонентів метаболічного синдрому корелює з ступенем ожиріння. Частота інсулінорезистентності у пацієнток з I ступенем ожиріння складає 18,4%; з II ступенем – 29,3% і з III ступенем – 70,0%. Повний метаболічний синдром – поєднання чотирьох основних компонентів метаболічного синдрому в 70,0% спостережень виявляється у жінок з III ступенем ожиріння; з II ступенем – в 48,8% і з I ступенем – лише в 18,4% обстежених. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні тактики ведення пацієнток на прегравідарному етапі, а також під час гестаційного періоду і розродження.

Ключові слова: прегравідарний період, метаболічний синдром.

В останнє десятиліття значно зріс інтерес учених всього світу до взаємозв'язку метаболічних порушень з ожирінням і зростанням серцево-судинних захворювань. Так, ожиріння і цукровий діабет 2-го типу визнані ВООЗ неінфекційними епідеміями нашого часу у зв'язку з широким розповсюдженням серед населення, високим ризиком розвитку серцево-судинних захворювань, ранньою інвалідизацією і передчасною смертністю.

Відомо, що ожиріння – надлишкове відкладення жиру в організмі – може бути або самостійним захворюванням або синдромом. Актуальність проблеми ожиріння полягає ще і в тому, що кількість осіб, що мають надлишкову масу тіла, прогресивно збільшується, а приріст за останніх 10 років склав 10%. У економічно розвинених країнах, включаючи Україну, 30% населення мають надлишкову масу тіла.

У дослідженнях акушерів [1–3] є значне число робіт, присвячених впливу ожиріння на перебіг вагітності і пологів, а вивчення основних метаболічних показників проводиться не так часто. У доступній нам літературі ми не знайшли робіт, які б зв'язували ожиріння у вагітних з наявністю у них метаболічного синдрому. Враховуючи, що ожиріння, особливо вісцелярна форма, відіграє велику роль в патогенезі метаболічного синдрому, метою нашого дослідження було вивчити особливості клінічної характеристики жінок з метаболічним синдромом на прегравідарному етапі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під спостереженням знаходилися 120 вагітних жінок з ожирінням, що поступили у відділення патології вагітних з різними ускладненнями вагітності. Причому раніше у зв'язку з ожирінням жінки не обстежилися і не лікувалися.

З приводу вагітності всі жінки перебували на обліку в жіночій консультації з моменту постановки на облік. При цьому до 12 тиж вагітності стали на облік 89 пацієнток (74,2%) і в пізніші терміни – 31 (25,8%).

З метою проведення порівняльного аналізу контрольну групу склали 45 вагітних без порушення жирового обміну.

Критеріями включення в дослідження були вагітні з аліментарно-конституціональним ожирінням, індекс маси тіла у них склав >30 кг/м².

Критеріями виключення були:

- ендокринний генез ожиріння (консультація і обстеження ендокринологом);
- хронічна серцева недостатність;
- цукровий діабет;
- захворювання щитоподібної залози;
- використання препаратів, що впливають на вуглеводний і жировий обмін.

120 вагітних було розподілено на три групи залежно від ступеня ожиріння:

1-у групу склали 49 вагітних з I ступенем ожиріння;

2-у групу – 41 вагітна з II ступенем ожиріння;

3-ю групу – 30 вагітних з III ступенем ожиріння.

У комплексі проведених досліджень були включені антропометричні виміри, клініко-лабораторні методи і критерії виявлення компонентів метаболічного синдрому:

- ожиріння – ІМТ >30 кг/м²;
- артеріальна гіпертонія – систолічний тиск >140 мм рт.ст. і діастолічний – >90 мм рт.ст.
- гіпердисліпідемія – рівень в сироватці крові: тригліцериди (ТГ) – понад 2 ммоль/л; загальний холестерин (ЗХ) – більше 5 ммоль/л; ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ) – більше 55 ОД/л і ліпопротеїди високої щільності (ЛПВЩ) – нижче 1 ммоль/л.
- інсулінорезистентність – показник індексу Саго $<0,33$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Як свідчать результати клінічної характеристики обстежених жінок, найбільше їх число в основних і контрольній групах було у віці 21–30 років. У діапазоні старше 30 років було дещо більше в групі вагітних з ожирінням 3 ступеня.

При вивченні соціального статусу було встановлено, що кожна друга жінка зв'язана з харчовою промисловістю, сюди ж увійшли жінки, що працюють у сфері харчових підприємств (кафе, ресторани, продовольчі магазини). Далі по частоті були державні службовці і домогосподарки. Це пояснюється, мабуть, тим, що причиною ожиріння жінок з одного боку є доступність їжі і переїдання, а з іншого – неправильною організацією харчування.

Маса тіла жінок з ожирінням коливалася від 76 до 137 кг. Слід зазначити, що при індивідуальному аналізі виявилось, що маса тіла збільшувалася залежно від тривалості ожиріння, що особливо було помітне при зіставленні з ступенем ожиріння. Так, при I ступені тривалість ожиріння склала $8,0 \pm 0,6$ року; при II – $10,6 \pm 1,0$ року і при III ступені – $13,6 \pm 1,2$ року.

При аналізі анамнестичних даних звертало на себе увагу, що у 46 жінок (38,3%), тобто більш ніж в кожній третій ожирінням страждали один або обидва батьків.

Були виявлені такі само особливості живлення у жінок з ожирінням. Так, найбільше число жінок – 93 (77,5%) не дотримували режим харчування, причому приймали їжу двічі в день, а після дний прийом був рясним і після 20.00 годин, а при частішій їжі – це були бутерброди. 76 жінок (69,3%) мали пристрасть до жирної їжі, вживали масло, вуглеводи – головним чином картоплю, а 93% виявилися любителями солодкого і різного виду випічок.

З анамнестичних даних звертає на себе увагу той факт, що кожна друга жінка (48,3%) зв'язана по роботі або з виробництвом продуктів харчування або з їх продажем. При опиті 76 жінок (63,3%) вказували на малорухливий спосіб життя.

Це підтверджують і дані анамнезу жінок контрольної групи, серед яких було значне число домогосподарок, з організованим режимом харчування, але малорухливим способом життя.

Аналізуючи структуру екстрагенітальних захворювань, звертало на себе увагу значна частота захворювань дихальної системи (до 10,0%); шлунково-кишкового тракту (14,3%), частота яких була майже однаковою у всіх 3 групах жінок з ожирінням. Захворювання шлунково-кишкового тракту були представлені в основному гастритами і гастродуоденітами, а серцево-судинної системи – недостатністю мітрального клапана. Висока частота варикозної хвороби і синдрому обструктивного апное, мабуть пов'язана з надлишковою масою тіла у обстежених пацієнток.

З анамнезу було з'ясовано, що майже кожна п'ята жінка – 23,3% перехворіла хронічним сальпінгофоритом; 27,1% – лікувалися з приводу ерозії шийки матки; в 15,8% були дисфункціональні маткові кровотечі; первинне безпліддя було в 5,0%, а 2,5% – оперовані з приводу доброякісних утворень яєчників.

Вік менархе коливався від 11 до 16 років і не мав відмінності у жінок з ожирінням залежно від ступеня ожиріння. Регулярний менструальний цикл був у 101 жінки (84,2%); в 5 (4,2%) наголошувалася олігоменорея із затримками до 3 міс; в 15 (12,6%) в анамнезі були дисфункціональні маткові кровотечі; в 5 з них (4,2%) було проведено діагностичне вивчення з подальшою гормональною корекцією порушень менструальної функції.

Аналізуючи генеративну функцію можна зробити висновок, що більшість жінок були повторно вагітними і повторнородящими. Крім того, у жінок з ожирінням III ступеня в 4 рази частіше, ніж у жінок без ожиріння і в 2,5 рази частіше, ніж у жінок з II і I ступенем ожиріння мали місце мимовільні аборти. Вагітність, що не розвивається, у жінок з III ступенем ожиріння була в 3 рази частіше, ніж у жінок з ожирінням I ступеня і в 2,5 рази частіше, ніж у пацієнток без ожиріння.

Частота ускладнень протягом попередніх вагітностей значно вище була у жінок з ожирінням III ступеня. Також звертає на себе увагу високий відсоток преєклампсії і, мабуть, як його наслідок гіпотрофії плода, яка може ще пояснюватися значною частотою загрози переривання вагітності, що у результаті призводило до порушення матково-плацентарного і плодового кровообігу. На 3,3% більше у жінок основної групи пологи відбувалися раніше терміну, чим у породіль контрольної групи; на 20,2% частіше були пологи оперативними (кесарів розтин і акушерські щипці), крім того, у 2,5% породіль основної групи був розрив промежини III ступеня; в 19,6% – слабкість пологової діяльності, проти 6,5% в контрольній групі.

ВИСНОВКИ

Таким чином, як свідчать результати проведених досліджень, що частота метаболічного синдрому у жінок з ожирінням ще до вагітності складає 89,2%, а число компонентів метаболічного синдрому корелює з ступенем ожиріння. Частота інсулінорезистентності у пацієнток з I ступенем ожиріння складає 18,4%; з II ступенем – 29,3% і з III ступенем – 70,0%. Повний метаболічний синдром – поєднання чотирьох основних компонентів метаболічного синдрому в 70,0% спостережень виявляється у жінок з III ступенем ожиріння; з II ступенем – в 48,8% і з I ступенем – лише в 18,4% обстежених. Отримані результати необхідно враховувати при розробці тактики ведення пацієнток на прегравідарному етапі, а також під час гестаційного періоду і розродження.

Влияние метаболического синдрома на течение прегравидарного периода С.Г. Русалкина

Результаты проведенных исследований показали, что частота метаболического синдрома у женщин с ожирением еще до беременности составляет 89,2%, а число компонентов метаболического синдрома коррелирует со степенью ожирения. Частота инсулинорезистентности у пациенток с I степенью ожирения составляет 18,4%; со II степенью – 29,3% и с III степенью – 70,0%. Полный метаболический синдром – сочетание четырех основных компонентов метаболического синдрома в 70,0% обследованных обнаруживается у женщин с III степенью ожирения; со II степенью – у 48,8% и с I степенью – только у 18,4% обследованных. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке тактики ведения пациенток на прегравидарном этапе, а также во время гестационного периода и родоразрешения.

Ключевые слова: прегравидарный период, метаболический синдром.

Influence of metabolic syndrome on current of pregravidare period S.G. Rusalkina

Results of the lead researches have shown, that frequency of a metabolic syndrome at women with adiposity up to pregnancy makes 89,2%, and the number of components of a metabolic syndrome correlates with a degree of adiposity. Frequency insulinresistence at patients with I degree of adiposity makes 18,4%; with II degree – 29,3% and with III degree – 70,0%. The full metabolic syndrome – a combination of four basic components of a metabolic syndrome in 70,0% of supervision is found out in women with III degree of adiposity; with II degree – at 48,8% and with I degree – only at 18,4% surveyed. The received results are necessary for taking into account by development of tactics of conducting patients on pregravidare stage, and also during time gestation period and delivery.

Key words: pregravidare period, metabolic syndrome.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Аржанова О.Н. Нарушение механизмов адаптации при гестозе и методы их коррекции / О.Н. Аржанова // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2013. – № 4. – С. 48–51.
- Каюшева И.В. Течение беременности и родов у женщин, перенесших гипоталамический синдром в период полового созревания / И.В. Каюшева, Л.Ю. Панова // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 6. – С. 64–65.
- Стрижова Н.В. Частота метаболического синдрома у женщин с ожирением. Особенности течения беременности, родов, послеродового и раннего неонатального периодов / Н.В. Стрижова, А.С. Гавриленко, А.В. Саркисова // Акушерство и гинекология. – 2014. – № 6. – С. 27–31.

УДК 618.14-006.363.03-089.168.1-06

Віддалені наслідки хірургічного лікування лейоміоми матки великих розмірів

В.І. Бойко, В.А. Терехов

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Отримані дані свідчать, що частота виникнення і ступеня тяжкості постгістеректомічного синдрому у жінок перименопаузального періоду має пряму кореляційну залежність від загальносоматичного статусу (наявність двох і більше екстрагенітальних захворювань, у тому числі ендокринозалежної патології) і об'єму оперативного втручання. Гістеректомія призводить до істотних змін анатомічних характеристик яєчників, що залишилися, виражаються в збільшенні об'єму, зниженні ехогенності і зникненні звичайної «ультразвукової» структури яєчників, що пов'язане з порушенням кровопостачання яєчників під час операції. Спонтанне відновлення об'єму прооперованих яєчників відбувається від 9 до 12 міс після хірургічного лікування. Отримані результати необхідно використовувати при розробці комплексу реабілітаційних заходів.

Ключові слова: лейоміома матки, хірургічне лікування.

В умовах сьогодення широко упроваджують клінічну практику оперативних методів лікування основних гінекологічних захворювань [1–4]. Визначення раціональних показань до операції, адекватний анестезіологічний посібник, використання точної техніки, бурхливий розвиток ендоскопічної хірургії привели до того, що оперативне втручання в гінекології стало розглядатися як досить безпечна і ефективна лікувальна процедура, що забезпечує, а у ряді випадків, що гарантує пацієнтці повне одужання [2, 3]. Ця клінічна і соціальна ситуація привела до значного зростання числа оперативних втручань в гінекології, зокрема, гістеректомій, частка яких складає 15–45% в структурі всіх гінекологічних операцій [1–4].

Не дивлячись на незначне число післяопераційних ускладнень в ранньому післяопераційному періоді, віддалені наслідки гістеректомії, а також анатомо-функціональний стан яєчників вивчено недостатньо, що призводить до незначної ефективності використовуваних реабілітаційних заходів.

Мета дослідження: вивчення клінічних аспектів постгістеректомічного синдрому, а також анатомо-функціонального стану яєчників у жінок перименопаузального періоду.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У відповідності з поставленою метою нами було обстежено 150 жінок перименопаузального періоду, середній вік яких склав $46,9 \pm 1,1$ року. 120 жінкам з різними гінекологічними захворюваннями була виконана гістеректомія, причому 1 клінічну групу склали 60 пацієнток, яким була виконана гістеректомія без придатків; 60 пацієнток після гістеректомії з придатками склали 2 клінічну групу, а до групи контролю увійшли 30 жінок без оперативного лікування в анамнезі.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У результаті проведених досліджень нами встановлено, що у жінок з індукованою менопаузою, як в 1, так і в 2 групах спостереження переважали міома матки (1 група – 88,3% і 2 – 85,0%); фонова патологія шийки матки (1 група – 55,0% і 2 – 48,3%); запальні захворювання придатків (1 група – 48,3% і 2 – 55,0%); ендометріоз (1 група – 20,0% і 2 – 15,0%); ретенційні утворення яєчників (1 група – 15,0% і 2 – 18,3%); порушення менструальної функції (1 група – 13,3% і 2 – 10,0%) і гіперплазія ендометрія (1 група – 10,0% і 2 – 10,0% відповідно). Основними свідченнями для проведення гістеректомії з'явилися лейоміома матки і ендометріоз.

У справжньому науковому дослідженні ми вважали за доцільне представити результати клінічного обстеження пацієнток 1 групи (гістеректомія без яєчників). З них 40 пацієнткам була вироблена субтотальна гістеректомія (підгрупа А) і 20 – тотальна (підгрупа В). У всіх випадках гістеректомія проводилася традиційним абдомінальним доступом.

Показаннями для оперативного лікування з'явилися: у 40 випадках (67,0%) міома матки; у 18 (30,0%) гіперпластичний процес ендометрія і в 28,0% – аденоміоз. Необхідно відзначити, що більше, ніж у половини хворих мало місце поєднання двох або трьох наведених вище показань для оперативного лікування, а післяопераційний період у всіх пацієнток перебігав без ускладнень.

Слід зазначити, що в доопераційний період 30 (50,0%) пацієнток відзначали різні психоневрологічні порушення, що виявляються у вигляді драгівливості, тривоги, плаксивості і депресії. У 14 (23,3%) жінок зміни психоемоційної сфери були пов'язані з чеканням майбутньої операції, в 8,3% вегетоневротичних змін були розцінені як кліматеричні прояви.

У передопераційний період усім пацієнткам була проведена індивідуальна психологічна корекція, що полягає в роз'ясненні суті майбутньої операції, знятті симптомів тривожності і гармонізації психологічного стану.

У ранній післяопераційний період (з 4 по 10 діб) перші прояви постгістеректомічного синдрому (ПГС) були констатовані у 22 (36,7%) жінок, в подальший місяць – у 26 (43,3%) і протягом трьох післяопераційних місяців у 42 (70,0%) хворих. Надалі зворотний розвиток ПГС мав місце лише у 8 (19,0%) прооперованих. Сумарна частота ПГС склала 42 випадки (64,0%). Аналіз виникнення і ступеня тяжкості ПГС показав наступне:

- важкий ступінь ($32,4 \pm 2,1$ бала ММІ) – 7 пацієнток (17,0%);
- середня ступінь ($19,7 \pm 1,3$ бала ММІ) – 18 хворих (43,0%);
- легка ступінь ($6,1 \pm 0,9$ бала ММІ) – 17 хворих (40,0%).

У пацієнток, страждаючих гіпертонічною хворобою, фіброзно-кістозною мастопатією, ожирінням, патологією травного тракту і щитовидної залози частіше зустрічались важкі і середні форми ПГС, чим у пацієнток, що мають іншу екстрагенітальну патологію.

Найбільшу значущість серед екстрагенітальної патології, на тлі якої виникав ПГС, мають ендокринозалежні захворювання: ожиріння і патологія щитовидної залози мали місце у кожній другій пацієнтці; фіброзно-кістозна мастопатія – в кожній третій. Крім того, ПГС розвивався частіше і мав важчу картину у жінок, що мають поєднання двох і більше екстрагенітальних захворювань.

Середні і важкі форми ПГС у пацієнток, що мають одне екстрагенітальне захворювання, реєструвалися у 7 (16,7%), а що мають два і більше загальносоматичних захворювань – у 18 (42,8%) хворих.

Аналіз впливу різних чинників на виникнення і ступеня тяжкості ПГС виявив пряму залежність від об'єму оперативного втручання.

Встановлено, що, чим більше об'єм операції, тим важче протікає ПГС. У жінок після тотальної гістеректомії без придатків ПГС розвинувся в 100%, при цьому середній і важкий ступінь спостерігалися у 15 (75,0%); після субтотальної гістеректомії без придатків ПГС розвинувся у 22 (55,0%), при цьому середній і важкий ступінь спостерігалися у 10 (45,3%) пацієнток.

Загальна кількість пацієнток з ПГС, в яких виникли зміни в психічній, емоційній і вегетативній сфері склала – 42 (70,0%). Найчастіше зустрічалися такі скарги, як приливи від поодиноких до 10 раз на добу, підвищена пітливість, серцебиття, дратівливість, плаксивість і депресія.

Встановлено, що провідною клінічною формою розладів менопауз відразу після операції, була психоемоційна, у 29 (69,0%) прооперованих жінок і характеризувалася порушенням настрою, депресією, зниженням лібідо і розладом апетиту.

Нейровегетативні розлади зустрілися у 17 (40,5%) обстежених і характеризувалися приливами, підвищеною пітливістю, серцебиттям, головними болями, лабільністю артеріального тиску. Змінно-ендокринні розлади виявилися у 4 (9,5%) жінок, яких непокоїли сухість в піхві, диспаревнія, неутримання сечі, болі в м'язах і кістках.

Ультразвукове дослідження дозволило вивчити структуру і розміри яєчників у обстежуваних хворих. Причому в ранньому післяопераційному періоді об'єм яєчників в порівнянні з доопераційним збільшувався на 60% в А підгрупі і на 70% в підгрупі В. При цьому зміна об'єму яєчників відбувалася за рахунок зменшення числа і розмірів фолікулів і підвищення внаслідок цього гомогенності яєчників. Подібна структура яєчників, мабуть, передбачала зменшення стероїдогенезу, про що свідчать результати проведених ендокринологічних досліджень.

Таке збільшення об'ємів яєчників, ймовірно, виникає унаслідок перев'язування одного з основних джерел кровопостачання яєчників, що призводить до пригнічення регіональної гемодинаміки, розвитку ішемії і набряку яєчників. Можливо, саме цей процес призводить до зниження стероїдогенезу в яєчниках і розвитку постгістеректомічного синдрому у перші 10 днів після операції.

Відновлення первинного об'єму яєчників відбувається по виділенню 6 міс, причому в підгрупі А (після субтотальної гістеректомії) дещо швидше, ніж після тотальної гістеректомії в підгрупі В.

ВИСНОВКИ

Таким чином, частота виникнення і ступеня тяжкості постгістеректомічного синдрому у жінок перименопаузального періоду має пряму кореляційну залежність від загальносоматичного статусу (наявність двох і більше екстрагенітальних захворювань, в тому числі ендокринозалежної патології) і об'єму оперативного втручання. Гістеректомія призводить до істотних змін анатомічних характеристик яєчників, що залишилися, виражаються в збільшенні об'єму, пониженні ехогенності і зникненні звичайної «ультразвукової» структури яєчників, що пов'язане з порушенням кровопостачання

яєчників під час операції. Спонтанне відновлення об'єму прооперованих яєчників відбувається від 9 до 12 міс після хірургічного лікування. Отримані результати необхідно використовувати при розробці комплексу реабілітаційних заходів.

Отдаленные последствия хирургического лечения лейомиомы матки больших размеров В.И. Бойко, В.А. Терехов

Полученные данные свидетельствуют, что частота возникновения и степени тяжести постгистерэктомического синдрома у женщин перименопаузального периода имеет прямую корреляционную зависимость от общесоматического статуса (наличие двух и более экстрагенитальных заболеваний, в том числе эндокриннозависимой патологии) и объема оперативного вмешательства. Гистерэктомия приводит к существенным изменениям анатомических характеристик оставшихся яичников, выражающихся в увеличении объема, понижении эхогенности и исчезновении обычной «ультразвуковой» структуры яичников, что связано с нарушением кровоснабжения яичников во время операции. Спонтанное восстановление объема прооперированных яичников происходит от 9 до 12 мес после хирургического лечения. Полученные результаты необходимо использовать при разработке комплекса реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: лейомиома матки, хирургическое лечение.

The remote consequences of surgical treatment of leiomyoma of uterus of big sizes V.I. Boyko, V.A. Terehov

The received data testify, that frequency of occurrence and a degree of weight posthysterectomy syndrome at women perimenopausal period has direct correlation dependence from somatic the status (presence of two and more extragenital diseases, including endocrinological pathologies) and volume of operative intervention. Hysterectomy results in essential changes of anatomic characteristics of the rest ovaries, expressing in increase in volume, downturn ehogenece and disappearance of usual «ultrasonic» structure ovaries, that is connected to infringement of blood supply ovaries during operation. Spontaneous restoration of volume operative ovaries occurs from 9 till 12 months after surgical treatment. The received results are necessary for using by development of a complex of rehabilitation actions.

Key words: leiomyoma of uterus, surgical treatment.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Іванюта Л.І. Лейомиома матки (причини виникнення, діагностика, принципи лікування) / Л.І. Іванюта, С.О. Іванюта // Діагностика та лікування. – 2009. – № 3. – С. 44–48.
2. Кулаков В.И. Практическая гинекология / В.И. Кулаков, В.Н. Прилепская. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 720 с.
3. Коханевич Є.В. Фіброміома матки, диференційований підхід до вибору методу лікування / Є.В. Коханевич, А.А. Суханова, В.В. Суменко // Практична медицина. – 2012. – № 1–2. – С. 22–26.
4. Кулаков В.И. Оперативная гинекология – хирургические энергии: Руководство / В.И. Кулаков, Л.В. Адамян, О.А. Мынбаев. – М.: Медицина, 2008. – 860 с.

УДК 618.1-089.168.1-06-084-053.86/.89

Шляхи зниження післяопераційних ускладнень при поєднаній патології матки у жінок старших вікових груп

В.А. Шамрай

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 хвори, 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 розроблення ефективного комплексу лікувально-профілактичних заходів.

Усе викладене вище є достатнім обґрунтуванням актуальності вибраного наукового завдання.

Мета дослідження: зниження частоти післяопераційної захворюваності в жінок старших вікових груп із 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 рішення 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-га група (порівняння) – 50 пацієнток старше 60 років, прооперованих з приводу різної генітальної патології і отримуваних загальноприйнятій лікувально-профілактичній заході;

- 2-га група (основна) – 50 пацієнток старше 60 років, прооперованих з приводу аналогічної генітальної патології і які отримували удосконалену нами методику.

При цьому, пацієнтки 1-ї групи були проведені у відповідності із загальноприйнятими лікувально-профілактичними і реабілітаційними заходами [2, 3] і включали використання антибактеріальної терапії, протизапальних препаратів, імунокорекції 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%) з 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 в-лізінів і лізоциму при одночасному збільшенні рівня б- і сироваткового інтерферонів.

Міжсистемні взаємостосунки 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 з поєднаною патологією матки дозволяє понизити 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 тромбоембогічного – 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 з поєднаною патологією матки необхідно додатково використовувати антигомотоксичну терапію і фізіотерапію (якщо є яка те нова методика) як в перед-, так і в післяопераційному періодах.

- 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 послеоперационных осложнений при сочетанной патологии матки у женщин старших возрастных групп

V.A. Shamraj

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.

Decrease ways postoperative complications at complex pathologies of uterus at women of senior age groups

V.A. Shamraj

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. – 2013. – 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. – 2012. – № 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 // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – № 3. – С. 78–79.

УДК 618.14–007.44–083+618.15–007.44–089

Реабілітація жінок після консервативно-пластичних вагінальних операцій

В.В. Яцентюк

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

Як показали результати наших досліджень, раннє і комплексне вживання лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів з урахуванням етіопатогенетичних варіантів розвитку опущення стінок піхви і шийки матки у жінок репродуктивного віку на тлі використання розчину мірамістину покращує перебіг раннього і віддаленого післяопераційного періоду, сприяє швидшому і якіснішому загоєнню післяопераційної рани, нормалізує гормональний дисбаланс, попереджає розвиток непланованої вагітності і рецидивів, дозволяє знизити післяопераційний койко-день, а також швидше і повноцінно відновлює якість життя і працездатність жінок репродуктивного віку.

Ключові слова: консервативно-пластичні вагінальні операції, профілактика, реабілітація.

Для лікарів хірургічних спеціальностей питання реабілітації і відновного лікування набувають особливого значення, оскільки вони зрештою визначають якість здоров'я хворих, їх соціальну і трудову активність. Забезпечити максимальну ефективність відновлення здоров'я можна лише в тому випадку, якщо конкретна програма реабілітації розробляється на етапі діагностики і вибору тактики ведення. Поважно передбачити також всі можливі причини втрати працездатності, які можуть виявитися в результаті хвороби або проведеного лікування для їх зменшення або попередження. Успіх реабілітаційних заходів забезпечується безперервністю, спадковістю, етапністю і індивідуальним підходом у лікуванні [1–4].

На особливу увагу заслуговують питання реабілітації у жінок репродуктивного віку з неспроможністю тазового дна, опущенням і випаданням внутрішніх статевих органів і синдромом часткового або повного нетримання сечі, газів, калу. Це пов'язано з тим, що опущення і випадання внутрішніх статевих органів займає одне з провідних місць в структурі гінекологічної захворюваності і складає 15–30%, продовжуючи залишатися на 3-му місці серед свідчень до оперативного лікування [1–4].

За останні роки намітилася тенденція до «омолоджування» захворювання, а також до розвитку важких форм опущень і випадань у жінок репродуктивного віку. Це вимагає нових підходів до вибору хірургічної тактики, оптимізації реконструктивно-пластичних операцій, які дають можливість зберегти репродуктивну і менструальну функції.

Широко поширений анатомічний підхід до корекції видимого дефекту без врахування в повному масштабі різних аспектів проблеми опущення і випадання, дає короткочасний ефект і наводить до рецидивів захворювання в 20–30% випадків [1–4]. Для профілактики рецидивів захворювання різні автори ставлять акценти на профілактиці

інфекційних ускладнень в післяопераційному періоді, загоєнні ран, не приділяючи уваги відновленню функції тазового дна і суміжних органів [1–4]. Питанням комплексного сучасного лікування хворих, що оперуються з приводу опущення і випадання внутрішніх статевих органів, не приділяється спеціальної уваги. Рекомендовані в повсякденній хірургічній практиці методи лікування даної патології направлені, в основному, на ліквідацію основних ознак захворювання і не передбачають відновлення нормального функціонального стану сусідніх органів і систем. Це потребує удосконалення методів оперативного і відновного лікування тому, що сама операція не служить повною гарантією успіху без адекватної медичної і соціальної реабілітації.

Усе викладене вище свідчить про необхідність проведення наукового дослідження з метою розробки комплексного відновлювального лікування у жінок репродуктивного віку, прооперованих з приводу опущення стінок піхви і шийки матки.

Мета роботи: підвищити ефективність хірургічного лікування опущення стінок піхви і шийки матки у жінок репродуктивного віку на підставі розроблення і клінічного вживання комплексного відновного лікування з використанням медикаментозних і немедикаментозних засобів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети і завдань дослідження були проведені в два етапи. На I використовували клініко-статистичний аналіз 122 консервативно-пластичних вагінальних операцій у жінок репродуктивного віку. При цьому, була загальна група – 122 жінки, яка була розподілена на дві групи залежно від об'єму оперативного втручання:

1-а група – 89 жінок після передньо-задньої кольпоперинеорафії.

2-а група – 33 жінки після манчестерської операції.

На II етапі було проведено клініко-лабораторне обстеження 90 жінок, 30 з яких склали контрольну групу – репродуктивного віку (31,2±2,7 року) без соматичної патології після одних неускладнених пологів.

3-я група – 30 жінок після консервативно-пластичних вагінальних операцій і проведених по загальноприйнятій методиці.

4-а група – 30 жінок після таких же операцій, але що приймали розроблений нами комплекс відновного лікування.

Загальноприйняте ведення жінок проводилося відповідно до рекомендацій [4] і включало передопераційне обстеження, раціональний об'єм операції, використання кетгутових ниток для операції, післяопераційне вживання антибіотикопрофілактики і мазевих тампонів (алоє, обліпіха) у віддаленому періоді після операції.

Основними принципами ведення жінок за розробленою нами методикою є:

- передопераційна підготовка з санацією статевих шляхів перед операцією (3–5 днів) 0,01% розчином мірамістину;

- під час операції: проведення оперативного втручання в I фазу менструального циклу; патогенетично обгрунтований вибір хірургічного лікування, що забезпечує усунення анатомічного дефекту, репозицію тазових органів, відновлення архітекtonіки тазового дна; використання ниток «Dexon»; проведення оперативного втручання лише під перидуральної анестезією;

- у ранньому післяопераційному періоді: раннє вставання (через 8–12 год); відмова від антибіотикопрофілактики і використання протягом 5–7 діб 0,01% розчину

мірамістину; кореляція виникаючих порушень з боку екстрагенітальної патології; після манчестерської операції використання препарату «Contratubex» з 3 дня впродовж 6–9 міс, а після передньо-задньої кольпоперинеоррафії – з 7 дня впродовж такого ж періоду. Даний препарат застосовують протягом 10 днів кожного місяця в I фазу менструального циклу у віддаленому післяопераційному періоді: вживання естроген-гестагенних препаратів (логест, фемоден) протягом 12 міс після операції; електростимуляцію м'язів тазового дна впродовж 7-10 днів в I фазу циклу – до 9–12 міс.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Як свідчать результати проведених досліджень, опущення стінок піхви і шийки матки розвивається у жінок репродуктивного віку (34,9±3,1 року) на тлі значного рівня (57,4%) поєднаних форм генітальної патології, серед яких переважають дисфункції яєчників (34,4%); хронічний сальпінгофорит (31,9%); різні порушення менструального циклу (31,1%) і патологічні зміни шийки матки (20,5%).

Основними клінічними симптомами опущення стінок піхви і шийки матки у жінок репродуктивного віку є посткоїтальні болі (60,7%); нетримання сечі (повне або при напруженні) (48,4%); тазове розслаблення (нетримання газів і калу) (45,9%) і відчуття тяжкості в області малого тазу (39,3%).

Серед різних етіопатогенетичних варіантів опущення стінок піхви і шийки матки у жінок репродуктивного віку переважають посттравматичні (70,7%) і дисгормональні (76,2%), а також поєднання різних варіантів (97,5%), включаючи порушення іннервації і неспроможність сполучної тканини.

Оперативне втручання у жінок репродуктивного віку у зв'язку з опущенням стінок піхви і шийки матки виконується в об'ємі передньо-задньої кольпоперинеоррафії з леваторопластиком (72,9%) і манчестерською операцією (27,1%) у поєднанні з уретропластиком (48,4%), при цьому частота раневої інфекції складає 11,5%, а постопераційних кровотеч – 6,6%, що призводить до розвитку порушень репродуктивної функції у віддаленому періоді після операції.

Використання розробленого комплексу відновного лікування після консервативно-пластичних вагінальних операцій у жінок репродуктивного віку дозволяє знизити післяопераційне перебування в стаціонарі з 14,1±1,3 до 8,3±0,7 дня ($p>0,05$); нормалізувати мікробіоценоз і показники фагоцитозу в піхві; зменшити частоту раневої інфекції (з 13,3% до 3,3%; $p<0,01$) і попередити випадки постопераційних кровотеч і рецидивів; нормалізувати гормональний дисбаланс; відновити функціональний стан м'язів тазового дна і попередити розвиток непланованої вагітності.

З метою контролю за ефективністю лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів, що проводяться, після консервативно-пластичних вагінальних операцій у жінок репродуктивного віку необхідно використовувати показники гормонального статусу (естрадіол + Прогестерон); місцевого імунітету (НСТ-тест, фагоцитарне число і індекс нейтрофільних гранулоцитів і макрофагів), а також динамічні електроміографічні дослідження за визначенням амплітуди біопотенціалів *m.levatoris ani*.

ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати наших досліджень, раннє і комплексне вживання лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів з врахуванням етіопатогене-

тичних варіантів розвитку опущення стінок піхви і шийки матки у жінок репродуктивного віку на тлі використання розчину мірамістину покращує перебіг раннього і віддаленого післяопераційного періоду, сприяє швидшому і якіснішому загоєнню післяопераційної рани, нормалізує гормональний дисбаланс, попереджає розвиток непланованої вагітності і рецидивів, дозволяє знизити післяопераційний койко-день, а також швидше і повноцінно відновлює якість життя і працездатність жінок репродуктивного віку.

Реабілітація жінок після консервативно-пластических влагалищних операцій

В.В. Яцентюк

Как показали результаты наших исследований, раннее и комплексное применение лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий с учетом этиопатогенетических вариантов развития опущения стенок влагалища и шейки матки у женщин репродуктивного возраста на фоне использования раствора мирамистина улучшает течение раннего и отдаленного послеоперационного периода, оказывает содействие более быстрому и качественному заживлению послеоперационной раны, нормализует гормональный дисбаланс, предупреждает развитие непланированной беременности и рецидивов, позволяет снизить послеоперационный койко-день, а также более быстро и полноценно восстанавливает качество жизни и трудоспособность женщин репродуктивного возраста.

Ключевые слова: консервативно-пластические влагалищные операции, профилактика, реабилитация.

Rehabilitation of women after conservative-plastic vaginal operations

V.V. Yazentyuk

As have shown results of our researches, early and complex application of treatment-and-prophylactic and rehabilitation actions with the account etiopatogenetical variants of development of omission of walls of a vagina and colpex a uterus at women of reproductive age on a background of use of a solution miramistine improves current of the early and remote postoperative period, assists faster and qualitative healing of a postoperative wound, normalizes hormonal dysbalans, warns development of not planned pregnancy and relapses, allows to lower postoperative bed-day, and also it is faster and it is high-grade restores quality of a life and work capacity of women of reproductive age.

Key words: conservative-plastic vaginal operations, preventive maintenance, rehabilitation.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Василевская Л.Н. Восстановление мочеиспускания после операций по поводу опущения и выпадения стенок влагалища и матки / Л.Н. Василевская, В.М. Багаев // Казанский медицинский журнал. – 2012. – № 3. – С. 61–62.
2. Запорожан В.М. Комбінована з лапароскопічним етапом гістеректомія у лікуванні жінок з опущенням і випадінням внутрішніх статевих органів / В.М. Запорожан, В.В. Стежковий, І.З. Гладчук // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2008. – № 1. – С. 61–62.
3. Козодой Г.В. Особливості місцевого імунітету після вагінальної гістеректомії / Г.В. Козодой // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2007. – № 4. – С. 80–81.
4. Краснопольский В.И. Современные аспекты хирургического лечения опущения и выпадения внутренних половых органов женщин / В.И. Краснопольский, М.Н. Иоселиани, И.Д. Рижинашвили // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 8. – С. 58–61.

Усовершенствование вспомогательных репродуктивных технологий при наличии гиперандрогении у женщин

М.М. Адамов

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

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 поликистозных яичников. Представленные данные позволяют рекомендовать усовершенствованный алгоритм для широкого использования в кабинетах и клиниках репродуктологии.

Ключевые слова: гиперандрогения, вспомогательные репродуктивные технологии.

Проблема бесплодного брака в Украине является достаточно актуальной, причем частота его колеблется по данным разных авторов от 15 до 30% [1, 2]. При оценке структуры причин женского бесплодия ведущее место занимают разные эндокринные нарушения, причем, достаточно частый среди встречается гиперандрогения (ГА) [3, 4].

В современной литературе приводится несколько определений ГА, но чаще всего этим термином обозначают симптомокомплекс нарушений в сфере специфических и метаболических эффектов андрогенов в женском организме, обусловленных патологией биосинтеза, транспорта и метаболизма андрогенов [5, 6].

Наличие ГА является одной из причин нарушения репродуктивной системы женщин в виде менструальной дисфункции и ановуляции, которые приводят к развитию бесплодия [7, 8]. Кроме того у этих женщин наблюдается «Андрогензависимая дерматопатия» в виде гирсутизма, акне, алопеции и себореи [9, 10]. Следует признать, что постоянно растущий интерес к изучению данной патологии сдерживают определенные трудности, к которым принадлежат полиэтиологичность, гетерогенность и полиморфизм, который приводит к существенным отличиям диагностических подходов, трактовки результатов обследования, интерпретации клинических проявлений, особенностей течения заболевания и определения лечебной тактики [1, 7].

В последние годы в Украине широко используются вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ), в том числе и при женском бесплодии эндокринного генеза, к которому относится и ГА [3, 8]. Однако показание и тактика их проведения является предметом многочисленных дискуссий и требует дополнительного изучения.

Цель исследования: восстановление репродуктивной функции у женщин с ГА разного генеза на основе изучения у них клинико-функциональных и эндокринологических особенностей, а также усовершенствования и внедрения алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий с использованием ВРТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели нами было обследовано 126 пациенток с нарушением генеративной функции (бесплодие первичное, вторичное, ранние потери беременности) на фоне клинических и биохимических проявлений ГА.

Критериями включения в исследование явились:

- наличие нарушений генеративной функции (бесплодие, ранние потери беременности);

- клинические проявления ГА.

Критерии исключения из исследования:

- нарушение функции щитовидной железы в виде тиреоидной дисфункции;

- гиперпролактинемия;

- болезнь Кушинга;

- тяжелые экстрагенитальные заболевания, приводящие к нарушению гормонального гомеостаза;

- классическая форма врожденной дисфункции коры надпочечников;

- гормональноактивные андрогенсекретирующие опухоли яичников и надпочечников;

- беременность;

- генетические причины ранних потерь беременности.

В основе первичного распределения пациенток на группы руководствовались наличием или отсутствием ожирения. Известно, что жировая ткань является местом внегонадного синтеза андрогенов. Кроме того, в исследования включенные здоровые женщины репродуктивного возраста (средний возраст группы $27,9 \pm 1,9$), из них 15 – с нормальной массой тела (ИМТ < 25, средний возраст $27,2 \pm 1,8$) и 15 – с экзогенно-конституциональным ожирением (ИМТ > 25, средний возраст $26,7 \pm 2,1$), которые составили контрольную группу.

Следовательно, сначала выделены три группы обследованных больных:

- группа 1 – 54 пациентки с ГА и нормальной массой тела (средний ИМТ $23,1 \pm 0,9$) в возрасте от 23 до 35 лет, средний возраст составил $27,5 \pm 2,5$;

- группа 2 – 72 больных с ГА и висцеральным ожирением (средний ИМТ $32,5 \pm 1,6$) в возрасте от 24 до 36 лет, средний возраст составил $28,1 \pm 2,1$ года;

- группа 3 – контрольная, которую составили 30 практически здоровых женщин репродуктивного возраста (средний возраст $27,9 \pm 1,9$ года), из них 15 - с нормальной массой тела (ИМТ < 25, средний возраст $27,2 \pm 1,8$) и 15 - с экзогенно-конституциональным ожирением (ИМТ > 25, средний возраст $26,7 \pm 2,1$ года).

Основными показаниями для проведения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) у пациенток с ГА были следующими:

- хроническая гиперандрогенная ановуляция;

- неоднократные неудачные попытки стимуляции овуляции без употребления методов ВРТ;

- неудачная проба эндохирургической стимуляции овуляции.

При проведении ВРТ у пациенток с ГА мы использовали следующие отличительные моменты:

- использовали АМГ (антимюллеров гормон) как предиктора ответы на овариальную стимуляцию при СПКЯ

- с учетом ИМТ и инсулинорезистентности применяли терапию сенсетайзерами к инсулину (метформин от 500 до 850 мг 3 раза в день) на этапе подготовки к проведению программы ВРТ для улучшения овариального ответа при стимуляции гонадотропинами.

- обнаружить корреляционную взаимосвязь между терапией метформинном и снижением цифр АМГ у пациенток с СПКЯ и инсулинорезистентностью, и использовать АМГ как маркер эффективности проведенного лечения.

При обследовании изучали жалобы и анамнез заболевания, а затем проводили общеклинические и специальные методы исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основными формами гиперандрогении у женщин с бесплодием и нормальной массой тела является яичниковая гиперандрогения (44,4%), а также надпочечникового и смешанного генеза (по 27,8%). При наличии сопутствующего ожирения чаще встречается гиперандрогения надпочечникового генеза (41,7%) в сравнении со смешанным (31,9%) и яичниковым генезом (26,4%).

У пациенток с гиперандрогенией яичникового генеза чаще встречается первичное бесплодие (92,6%), а при надпочечниковом генезе – вторичное – (53,3%). Отягощенный акушерский анамнез (невынашивание беременности) чаще имеет место при надпочечниковой гиперандрогении (38,4%).

У пациенток с гиперандрогенией независимо от наличия сопутствующего ожирения имеет место достоверное увеличение ($p < 0,05$) содержания лютеинизирующего гормона, 17-гидрооксипрогестерона, дигидроэпиандростерона, кортизола и снижения глобулина, связывающего половые стероиды. При наличии сопутствующего ожирения и гиперандрогении достоверно ($p < 0,05$) увеличивается уровень антимюллерова гормона и свободного тестостерона.

Основные параметры индукции суперовуляции у женщин с гиперандрогенией зависят от ее генеза:

- среднее количество циклов на одну пациентку при надпочечниковой гиперандрогении составляет 1,24; при смешанной – 1,34 и при яичниковой – 1,35;

- суммарная доза гонадотропинов была наивысшей при надпочечниковом генезе ГА (в среднем, на 400 МЕ выше, чем при смешанном и на 600 – при яичниковом);

- наибольшая длительность стимуляции отмечена при яичниковом генезе ГА, а наименьшая – при надпочечниковом;

- по количеству ооцитов самый высокий показатель имел место при яичниковом генезе ГА, а низкий – при надпочечниковом;

- при оценке толщины эндометрия в день перенесения эмбриона сами высокие параметры наблюдались при надпочечниковом генезе ГА, а наиболее низкие – при смешанном.

Клинические результаты вспомогательных репродуктивных технологий зависят от генеза ГА: наилучшие результаты отмечены нами при яичниковом генезе, причем после всех параметров: частота имплантации, наступления беременности и роды живым плодом. При надпочечниковом генезе нами отмечены наихудшие показатели, причем частота родов живым плодом при надпочечниковом генезе у 3,46 раза ниже по сравнению с яичниковым и у 1,69 раза – со смешанным.

При наличии сопутствующего ожирения у женщин с ГА число использованных циклов на 1 пациентку было выше (1,37 против 1,26). Частота имплантации также отмечалась чаще у 2,79 раза, а образование бластоцитов – наоборот – выше у 1,51 раза у женщин без ожирения, при том, что уровень наступления биохимической и клинической беременности не отличался. Частота невынашивания была более высока при наличии сопутствующего ожирения у 2,79 раза, а прогрессирующей беременности и родов живым плодом – больше у 1,23 раза у пациенток без ожирения.

Для практической медицины мы можем рекомендовать следующие моменты:

1. У пациенток с ГА разного генеза показаниями для использования вспомогательных репродуктивных технологий является:

- хроническая ановуляция в результате длительной ГА;

- неоднократные неудачные попытки стимуляции овуляции без использования вспомогательных репродуктивных технологий;

- неудачная попытка эндохирургической стимуляции овуляции.

2. Отличительные моменты использования вспомогательных репродуктивных технологий у пациенток с ГА разного генеза:

- использование антимюллерова гормона как предиктора ответа на овариальную стимуляцию;

- с учетом индекса массы тела и инсулинорезистентности применение терапии сенсетайзерами к инсулину (метформин от 1500 до 2500 мг 3 раза в сутки), обеспечивающего улучшение овариального ответа при стимуляции гонадотропинами;

- наличие корреляционной взаимосвязи между терапией метформинном и снижением антимюллерова гормона, а также его использования как маркера эффективности проведенного лечения.

ВЫВОДЫ

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют об эффективности предложенного алгоритма дифференцированного подхода к проведению ВРТ у женщин с ГА с учетом не только генеза ГА, но и наличия сопутствующего ожирения, МС и СПКЯ. Представленные данные позволяют рекомендовать усовершенствованный алгоритм для широкого использования в кабинетах и клиниках репродуктологий.

Удосконалення допоміжних репродуктивних технологій за наявності гіперандрогенії у жінок М. М. Адамов

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 супут-

нього 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.

Improvement of auxiliary reproductive technologies at presence hyperandrogenia at women.

M. M. Adamov

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. Неирозэндокринная патология в гинекологии и акушерстве. Руководство для врачей / И.А. Гилязутдинов, З.Ш. Гилязутдинов, И.М. Боголюбова – 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 / А.Г. Резников // Здоров'я України. – 2010. – № 22/1 (додатковий).
4. Нелидова Н.Э. Психическое здоровье беременных с гиперандрогенией / Н.Э. Нелидова, Г.Н. Аабитова, Е.В. Гуткевич // Гинекология. – 2012. – № 8. – С. 5–6, 11–13.
5. Гуркин Ю.А. Детская и подростковая гинекология. Руководство для врачей / Ю.А. Гуркин – М.: МИА. – 2009. – 696 с.
6. Андреева В.О. Роль фактора некроза опухоли -б в патогенезе эндокринно-метаболических расстройств у девочек-подростков с синдромом нервной анорексии / В.О. Андреева // Гинекология. – 2012. – № 8. – С. 5–6, 11–13.
7. Овсянникова Т.В. Гинекологическая эндокринология / Т.В. Овсянникова, В.И. Прилепская, В.Н. Серов. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 528 с.
8. Глазкова О.Л. Клиническая гинекология. Учебное пособие / О.Л. Глазкова, Н.М. Подзолкова, И.В. Кузнецова – М.: МИА, 2009. – 616 с.
9. Сидорова И.С. Практическое руководство по клинической гинекологии: учеб. пособие / И.С. Сидорова – 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 11:612:621

Досвід використання м'яких стимуляцій у програмах допоміжних репродуктивних технологій

І.В. Бабенко

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

Проаналізована ефективність і безпека використання м'яких схем стимуляції овуляції у жінок з нормальною і поганою відповіддю яєчників в протоколах стимуляції. Автори дійшли висновку, що м'які стимуляції можуть застосовуватися у пацієнтів з нормальним і пониженим яєчковим резервом. Вони дозволяють отримати високу частоту настання вагітності, зокрема у поганих відповідачів. У протоколах з використанням м'яких стимуляцій спостерігається досить висока якість ембріонів як в нормальних, так і в поганих відповідачів.

Ключові слова: допоміжні репродуктивні технології, синдром гіперстимуляції яєчників, нормальні відповідачі, погані відповідачі, м'які стимуляції.

Інтенсивний розвиток допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) в кінці ХХ – на початку ХХІ століть, зокрема досягнення у сфері ембріології, винайдення нових препаратів для контрольованої стимуляції яєчників (КСЯ), сприяв значному зростанню ефективності ДРТ [1, 2]. Потреба в поєднанні ефективності лікування методами ДРТ з його безпекою не викликає сумніву. Відомі випадки, коли спроби знизити ризик розвитку синдрому гіперстимуляції яєчників (СГЯ) можуть призводити до неефективного лікування. Зважаючи на це, актуальним є проблема впровадження нових схем стимуляції фолікулогенезу, які були б не надто агресивними і водночас не зменшували б шанси на настання вагітності.

У 1996 році Едвардс та ін. уперше висловили занепокоєння у зв'язку з сучасними підходами до КСЯ і закликали до використання м'яких – більш легких протоколів стимуляції [7]. М'яка стимуляція трактується (згідно з визначенням ISMAAR – Міжнародної асоціації з вивчення м'яких підходів у штучному заплідненні) «як схема стимуляції, під час якої гонадотропіни вводять в меншій, ніж звичайна, дозі та/або протягом менш тривалого терміну в циклі, в якому антагоніст ГнРГ є супутнім» [11]. Основна ідея м'яких стимуляцій полягає у зменшенні ризику ускладнень КСЯ, а саме: больового синдрому, СГЯ, кровотечі після пункції яєчників, багатоплідності, а також у зменшенні витрат у самій програмі ДРТ, впродовж вагітності та після неї [4, 12, 16]. Отже, мета м'якої стимуляції – розроблення більш безпечних і «дружніх» для пацієнта протоколів, в яких ризики лікування мінімізовані. Спочатку ці протоколи застосовувалися здебільшого у пацієнтів із надмірним яєчковим резервом для запобігання СГЯ [5]. Сьогодні для таких

пацієнтів вже розроблено оптимальну тактику лікування: використання низькодозової стимуляції, агоніста ГТРГ (а-ГТРГ) для фінального дозрівання ооцитів, заможування всіх ембріонів; тоді як пацієнтам із нормальним і зниженим яєчниковим резервом, як правило, застосовуються стандартні протоколи стимуляції із великими дозами гонадотропінів [13]. Нашим завданням було визначення ефективності м'яких стимуляцій саме у цих категорій жінок: із нормальним і зниженим яєчниковим резервом.

Мета дослідження: визначення ефективності і безпечності м'яких протоколів стимуляції у жінок з нормальною та поганою відповіддю яєчників у протоколах стимуляції.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідженні брало участь 89 неплідних жінок, що лікувалися методом ДРТ у клініці «Надія». Першу групу дослідження (Г1) становили 59 жінок – нормальних відповідачів, у яких використовувалися протоколи м'яких стимуляцій. Середній вік жінок – $31,9 \pm 4,8$ року, коливаючись від 24 до 45 років.

Другу групу дослідження (Г2) становили 30 пацієнтів – поганих відповідачів, у яких використовувався один із протоколів м'яких стимуляцій. Середній вік жінок становив $31,7 \pm 4,8$ року, коливаючись від 23 до 40 років.

Були застосовані два різновиди м'яких стимуляцій: з а-ГТРГ (М1) та ант-ГТРГ (М2).

Протокол М1. Для пригнічення гіпофізарної функції використовувався Диферелін у дозі 3,75 мг, що призначався на 19–24-й день менструального циклу. Стимуляція фолікулярного росту розпочиналася щонайменше за 16 днів від ін'єкції а-ГТРГ, але не раніше ніж на третій день від початку менструації з використанням препаратів гонадотропних гормонів (Гонал-Ф, Менопур) у денній дозі 75–150 МО.

Протокол М2. Для стимуляції фолікулярного росту з 3 дня менструального циклу призначалися гонадотропіни (Гонал-Ф, Менопур) у денній дозі 75–150 МО. Коли домінуючі фолікули досягали розміру 12 мм (зазвичай це збігалось із 6 (5–7) днем стимуляції) додатково призначали Цетротид в денній дозі 0,25 мг, ін'єкції якого тривали до дня призначення хоріонічного гонадотропіну (ХГ).

В обох протоколах стимуляція гонадотропінами тривала до дня призначення ХГ. ХГ (Овітред) в дозі 250 мг як тригер фінального дозрівання яйцеклітин призначався на етапі, коли розміри домінуючих фолікулів сягали 18–22 мм. Забір яйцеклітин здійснювався протягом 34–35 год від часу введення ХГ. У всіх випадках запліднення яйцеклітин відбувалося методом інтрацитоплазматичного введення сперматозоїдів (ICSI). Зародки було перенесено в порожнину матки на 2–5-у добу їх розвитку.

Усіх жінок було обстежено за загальною визнаною методикою, яка складається з вивчення анамнезу життя, анамнезу хвороби, результатів клінічних, лабораторних і інструментальних методів дослідження.

Кількість фолікулів оцінювали за допомогою ультразвукового дослідження. Кількість яйцеклітин визначали в день пункції фолікулів. Кількість ембріонів визначали на 2–5-у добу після забору яйцеклітини в день перенесення ембріонів в порожнину матки.

Таблиця 1

Характеристика порівнюваних груп за типом безпліддя

Параметри		Г1, n=59	Г2, n=30	Оцінка p
Вік	X±?	31,9±4,8	31,7±4,8	0,850*
	min-max	24-45	23-40	
Тип безпліддя 1	n (%)	39 (66,1)	17 (56,7)	0,762**
Тип безпліддя 1	n (%)	20 (33,9)	13 (43,3)	

Примітки: * – оцінка p між групами за Т-тестом з попередньою оцінкою нормальності розподілу за критерієм Шапіро-Уїлка; ** – оцінка p за критерієм χ^2 .

Якість ембріонів оцінювали залежно від ступеня фрагментації, характеристики бластомерів та наявності або відсутності мультинуклеації. Ми розподілили ембріони розподілено на 3 групи: середньої, гарної та відмінної якості.

Клінічну вагітність діагностували за допомогою УЗД на 4-му тижні після перенесення ембріонів.

Ультразвукове дослідження здійснювали Medison X8 з трансвагінальним багаточастотним датчиком. Пункція фолікулів та аспірація фолікулярної рідини (забір ооцитів) відбувалася в умовах малої операційної під контролем трансвагінальної ехографії на апаратах SONOACE PICO. Кількість яйцеклітин, кількість та якість ембріонів оцінювали в умовах ембріологічної лабораторії за допомогою мікроскопів NIKON ECLIPSE TE 2000-U (Японія).

Результати дослідження опрацьовано за допомогою пакету програм Stata12, STATISTICA. Дані наведено у вигляді середніх арифметичних значень та стандартних відхилень. Під час порівняння варіаційних рядів враховувалися достовірність розходження ($p < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У пацієнток досліджуваних груп не виявлено достовірних відмінностей за віком. Середній вік жінок Г1 та Г2 становив $31,9 \pm 4,8$ та $31,7 \pm 4,8$ року. За типом неплідності обидві групи також статистично не відрізнялися (табл. 1).

Групи зіставні за віком та типами неплідності ($p > 0,05$). Під час порівняння груп за кількістю проведених циклів (табл. 2) було виявлено суттєву різницю за кількістю програм: досліджуваний цикл ДРТ був першим у більшості пацієнтів Г1 (у 45 пацієнток Г1 – 76,3%) і лише у третини пацієнтів Г2 (11 жінок – 36,7%).

Як і очікувалося, виявлено статистично значиму різницю у порівнюваних групах за кількістю отриманих яйцеклітин (табл. 3). У Г1 середня кількість отриманих яйцеклітин становила $31,9 \pm 4,8$, коливаючись в межах від 1 до 46, тоді як у Г2 цей показник становив в середньому $3,1 \pm 1,8$, коливаючись у межах 1–6. При цьому в Г1 кількість жінок, у яких вдалося отримати більше ніж 20 ооцитів, – 9 (15,3%), у яких 11–20 – 33 (55,9%), тоді як у Г2 чисельність таких пацієнток дорівнювала 0, ($p < 0,05$).

Таблиця 2

Характеристика порівнюваних груп за проведеними циклами

Параметри		Г1, n=59	Г2, n=30	Оцінка p
Кількість програм (номер програми)	X±σ	1,4±0,9	3,2±1,5	0,0001
	min-max	1-5	1-5	
В тому числі:				
Перша	n (%)	45 (76,3)	11 (36,7)	0,002
Друга	n (%)	8 (13,6)	12 (40,0)	
Третя і більше	n (%)	6 (10,1)	7 (23,3)	

Таблиця 3

Характеристика порівнюваних груп за кількістю отриманих яйцеклітин

Параметри		Г1, n=59	Г2, n=30	Оцінка p
Отримано ооцитів	X±σ	15,5±8,3	3,1±1,8	0,0001
	min-max	1-46	1-6	
В тому числі:				
До 10	n (%)	17 (28,8)	20 (50,3)	0,0001
11-20	n (%)	33 (55,9)	7 (23,8)	
Більше 20	n (%)	9 (15,3)	3(25,9)	

Розподіл ембріонів за кількісними і якісними характеристиками в порівнюваних групах наведено у табл. 4.

У Г1 середня кількість отриманих ембріонів становила 9,8±5,5, коливаючись в межах від 1 до 20, тоді як у Г2 цей показник – в середньому 2,3±1,7, коливаючись у межах 1–5. При цьому більш як 15 ембріонів отримано у 6 (11,5%) жінок Г1. Вищою є чисельність пацієнток Г1, у яких отримано 6–15 ембріонів – 29 (55,8%). У Г2 такі дані не отримано, (p=0,0001).

Кількість пацієнток, у яких були ембріони найвищої якості, більша в Г1 – 14 (26,9%), у Г2 їх 8 (33,3%), (p=0,002). За кількістю отриманих ембріонів групи достовірно відрізняються. Статистично відрізняються показники і за чисельністю пацієнток порівнюваних груп, у яких отримано ембріони високої якості: 34 (65,4%) в Г1 і 7 (29,2%) в Г2, (p=0,002). Отже, за кількістю і якістю отриманих ембріонів міжгрупова різниця статистично значима, (p<0,05). Відповідно краща якість ембріонів в Г1 дала змогу перенести їх на стадії бластоцити, тобто на 5 добу, більшої кількості пацієнток – 34 (65,4%) порівняно з Г2, де цей показник становив 13 (54,2%) жінок.

Із даних, наведених у табл. 5, видно, що середня кількість перенесених ембріонів в порівнюваних групах достовірно не відрізняється (1,7±0,44 та 1,6±0,5) (p=0,381). У переважній більшості випадків перенесено по 2 ембріони – в Г1

Таблиця 4

Характеристика порівнюваних груп за кількістю, якістю і добою перенесення ембріонів

Параметри		Г1, n=59	Г2, n=30	Оцінка p
Отримано ембріонів	X±σ	9,8±5,5	2,3±1,7	0,0001
	min-max	1-20	1-5	
В тому числі:				
До 5	n (%)	17 (32,7)	16 (46,8)	0,0001
6-15	n (%)	29 (55,8)	8 (21,9)	
Більше 15	n (%)	6 (11,5)	6 (31,3)	
Якість ембріонів				
		n=52	n=24	
середня	n (%)	4 (7,7)	9 (37,5)	0,002
гарна	n (%)	34 (65,4)	7 (29,2)	
відмінна	n (%)	14 (26,9)	8 (33,3)	
Доба перенесення				
		n=52	n=24	
2	n (%)	0	0	0,394
3	n (%)	18 (34,6)	11 (45,8)	
5	n (%)	34 (65,4)	13 (54,2)	

(69,2%) та у Г2 (50,0%). Розподіл хворих в групах за кількістю плідних яєць також не є статистично значимим (p>0,05).

Із табл. 6 видно, що різниця за частотою отриманих ембріонів та настанням вагітності у вказаних групах незначна, проте різниця за частотою імплантацій статистично значима: Г1 – 26,9%, Г2 – 48,7% (p=0,02).

Результати дослідження, представлені у табл. 6, свідчать, що в Г2 частота настання вагітності є вищою, але різниця за частотою настання вагітності в групах статистично не значима: група дослідження Г1 – 14/40 (35,0%), а Г2 – 13/24 (54,2), (p=0,183).

Відомо, що у світовій медицині використовують різні підходи до стимуляції яєчників. Після впровадження в клінічну практику агоністів ГнРГ виник науковий інтерес до відновлення природнього циклу і більш м'яких підходів до стимуляції яєчників під час ЕКЗ [12, 14].

На думку деяких авторів, м'яке ЕКЗ спрямоване на отримання більш фізіологічної відповіді, відповідно, може покращити якість ембріонів (Baart, 2007). Наше дослідження підтвердило це припущення, оскільки чисельність пацієнток – гарних відповідачів у групі з м'яким протоколом стимуляції, у яких отримано 6–15 ембріонів, є вищою – 29 (55,8%) порівняно з групою «поганих» відповідачів. Відсо-

Таблиця 5

Порівняльна характеристика груп за кількістю перенесених ембріонів та отриманих плідних яєць

Параметри	Г1, n=59	Г2, n=30	Оцінка p
Перенесено ембріонів	1,7±0,44	1,6±0,5	0,381
В тому числі:			
1	16 (30,8)	9 (30,0)	0,600
2	36 (69,2)	15 (50,0)	
3	0	0	
Не було перенесення	0	6 (20,0)	
Кількість плідних яєць	1,0±0,12	0,8±0,5	0,08
0*	18 (34,6)	11 (45,8)	0,596
1	16(30,8)	7 (29,2)	
2	18 (34,6)	6 (25,0)	

Примітка: * – вагітність після перенесення ембріонів не настала.

ток пацієнток, у яких отримано ембріони найвищої – відмінної – якості більший в Г2 порівняно з Г1 (в Г1 – 26,9%, в Г2 – 33,3%, p=0,002).

Результати дослідження свідчать, що використання м'яких стимуляцій у поганих та нормальних відповідачів не зменшує шанси жінки завагітніти. Варто зазначити, що під час використання протоколів м'яких стимуляцій у поганих відповідачів спостерігався доволі високий рівень ЧВ, ЧІ була навіть вища, ніж у нормальних відповідачів [8, 9].

Поширена думка, що використання низьких доз ФСГ під час м'яких стимуляцій дозволяє отримувати яйцеклітини кращої якості, ніж під час використання стандартних протоколів [10, 14]. Завдяки цьому частка високоякісних ембріонів, як правило, вища порівняно зі звичайними протоколами стимуляції [11]. Припускають, що високі дози гормонів, які застосовуються в стандартних протоколах стимуляції овуляції можуть призводити до виникнення анеуплоїдій [13, 15].

Таблиця 6

Порівняльна характеристика груп за частотою настання вагітності та частотою імплантації

Параметри	Г1, n=45/52	Г2, n=30	Оцінка p
Отримано ембріонів	40/45 (88,9)	24/30 (80,0)	0,278
Частота імплантацій (ЧІ)	18/67 (26,9)	19/39 (48,7)	0,020
Частота вагітностей (ЧВ)	14/40 (35,0)	13/24 (54,2)	0,183

Як показало дослідження, під час використання м'яких протоколів таких випадків не було виявлено. Отже, можна припустити, що м'які протоколи мінімізують ризик виникнення анеуплоїдій в яйцеклітинах.

Більшість дослідників вважає, що серед пацієнтів, які проходять лікування в клініках, які застосовують програми допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), в 9–24% випадків трапляються жінки зі слабкою відповіддю яєчників на стимуляцію – «погані відповідачі» [3]. Причинами розвитку синдрому слабкої відповіді яєчників можуть бути: зменшення яєчникового резерву, передчасне старіння яєчників (N.G. Beckers et. al., 2002; E.J. De Boer et. al., 2002, D. Nikolaou et. al., 2002). У таких пацієнтів рівень настання вагітності нижчий порівняно з «нормальними відповідачами». Проте проведене дослідження не підтверджує вищевказаного. Як свідчать отримані результати, ЧВ у поганих відповідачів є вищою порівняно з нормальними.

ВИСНОВКИ

1. М'які стимуляції можуть застосовуватися у пацієнтів із нормальним та зниженим яєчковим резервом. Вони дають змогу отримати високу частоту настання вагітності, зокрема і у поганих відповідачів.

2. У протоколах із використанням м'яких стимуляцій спостерігається достатньо висока якість ембріонів як у нормальних, так і у поганих відповідачів, що передусім зумовлено меншим гормональним навантаженням в порівнянні зі стандартними протоколами.-

Отримані результати потребують більш широкої клінічної апробації, проте не викликає сумніви необхідність у розробленні ефективних і безпечних протоколів, індивідуальне застосування яких дозволить поліпшити результати лікування безпліддя.

Опыт использования мягких стимуляций в программах вспомогательных репродуктивных технологий И.В. Бабенко

Проанализирована эффективность и безопасность использования мягких схем стимуляции овуляции у женщин с нормальной и плохим ответом яичников в протоколах стимуляции. Авторы пришли к выводу, что мягкие стимуляции могут применяться у пациенток с нормальным и сниженным яичниковым резервом. Они позволяют получить высокую частоту наступления беременности, в частности у плохих ответчиков. В протоколах с использованием мягких стимуляции наблюдается достаточно высокое качество эмбрионов как в нормальных, так и в плохих ответчиков.

Ключевые слова: вспомогательные репродуктивные технологии, синдром гиперстимуляции яичников, нормальные ответчики, плохие ответчики, мягкие стимуляции.

Experience of using mild stimulation for the assisted reproductive technologies I.V. Babenko

The effectiveness and safety of the mild stimulation for women with normal and poor response to ovarian stimulation protocols is analyzed. The authors concluded that mild stimulation

may be used in patients with normal and reduced ovarian reserve. It allows to get a high pregnancy rate, particularly in women with poor ovarian response. In mild stimulation protocols high enough quality embryos both in normal and in poor responders is observed.

Key words: assisted reproductive technologies, ovarian hyperstimulation syndrome, normal responders, poor responders, mild stimulation.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кулаков В.И. Лечение женского и мужского бесплодия. Вспомогательные репродуктивные технологии, Л.Н. Кузмичев. – М.: Медицинское информационное агентство, 2005. – 592 с.
2. Назаренко Т.А. Стимуляция функции яичников / Т.А. Назаренко. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 272 с.
3. Капустин Э.В. Повышение эффективности протоколов контролируемой овариальной гиперстимуляции в циклах ЭКО у женщин с риском формирования слабого овариального ответа / Э.В. Капустин // Здоровье женщины. – 2005. – № 4 (24). – С. 113–118.
4. Элдер К. Экстракорпоральное оплодотворение : пер. с англ / К. Элдер, Б. Дэйл. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – 304 с.
5. Корнеева И.Е. Синдром гиперстимуляции яичников: практическое руководство для акушеров-гинекологов, репродуктологов, анестезиологов, хирургов, врачей интенсивной терапии / И.Е. Корнеева, Н.А. Веряева, Т.Т. Сароян. – М., 2007. – 56 с.
6. Diedrich K. New approaches to ovarian stimulation / Diedrich K, Ferberbaum F. // Human Reproduction Update. – 1998. – Vol. 13. – P. 1–13.
7. Edwards RG. Time to revolutionize ovarian stimulation / Edwards RG, Lobo R, Bouchard P // Human Reproduction Update. – 1996. – Vol. 11. – P. 917–919.
8. Fauser B.C. Minimal ovarium stimulation for IVF: appraisal of potential benefits and drawbacks / Fauser B.C., Devroue P., Yen S.S et al. // Human Reproduction Update. – 1999. – Vol. 11. – P. 920–926.
9. Verberg M.F. The clinical significance of the retrieval of a low number of oocytes following mild ovarian stimulation for IVF: a meta-analysis / Verberg M.F., Eijkemans M.J., Macklon N.S. // Human Reproduction Update. – 2009. – Vol. 15. – P. 5–12.
10. Heijnen E.M. The clinical significance of the retrieval of a low number of oocytes following mild ovaria nstimulation for IVF: a meta-analysis / E.M. Heijnen, E.B. Baart, F.P. Hohmann et al. // Human Reproduction Update. – 2009. – Vol. 15, № 1. – P. 6–10.
11. Nargund J. The ISMAAR proposal on terminology for ovarian stimulation for IVF / J. Nargund, BCJM Fauser, NS Macklon, et. al. // Human Reproduction Update. – 2007. – Vol. 11 (14). – P. 2801–2504.
12. Olivennes F. Patien-friendly ovarian stimulation / F. Olivennes // Reprod Biomed Online. – 2003. – № 7 (1). – P. 30–34.
13. Tan S.L. In vitro maturation of oocytes from unstimulated polycystic ovaries / S.L. Tan, T.J. Child // Reprod Biomed Online. – 2002. – № 4: Suppl 1. – P. 18–23.
14. Van Voorhis B.J. Clinical practice. In vitro fertilization / B.J. Van Voorhis // N. Engl. J. Med. – 2007. – № 356. – P. 379–386.
15. Verberg M.F. Mild ovarian stimulation for IVF / M.F. Verberg, N.S. Macklon, G. Nargund // Hum. Reprod. Update. – 2009. – Vol. 15. – P. 13–29.
16. Sakkas D. Evaluation of embryo quality: Sequential analysis of development with the aim of single embryo transfer / D.K. Gardner, A. Weissman, C.M. Howles et al. // Textbook of assisted reproductive techniques. Laboratory and clinical perspectives. – 2004. – P. 235–240.

УДК 618.1.7-036.82-08-06:618.14-002-02:615.256.3

Оптимизация тактики ведения женщин с бесплодием на фоне йоддефицитных заболеваний

Д.Ю. Берая

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что йоддефицитные заболевания у женщин репродуктивного возраста являются причиной высокого уровня гинекологической заболеваемости и нарушений репродуктивной функции. Использование усовершенствованного алгоритма позволяет не только снизить гинекологическую заболеваемость, но и повысить эффективность лечения женского бесплодия.

Ключевые слова: репродуктивная функция, йоддефицитные заболевания, коррекция.

Йоддефицитные заболевания (ЙДЗ) – это патологические состояния, которые развиваются в условиях йоддефицита и могут быть предупреждены при нормализации потребления йода (ВОЗ, 2010). Так, по данным статистики четвертая часть населения планеты проживает в условиях дефицита йода, а сотни миллионов людей страдают от выраженных клинических последствий йодного дефицита – увеличения щитовидной железы (ЩЗ) и умственной отсталости. Кроме того, дефицит вступления йода в организм приводит к недостаточной продукции гормонов и более или менее выраженному снижению функциональной активности щитовидной железы [1–6].

У женщин детородного возраста, которые проживают в йоддефицитных регионах, на первый план выступает нарушение функции репродуктивной системы, которые являются причиной частого бесплодия, невынашивания, нарушений менструального цикла и тому подобное [1, 2]. Ежегодно у матерей с йодным дефицитом регистрируется больше 30 тыс. мертворожденных (ВОЗ, ЮНИСЕФ, 2010).

Несмотря на большое количество работ, выполненных в области взаимосвязи действия тиреоидной и гонадной систем, до настоящего времени практически нет исследований, посвященных изучению влияния ЙДЗ на репродуктивную систему, структуру гинекологической патологии, механизмы развития нарушений репродуктивного здоровья и состояние гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы.

Все изложенное выше свидетельствует об актуальности выбранного научного направления.

Цель исследования: снижение частоты гинекологической заболеваемости и нарушений репродуктивной функции у женщин с йоддефицитными заболеваниями ЩЗ на основании изучения основных эхографических, эндокринологических и

иммунологических изменений, а также усовершенствования алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с поставленной целью и заданиями была разработана программа исследований, которая предусматривает проведение клинического анализа, комплекса гормональных и иммунологических методов исследований, сонографические исследования и математическую обработку полученных данных.

Исследования были проведены в два этапа: сначала мы изучали основную генитальную патологию у женщин с йоддефицитными заболеваниями (ЙДЗ), а затем причины и структуру женского бесплодия.

На 1 этапе нами было обследовано 200 женщин репродуктивного возраста, из которых 1-ю группу составляли 90 пациенток с сочетанной генитальной патологией и ЙДЗ, причем были выделены три подгруппы:

- 1.1. – 30 женщин с лейомиомой матки на фоне ЙДЗ;
- 1.2. – 30 пациенток с воспалительными заболеваниями придатков и ЙДЗ;
- 1.3. – 30 женщин с генитальным эндометриозом на фоне ЙДЗ.

2-ю группу составляли также 90 женщин с аналогичной генитальной патологией, но без заболеваний щитовидной железы с выделением аналогичных трех подгрупп:

- 2.1 – 30 женщин с лейомиомой матки;
- 2.2 – 30 пациенток с воспалительными заболеваниями придатков;
- 2.3 – 30 женщин с генитальным эндометриозом.

На 2 этапе было проведено комплексное клиничко-лабораторное и функциональное обследование 100 пациенток с бесплодием, которые были распределены на две группы:

- 3-я группа – 50 пациенток с бесплодием на фоне ЙДЗ;
- 4-я группа – 50 пациенток с бесплодием без ЙДЗ.

Контрольную группу составляли 20 женщин репродуктивного возраста без генитальной патологии.

Мониторинг йодного обеспечения женщин осуществляли в соответствии с рекомендациями к мониторингу региональных программ йодной профилактики в Украине [4, 5]. Уровень йодной обеспеченности устанавливали с помощью определения йода в моче по методу Sandell-Kolthoff [7]. Кроме этого, определяли содержание йода в объектах окружающей среды методом вольтамперометрии с использованием внутреннего стандарта [7].

В исследовании были использованы следующие методы исследования:

- общеклинические;
- гормональные: фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), лютеинизирующий гормон (ЛГ), эстрадиол (Е), прогестерон (ПГ), пролактин (Прл), тиреотропный гормон (ТТГ), трийодтиронин (Т3), тироксин (Т4), антитела к тиреоглобулину (АТ-ТГ) и тиреопероксидазе (АТ-ТПО);
- ультрасонографические: ультразвуковое исследование щитовидной железы; трансвагинальное и трансабдоминальное исследование матки и придатков; ультразвуковое исследование грудных желез;
- статистические.

На каждую пациентку была составлена индивидуальная карта, в которой был зашифрован перечень признаков. Исследуемые параметры отображали паспортные данные, сведения об образовании, о наличии профессиональных вредностей, перенесенных в детстве инфекциях, жалобы на момент осмотра. При сборе анамнеза обращали внимание на время появления первой менструации, на характер менструальной функции, регулярность и длительность цикла. Кроме того учитывался возраст начала половой жизни, количество браков, перенесенные гинекологические заболевания (их длительность, течение и результат); детородная функция (сведения о каждой из предыдущих беременностей, паритет, интергенетический интервал, течение, результат для матери и плода). Экстрагенитальные заболевания выявлялись в результате комплекса клинических, лабораторных и функциональных исследований по специально разработанной программе.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Йоддефицитные заболевания щитовидной железы негативно влияют на клиническое течение основных вариантов гинекологической заболеваемости: частота клинических симптомов лейомиомы матки (болевого синдром, анемия и нарушение менструальной функции) растет на 20,0%; хронического сальпингофорита (частота обострений в год и нарушение влагалищного биотопа) – увеличивается на 16,7% и генитального эндометриоза (болевого синдром и нарушение менструальной функции) – растет соответственно на 13,3%.

При гинекологических заболеваниях на фоне йоддефицитных заболеваний щитовидной железы, у пациенток с лейомиомой матки преобладает гипотиреоз (40,0% по сравнению с 33,3% – эутиреоз и 26,7% – гипертиреоз); при сальпингофорите эутиреоз (63,3% против 20,0% – гипотиреоз и 16,7% – гипертиреоз); при генитальном эндометриозе – эутиреоз (46,7% по сравнению с 33,3% – гипотиреоз и 20,0% – гипертиреоз).

Сочетания гинекологической заболеваемости и йоддефицитных заболеваний щитовидной железы приводит к достоверным дисгормональным нарушениям:

- при лейомиоме матки: увеличение содержания эстрадиола, фолликулостимулирующего гормона и пролактина при одновременном снижении уровня прогестерона и лютеинизирующего гормона;
- при хроническом сальпингофорите: увеличение содержания лютеинизирующего гормона на фоне снижения уровня пролактина, эстрадиола и прогестерона;
- при эндометриозе: увеличение содержания прогестерона и фолликулостимулирующего гормона при одновременном снижении уровня лютеинизирующего гормона и прогестерона.

Наличие йоддефицитных заболеваний щитовидной железы негативно влияет на клиническое течение бесплодия: частота нарушений менструальной функции выше 22,0%; длительность лечения бесплодия увеличивается на $1,1 \pm 0,1$ года; чаще используются гормональные коррекция (на 10,0%) и оперативное лечение (на 8,0%). Первичное бесплодие несколько преобладает над вторичным (52,0% и 48,0% соответственно).

Среди основных причин бесплодия у женщин с йоддефицитными заболеваниями щитовидной железы необходимо выделить трубно перитонеальный фактор

(36,0%), внешний генитальный эндометриоз (28,0%), эндокринный фактор (20,0%), в 16,0% случаев имели место неустановленные причины бесплодия, новообразования матки и придатков, а также иммунологическая несовместимость. У 48,0% пациенток имели место 2–4 фактора бесплодия, у 44,0% – один фактор, а у 8,0% – отсутствие факторов бесплодия.

Для повышения эффективности лечения генитальной патологии у пациенток с йоддефицитными заболеваниями щитовидной железы мы использовали следующие моменты:

- тиреологический скрининг на первом этапе должен включать рядом с жалобами и анамнезом пальпацию области шеи, на втором – ультразвуковое исследование щитовидной железы с оценкой объема, экзогенности и экоструктуры;

- гормональное исследование, которое включает определение не только тиреоидных и половых гормонов, но и ПрЛГ;

- пациенткам с лейомиомой матки, эндометриозом на фоне гипотиреоза целесообразно назначение низкодозированных эстроген-гестагенных препаратов и тиреоидных гормонов, что дает позитивный эффект в достижении эутиреоидного состояния. При гипертиреоидной форме ЙДЗ необходимо сочетание тиреостатических препаратов с противовоспалительной и иммуномодулирующей терапией.

У пациенток с бесплодием на фоне йоддефицитных заболеваний щитовидной железы мы использовали клинико-лабораторное и функциональное исследование: кольпоскопия, скрининг на инфекции, передающиеся половым путем, гистеросальпингография, УЗИ органов малого таза, эндоскопические методы (лапаро- и гистероскопия), эндокринологическое обследование (оценку состояния нейроэндокринной системы по тестам функциональной диагностики и базальному уровню гонадотропных и стероидных гормонов), краниография, компьютерная томография и ядерно-магнитный резонанс (при подозрении на микро- и макроаденомы гипофиза);

Использование усовершенствованных алгоритмов ведения пациенток с генитальной патологией и бесплодием на фоне йоддефицитных заболеваний щитовидной железы позволяет повысить эффективность лечения лейомиомы матки на 20,0%; хронического сальпингофорита на 18,0% и генитального эндометриоза – на 16,0%. Частота наступления беременности составила 32,0%, причем у 14,0% были использованы вспомогательные репродуктивные технологии.

При неэффективности общепринятых консервативных и оперативных методов лечения необходимо переходить к вспомогательным репродуктивным технологиям.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что йоддефицитные заболевания у женщины репродуктивного возраста являются одной из причин высокого уровня гинекологической заболеваемости и нарушений репродуктивной функции. Использование усовершенствованного нами алгоритма позволяет не только снизить гинекологическую заболеваемость, но и повысить эффективность лечения женского бесплодия.

Оптимізація тактики ведення жінок з безпліддям на фоні йоддефіцитних захворювань

Д.Ю. Берая

Результати проведених досліджень свідчать, що йоддефіцитні захворювання у жінок репродуктивного віку є однією з причин високого рівня гінекологічної захворюваності і порушень репродуктивної функції. Використання вдосконаленого нами алгоритму дозволяє не лише знизити гінекологічну захворюваність, але і підвищити ефективність лікування жіночого безпліддя.

Ключові слова: *репродуктивна функція, йоддефіцитні захворювання, корекція.*

Optimisation of tactics of conducting women with barrenness against ioddeficiency diseases.

D.J. Beraja

Results of the spent researches testify that ioddeficiency diseases at women of reproductive age are at the bottom of high level of gynecologic disease and infringements of reproductive function. Use of advanced algorithm allows not only to lower gynecologic disease, but also to raise efficiency of treatment of female barrenness.

Key words: *reproductive function, ioddeficiency diseases, correction.*

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Забаровская З.В. Йоддефицитные заболевания: новые взгляды на старую проблему / З.В. Забаровская, А.П. Катушкина, И.А. Костеева, Н.И. Губкевич // Здоровоохранение. – 2012. – № 2. – С. 30–35.
2. Зефирова Г.С. Заболевания щитовидной железы / Г.С. Зефирова. – М.: Арт-Бизнес-Центр, 2010. – 216 с.
3. Зыкова Т.А. Скрининг зоба у лиц молодого возраста: роль ультразвукового исследования / [Т.А. Зыкова, А.Л. Фефилов, О.А. Цыганова и др.] // Проблемы эндокринологии. – 2006. – Т. 42, № 2. – С. 17–20.
4. Иена С.С.К. Репродуктивная эндокринология / С.С.К. Иена, Р.Б. Джаффе. – М.: Медицина. – 2012. – 432 с.
5. Інформація про стан репродуктивного здоров'я жінок в Україні від 11.05.2011 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>.
6. Квашенко В.П. Репродуктивное здоровье и планирование семьи: социально-медицинские аспекты. Основы репродуктивной медицины: Практическое руководство / В.П. Квашенко // Под ред. проф. В.К. Чайки. – Донецк: ООО «Альматео», 2011. – С. 542–544.
7. Князев Ю.А. Возрастные гормонально-метаболические нормативы: Науч. метод. пособие / Ю.А. Князев // Рос. гос. мед. ун-т. – М.: Филин, 2012. – 174 с.

УДК 618.396:614.1

Профілактика передчасних пологів і затримки розвитку плода у жінок з безпліддям в анамнезі

В.І. Бойко, О.І. Бутенко

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Результати проведених досліджень свідчать, що пацієнтки з безпліддям в анамнезі складають групу високого ризику щодо розвитку невиношування і недоношування, причому різного генезу: інфекційного, ендокринного і поєданого. Використання пропонованого диференційованого підходу до проведення лікувально-профілактичних заходів сприяють нормалізації функціонального стану фетоплацентарного комплексу і мікробіоценозу статевих шляхів, що зрештою дозволяє поліпшити результати розродження жінок групи високого ризику. Методика є простою і загальнодоступною, що дозволяє рекомендувати її для використання в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: *невиношування, недоношування, безпліддя, профілактика.*

Вагітність і пологи у жінок з безпліддям в анамнезі є однією з найбільш актуальних проблем сучасного акушерства [1–4]. Поява даного наукового напрямку обумовлена широким впровадженням ефективних методик лікування безпліддя різного генезу, у тому числі і сучасних репродуктивних технологій в практичну охорону здоров'я, що дозволило істотно підвищити ефективність лікування порушень репродуктивної функції в подружніх парах [5, 6].

В той же час виникли і нові наукові питання, що стосуються особливостей клінічного перебігу гестаційного періоду у жінок з безпліддям в анамнезі. На наш погляд, серед широкого спектру виникаючих завдань особливе місце належить питанням невиношування і недоношування у жінок даної групи. Це пов'язано з поліетіологічністю мимовільного переривання вагітності і передчасних пологів в загальній популяції населення, а також з рядом специфічних моментів, що мають місце у жінок з різними причинами і методами лікування безпліддя в анамнезі. Не дивлячись на значне число наукових публікацій, присвячених проблемі акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з безпліддям в анамнезі, не можна вважати всі питання повністю вирішеними. Одним з таких наукових завдань є зниження частоти невиношування і недоношування в цій групі високого ризику.

На наш погляд, усе наведене вище є достатнім обґрунтуванням актуальності вибраного наукового завдання.

Мета дослідження: зниження частоти передчасних пологів і затримки розвитку плода у жінок з безпліддям в анамнезі на основі вивчення особливостей гормонального статусу і синтезу плацентарних білків, функціонального стану фетопла-

центарного комплексу і мікробіоценозу статевих шляхів, а також розробки і впровадження комплексу лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У відповідність з поставленою метою нами було обстежено 150 пацієнток, серед яких 100 – з безпліддям в анамнезі, яких було розподілено на наступні групи:

I група – 50 жінок з безпліддям в анамнезі, які отримували загальноприйнятні лікувально-профілактичні заходи;

II група – 50 жінок з безпліддям в анамнезі, які отримували пропоновану нами методику.

Контрольну групу склали 50 жінок, які народжують вперше, без акушерської і соматичної патології, розроджених через природні пологові шляхи.

Безумовно, не всі пацієнтки з безпліддям в анамнезі мають чинники ризику невиношування і недоношування, проте в порівнянні із загальною популяцією відсотки мимовільного переривання вагітності і передчасних пологів у них набагато вищі. До основних чинників ризику невиношування і недоношування ми відносили: наявність в анамнезі запальних захворювань репродуктивної системи і екстрагенітальної локалізації; вихідні ендокринопатії різного генезу, включаючи дисфункцію яєчників і щитовидної залози; наявність шкідливих звичок і несприятливих професійних чинників в анамнезі тощо.

Загальноприйнятні лікувально-профілактичні заходи включали в собі використання за свідченнями антибактеріальних препаратів; гормональну терапію, комплекси вітамінів і мікроелементів; засоби, поліпшуючі мікроциркуляцію (курантил, трентал, компламін); імунокорегуючу терапію [3, 4].

Відмітними особливостями пропонованої нами методики є використання диференційованого підходу до профілактики невиношування і недоношування залежно від основних причин жіночого безпліддя, причому починаючи з етапу предгравідарної підготовки і впродовж всього гестаційного періоду: всього чотири курси – за 2–3 міс до вагітності; у 1–12; 20–22 і 30–32 тиж.

Так, при вихідному безплідді запального генезу ми використовували:

- траумель 3 – по 1 ампулі через 1, 2, 3, 4 і 5 днів;
- коензим композитум – по 1 ампулі через 1, 2, 3, 4 і 5 днів;
- енгістол – по 1 таблетці 2 рази в день – 14 днів;

При безплідді ендокринного генезу застосовували:

- коензим композитум – по 1 ампулі через 1, 2, 3, 4 і 5 днів;
- оваріум композитум – по 1 ампулі через 1, 2, 3, 4 і 5 днів.

При поєднаному варіанті використовували вищеописані комбінації лікарських препаратів.

При пропонованій нами методиці антибактеріальні і гормональні препарати застосовувалися лише за свідченнями під контролем мікробіологічних і ендокринологічних показників.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У пацієнток з безпліддям в анамнезі частота невиношування складає 18,9% (1 триместр – 8,0% і 11 – 10,9%) і недоношування – 12,2%. Клінічний перебіг гес-

таційного процесу супроводжується високим рівнем гестаційної анемії (63,4%); плацентарної дисфункції (53,7%) і прееклампсії (34,1%).

Частота абдомінального розродження у жінок з безпліддям в анамнезі складає 48,8%, а в структурі свідчень окрім високого перинатального ризику (92,0%) мали місце гострий дистрес плода (40,0%); неефективне лікування аномалій пологової діяльності (35,0%) і газове передлежання крупного плода (20,0%).

Перинатальні результати розродження пацієток з безпліддям в анамнезі характеризуються значним рівнем затримки розвитку плода (31,7%); асфіксії новонародженого (21,9%) і внутрішньоутробного інфікування (14,6%). У ранньому неонатальному періоді основною патологією був синдром дихальних розладів (12,2%), обумовлений недоношеністю, а також постгіпоксична енцефалопатія (19,5%); гіпербілірубінемія і геморагічний синдром (по 4,9%). Сумарні перинатальні втрати склали 48,8 %.

Гормональні зміни у пацієток з безпліддям в анамнезі починаються з I триместра вагітності і характеризуються достовірним зниженням ПЛЛ (до $410,2 \pm 27,2$ нмоль/л; $p < 0,01$); ЕЗ (до $187,3 \pm 16,1$ нмоль/л; $p < 0,05$); К (до $410,2 \pm 27,2$ нмоль/л; $p < 0,05$); ДГЕА-С (до $2287,4 \pm 129,7$ нмоль/л; $p < 0,05$) і Прг. (до $64,3 \pm 4,2$ нмоль/л; $p < 0,05$). У III триместрі додатково відбувається достовірне зниження рівня 17-ОП (до $11,4 \pm 1,0$ нмоль/л; $p < 0,01$); Т (до $410,2 \pm 27,2$ нмоль/л; $p < 0,05$); ХГ (до $201,7 \pm 15,3$ нмоль/л; $p < 0,05$) і Прл. (до $3621,4 \pm 108,7$ нмоль/л; $p < 0,05$).

У пацієток з безпліддям в анамнезі зміни з боку вмісту білків плацентарних починаються з II триместра і характеризуються достовірним збільшенням вмісту РР14 (до $146,2 \pm 7,3$ мг/мл; $p < 0,01$) і зниженням SP1 (до $69,5 \pm 7,3$ мкг/мл; $p < 0,01$). У 3 триместрі зберігається достовірне зниження вмісту SP1 (до $129,5 \pm 8,7$ мкг/л; $p < 0,05$) при одночасному збільшенні рівня РР12 (до $22,7 \pm 1,5$ мг/мл; $p < 0,05$).

Найбільш виражені зміни у пацієток з безпліддям в анамнезі з боку функціонального стану плода наголошуються в III триместрі і характеризуються високою частотою затримки внутрішньоутробного розвитку плода (46,3% – по асиметричному варіанту і 7,3% – по симетричному); порушень серцевого ритму (брадикардія – 4,9% і тахікардія – 14,6%); суб- і декомпенсованих порушень дихальної (суб- – 24,4% і декомпенсовані – 2,4%) і рухової активності плода (суб- – 24,4% і декомпенсовані – 4,9%); а також змінами з боку тону плода (14,6%). З боку плаценти і об'єму навколоплідних вод має місце висока частота передчасного дозрівання плаценти з одночасною патологією міометрія в зоні плацентарної (31,7%) і високого рівня мало- (17,0%) і багатоводдя (19,5%). За підсумковою оцінкою стану фетоплацентарного комплексу компенсовані зміни зустрічаються в 63,4% випадків; субкомпенсовані – в 26,8% і декомпенсовані – в 9,8% спостережень.

Порушення мікробіоценозу статевих шляхів у пацієток з безпліддям в анамнезі зустрічаються впродовж всього гестаційного періоду, але найбільш виражений характер мають в III триместрі вагітності за рахунок низького рівня лактобацил (58,5%); біфідобактерій (48,8%) і молочнокислих стрептококів (36,6%) на тлі одночасного зростання кількості штамів стафілококів (97,6%) і умовно-патогенної мікрофлори.

Використання пропонованих лікувально-профілактичних заходів у пацієток з безпліддям в анамнезі дозволяє істотно знизити частоту невиношування (з 18,9% до 6,1%); недоношування (з 12,2% до 4,3%); гестаційної анемії (з 63,4% до 46,8%);

плацентарної дисфункції (з 53,7% до 36,1%); прееклампсії (з 34,1% до 23,4%); затримки розвитку плода (з 31,7% до 23,4%); асфіксії новонароджених (з 21,9% до 11,7%); постгіпоксичної енцефалопатії (з 19,5% до 11,7%) і синдрому дихальних розладів (з 12,2% до 4,3%), а також попередити перинатальні втрати.

ВИСНОВКИ

Таким чином, як свідчать результати проведених досліджень, пацієток з безпліддям в анамнезі складають групу високого ризику щодо розвитку невиношування і недоношування, причому різного генезу: інфекційного, ендокринного і поєданого. Використання пропонованого диференційованого підходу до проведення лікувально-профілактичних заходів сприяють нормалізації функціонального стану фетоплацентарного комплексу і мікробіоценозу статевих шляхів, що зрештою дозволяє поліпшити результати розродження жінок групи високого ризику. Методика є простою і загальнодоступною, що дозволяє рекомендувати її для використання в практичній охороні здоров'я.

Профилактика преждевременных родов и задержки развития плода у женщин с бесплодием в анамнезе В.И. Бойко, О.И. Бутенко

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что пациентки с бесплодием в анамнезе составляют группу высокого риска по развитию невынашивания и недоношения, причем различного генеза: инфекционного, эндокринного и сочетанного. Использование предлагаемого дифференцированного подхода к проведению лечебно-профилактических мероприятий способствуют нормализации функционального состояния фетоплацентарного комплекса и микробиотоза половых путей, что в конечном итоге позволяет улучшить результаты родоразрешения женщин группы высокого риска. Методика является простой и общедоступной, что позволяет рекомендовать ее для использования в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: невынашивание, недоношение, бесплодие, профилактика.

Preventive maintenance of premature birth and fetus arrest of development at women with barrenness in the anamnesis V.I. Boyko, O.I. Butenko

Results of the lead researches testify, that patients with barrenness in the anamnesis make group of high risk on development incompetent pregnancy and preterm labor, and various genesis: infectious, endocrinological and complex. Use of the offered differentiated approach of the approach to carrying out of treatment-and-prophylactic actions normalization of a functional condition fetoplacental a complex and microbiotose sexual ways promote, that finally allows to improve results delivery women of group of high risk. The technique is simple and popular, that allows to recommend it for use in practical public health services.

Key words: incompetent pregnancy, preterm labor, barrenness, preventive maintenance.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Барковский Д.Е. Прогнозирование невынашивания беременности на основе оценки иммунного статуса беременных / Д.Е. Барковский // Здоровье женщины. – 2012. – № 1. – С. 32–37.
2. Бойко В.А. Клинико-патогенетическое обоснование применения биологических препаратов в лечении TORCH-инфекций у беременных / В.А. Бойко // Репродуктивное здоровье женщин. – 2012. – № 3. – С. 86–88.
3. Гойда Н.Г. Стан та перспективи розвитку перинатальної допомоги на етапі реформування охорони здоров'я в Україні / Н.Г. Гойда // Перинатологія та педіатрія. – 2009. – № 1. – С. 3–4.
4. Голота В.Я. Перинатальні аспекти недоношування вагітності / В.Я. Голота, В.О. Беник // Проблеми медицини. – 2009. – № 1–2. – С. 32–35.
5. Грищенко В.И. Женское бесплодие: состояние проблемы / В.И. Грищенко, Н.А. Щербина // Международный медицинский журнал. – 2009. – № 1. – С. 89–92.
6. Климов В.А. Новые подходы к лечению угрозы преждевременных родов / В.А. Климов // Репродуктивное здоровье женщины. – 2012. – № 1. – С. 9–10.

УДК 618.177-089.888.11-036-097

Клинико-иммунологические критерии эффективности вспомогательных репродуктивных технологий при различных формах бесплодия

А.С. Дарий

Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П.Л. Шупика, г. Киев
Клиника проблем планирования семьи, г. Киев

Проведенный анализ параметров иммунного и цитокинового статуса на системном и местном уровне во взаимосвязи с количественными и функциональными показателями овариальной функции и клинической эффективностью вспомогательных репродуктивных технологий свидетельствует о важной роли иммунной системы в регуляции фолликулогенеза и эмбриогенеза.

Ключевые слова: *вспомогательные репродуктивные технологии, эффективность, иммунология.*

Проблема infertility супружеских пар приобретает сегодня не только медицинское, но и огромное социально-демографическое и экономическое значение [1–12]. По данным ВОЗ (WHO, 2012) более 100 млн супружеских пар бесплодны и их число с каждым годом увеличивается. Частота бесплодных браков среди супругов репродуктивного возраста колеблется от 20% до 30% [3, 10]. Причиной бесплодного брака в 40–50% случаях является патология репродуктивной системы у одного из супругов, реже – в 25–30% у обоих [4, 11]. ВОЗ выделяет 22 причины женского и 16 причин мужского бесплодия. Женское бесплодие встречается у 35–40% бесплодных браков, на долю мужского бесплодия приходится 30–35% (WHO, 2012).

В настоящее время показано, что функционирование репродуктивной системы как у мужчин, так и женщин осуществляется при тесном взаимодействии с иммунной и эндокринной системами [1–12]. Установлено, что пролактин способен вызывать активацию опосредованного макрофагами яичка синтеза TNF-а и как следствие уменьшение выработки стимулируемого гонадотропином тестостерона клетками Лейдига [1]. Увеличение же уровня тестостерона усиливает клеточный иммунитет [2, 4, 5]. Поэтому, можно предположить, что не только локально синтезируемые цитокины, но и цитокины из общего сосудистого русла способны проявлять свои эффекты на тестискулярном уровне. О чем свидетельствуют факты активного участия цитокинов в формировании гамет и регуляции сперматогенеза [12], а также их вклада в иммуносупрессию семенной плазмы [4, 5]. У женщин, происходя-

щие во время менструального цикла и беременности изменения контролируются со стороны гипоталамо-гипофизарной системы и являются прямым результатом индуцированного гормонами тканевого ремоделирования тканей яичника и слизистой матки. Действие гормонов на клеточном уровне реализуется через вовлечение множества пептидных ростовых факторов, среди которых особая роль отводится цитокинам, синтезируемым иммунокомпетентными клетками [10, 11]. Наряду с регуляцией овариальной функции клетки иммунной системы и продуцируемые ими цитокины выполняют исключительно важную роль в подготовке эндометрия к имплантации эмбриона, а впоследствии – в сохранении беременности [1, 3, 6, 7].

На сегодняшний день наиболее исследованными являются иммунологические аспекты, связанные физиологическим протеканием беременности и включающие изучение механизмов иммунологической перестройки, направленной на подавление реактивности иммунной системы матери по отношению к аллоантигенам плода. Вместе с тем роль иммунной системы в регуляции самых ранних этапов репродуктивного процесса – фолликулогенеза, овуляции, доимплантационных этапов развития эмбриона и его имплантации, остаются существенно менее изученными [1–12]. Учитывая тесную взаимосвязь иммунной и репродуктивной системы, становится очевидным, что наличие исходных иммунных дисфункций, а также развитие их в процессе стимуляции гиперовуляции может быть серьезной причиной низкого качества ооцитов, дефекта оплодотворения яйцеклетки, нарушения развития и имплантации эмбриона, и, в конечном итоге, невынашивания беременности. Поэтому большой интерес представляет исследование показателей системного и локального иммунитета, а также овариальной функции в группах женщин, оппозитных по уровню фертильности, качеству эмбрионов, имплантации и клинической беременности. Исследования такого рода имеют большое теоретическое и практическое значение, поскольку позволяют осмыслить новые аспекты иммуно-эндокринной регуляции ранних этапов репродуктивного процесса и патогенеза бесплодия, а также разработать прогностические критерии эффективности проведения вспомогательных репродуктивных технологий.

Цель исследования: клинико-иммунологическая оценка эффективности вспомогательных репродуктивных технологий при различных формах бесплодия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с поставленной целью нами было обследовано 50 бесплодных супружеских пар фертильного возраста.

В исследование были включены 100 мужчин и женщин в возрасте от 24 до 46 лет ($35,1 \pm 4,3$ года), состоящих в бесплодном браке, по поводу чего супружеские пары проходили обследование и лечение по программе вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

Продолжительность бесплодия в браке варьировала от 2 до 16 лет ($6,5 \pm 2,1$ года). В этиопатогенетической структуре бесплодия женский фактор обнаруживался в 30% случаев, мужской фактор – в 10% случаев, тогда как у большинства супружеских пар (60%) диагностировались комбинации сочетанных нарушений репродуктивной функции.

До начала цикла ВРТ проводилось тщательное обследование партнеров: сбор соматического, акушерско-гинекологического и андрологического анамнеза, ульт-

развуковое исследование, клинико-лабораторные, биохимические и гормональные исследования.

В случае выявления какой-либо сопутствующей патологии, в первую очередь урогенитальной инфекции, назначалась соответствующая терапия, которая проводилась в объеме, необходимом для достижения санирующего эффекта.

Все исследования выполнялись в соответствии с Хельсинской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы научных и медицинских исследований с участием человека» (2010).

Лечебные мероприятия проводились в соответствии с нормативными документами, утвержденными Министерством здравоохранения Украины.

Контрольная группа ($n=50$) была составлена из практически здоровых мужчин и женщин аналогичного возраста, состоящих длительное время в браке и имеющих здоровых детей.

Все обследованные лица давали информированное согласие на участие в исследовании.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что все выполненные циклы ВРТ закончились пункцией фолликулов. Частота наступления беременности составила в расчете на цикл и на пункцию – 40%, а в расчете на эмбриоперенос – 42%. При этом наибольшая частота наступления клинической беременности регистрируется при трансфере 2–3 эмбрионов. В то же время, очевидно, что тактика, направленная на увеличение числа переносимых эмбрионов, не приводит к повышению эффективности ВРТ.

При ретроспективном анализе женщин с полностью проведенным циклом ВРТ, различающихся по клиническому эффекту (беременность есть или нет), не было выявлено достоверных различий по среднему возрасту пациенток, а также по длительности или формам бесплодия. Сравнимые группы были также однородны и по медикаментозным протоколам индукции суперовуляции.

В целом по подгруппе женщин, у которых лечение с помощью ВРТ оказалось неэффективным, на пике стимулированной суперовуляции было получено достоверно меньше ооцитов, чем в оппозитной группе. В то же время доля среди них яйцеклеток высокого качества и эффективность их оплодотворения в культуре *in vitro* на уровне медианных значений значимо не различались.

Выявленные различия в общем количестве полученных ооцитов были отчасти обусловлены несколько большей частотой развития синдрома гиперстимуляции яичников в первой подгруппе (24%) по сравнению с женщинами, у которых лечение с помощью ВРТ оказалось неэффективным (16%). Тем не менее, следует отметить, что частота встречаемости женщин с критически низкими показателями овариальной функции во второй подгруппе была достоверно выше по сравнению с пациентками, у которых после проведения ВРТ наступила клиническая беременность.

Полученные данные в совокупности с материалами, представленными выше, свидетельствуют, что вне зависимости от последующих результатов проведения ВРТ у женщин с бесплодием на пике индуцированной суперовуляции на системном уровне происходят однонаправленные изменения иммунитета, сопряженные

с доминирующей активностью иммуносупрессорных и противовоспалительных медиаторов.

Более выраженные различия иммунологических параметров в подгруппах женщин, оппозитных по эффективности ВРТ, обнаруживались на местном уровне при сравнительном анализе суммарной биологической активности и уровня цитокинов в фолликулярной жидкости (ФЖ).

Нами отмечено, что цитокиновый профиль ФЖ пациенток с наступившей клинической беременностью достоверно не отличался от такового у женщин-доноров ооцитов. Отмечалась лишь недостоверная тенденция увеличения содержания в ФЖ IL-6 (24,4 vs 13 пкг/мл, $p>0,05$) и MIP-1 α (123 vs 75 пкг/мл, $p>0,05$), а также более низкого уровня IL-8 (9,1 vs 21 пкг/мл, $p>0,05$). В то же время, в подгруппе женщин, у которых лечение с помощью ВРТ оказалось безрезультатным, концентрация в ФЖ IL-2, IL-4, IL-7 и G-CSF была достоверно ниже, чем у доноров и у пациенток ВРТ из оппозитной подгруппы. Кроме того, пациентки ВРТ достоверно различались по уровню хемокинов IL-8 и MIP-1 α , продукция которых имела реципрокный характер в оппозитных подгруппах.

В биотесте тестируемые образцы ФЖ проявляли схожую противовоспалительную активность, тем не менее, в целом по группе женщин, у которых лечение с помощью ВРТ оказалось неэффективным, регистрировалась более выраженная супрессорная активность фолликулярных факторов (ИСА 0,56 vs 0,63–0,65, $p<0,05$). При этом обращает внимание 2-кратное и статистически значимое увеличение концентрации IL-13 до 46 пкг/мл против 24–22 пкг/мл у доноров и пациенток первой группы.

Результаты проведенного ретроспективного анализа показывают, что определенная сбалансированность цитокин-опосредованных регуляторных воздействий в микроокружении фолликула не только во многом определяет количество и качество созревающих ооцитов, но, по-видимому, играет не менее важную роль на ранних этапах имплантации оплодотворенных яйцеклеток, от чего, в конечном итоге, и зависит эффективность ВРТ в преодолении супружеского бесплодия.

Полученные данные свидетельствуют, что наступление и развитие клинической беременности не происходит при чрезмерно выраженной активности иммуносупрессорных медиаторов (например, IL-13) на фоне количественного дефицита Th1 и Th2 цитокинов (IL-2, IL-4), а также ростостимулирующих факторов гемоиммунопоза (IL-7, G-CSF).

С целью проверки значимости уровня цитокинов в ФЖ в наступлении и развитии клинической беременности обследованные пациентки ВРТ были разделены на подгруппы в зависимости от индивидуальных значений цитокинового профиля. В качестве пограничных были взяты соответствующие медианные значения концентрации цитокинов, рассчитанные по всей выборке обследованных женщин. При этом в сравниваемых подгруппах, где анализируемые параметры превышали или, наоборот, были ниже среднего уровня, оценивалась эффективность ВРТ по частоте развития клинической беременности.

Нами установлено, что у женщин, у которых на пике стимулированной суперовуляции, в фолликулярной жидкости регистрируется критически низкий уровень IL-2 ($2,5\pm 0,7$ пкг/мл), или IL-4 ($1,5\pm 0,2$ пкг/мл), или IL-7 ($3,1\pm 0,7$ пкг/мл), или G-

CSF ($37,5\pm 7,8$ пкг/мл) эффективность ВРТ по сравнению с оппозитной группой снижается в среднем в 4,0 раза ($p<0,001$). И наоборот, такая же низкая частота (20–25%) наступления клинической беременности отмечается при избыточном содержании в ФЖ IL-8 (59 ± 30 пкг/мл) или IL-13 ($84\pm 11,5$ пкг/мл).

Ранее было показано что образцы фолликулярной жидкости с низкой концентрацией IFN- γ , IL-2, IL-4, IL-6, IL-7 и G-CSF проявляют более выраженную иммуносупрессорную активность.

Частота наступления беременности в группах женщин, оппозитных по уровню супрессорной активности ФЖ, также достоверно различалась. Так, у пациенток с чрезмерно выраженным иммуносупрессорным потенциалом фолликулярных факторов (ИСА $<0,6$; в среднем $0,48\pm 0,01$ расч. ед.) эффективность ВРТ составила только 18%, тогда как в оппозитной группе, где ИСА ФЖ не выходил за установленную границу медианных значений и составлял в среднем $0,72\pm 0,01$ расч. ед., частота развития клинической беременности была почти в 3 раза выше (48%, $p<0,01$).

Кроме этого также было показано, что количество циркулирующих регуляторных CD4⁺CD25⁺T-клеток находится в прямой взаимосвязи с уровнем IL-4 в ФЖ ($r=+0,31$, $p<0,05$), и обратно коррелирует с содержанием IL-8 ($r=-0,49$, $p<0,01$), а также других провоспалительных цитокинов IL-1 α ($r=-0,36$, $p<0,05$) и TNF- α ($r=-0,35$, $p<0,05$).

При сравнительном анализе пациенток ВРТ, оппозитных по количеству циркулирующих CD4⁺CD25⁺T-клеток, было установлено, что в случаях повышенного содержания CD4⁺CD25⁺T-клеток (более 8%, в среднем $12,5\pm 0,9\%$) цитокиновый профиль ФЖ не отличается от такового у здоровых женщин доноров-ооцитов (контроль).

В фолликулярной жидкости определяются практически все цитокины (IL2, IL-4, IL-7, G-CSF, IFN- γ), которые, как было показано ранее, участвуют в регуляции овариальной функции и во многом определяют эффективность ВРТ. При этом продукция провоспалительных цитокинов (IL-1 α , TNF- α , IL-8) и иммуносупрессорного IL-13 находится в сбалансированном состоянии, при котором поддерживается определенный уровень суммарной биологической активности фолликулярных факторов (ИСА на уровне 0,65 и ИВА на уровне 0,83 расч. ед.).

В оппозитной подгруппе женщин с относительно низким содержанием циркулирующих CD4⁺CD25⁺T-клеток (менее 8%, в среднем $5\pm 0,4\%$) концентрация IL2, IL-4, IL-7, G-CSF и IFN- γ в ФЖ достоверно снижена. В то же время регистрируется статистически значимое увеличение уровня комплекса провоспалительных цитокинов (IL-1 α , TNF- α , IL-8) и иммуносупрессорного IL-13.

Выявленное изменение баланса цитокинов, продуцируемых на местном уровне, является, очевидно, одной из причин усиления супрессорной и ослабления противовоспалительной активности ФЖ (ИСА=0,58 и ИВА=0,9 расч. ед., соответственно), что и регистрируется в данной подгруппе женщин в виде отчетливой, хотя и статистически недостоверной тенденции.

Нарушение цитокин-опосредованных и клеточно-опосредованных механизмов регуляции в микроокружении фолликула в подгруппе женщин с низким содержанием циркулирующих CD4⁺CD25⁺T-клеток сказывалось, в конечном итоге, и на эффективности ВРТ.

ВЫВОДЫ

Таким образом, проведенный анализ параметров иммунного и цитокинового статуса на системном и местном уровне во взаимосвязи с количественными и функциональными показателями овариальной функции и клинической эффективностью ВРТ свидетельствует о важной роли иммунной системы в регуляции фолликулогенеза и эмбриогенеза. Полученные данные демонстрируют вовлеченность цитокин-опосредованных и клеточно-опосредованных механизмов в процессы созревания ооцитов, от чего во многом зависит эффективность последующих этапов оплодотворения полученных яйцеклеток и имплантации эмбрионов, а также развития клинической беременности.

Практическая ценность полученных научных данных заключается, прежде всего, в потенциальной возможности использования отдельных параметров иммунного и цитокинового статуса женщин, обследованных на пике стимулированной суперовуляции, в качестве ранних диагностических маркеров, с помощью которых можно было бы прогнозировать эффективность ВРТ в преодолении бесплодия. Решение данной проблемы могло бы послужить основой для изменения тактики ВРТ, например, за счет отсроченного трансфера полученных и замороженных эмбрионов в период, когда будут созданы более благоприятные условия для их успешной имплантации и последующего гестационного развития.

Клініко-імунологічні критерії ефективності допоміжних репродуктивних технологій при різних формах безпліддя

О. С. Дарій

Проведений аналіз параметрів імунного та цитокинового статусу на системному та місцевому рівні у взаємозв'язку з кількісними та функціональними показниками овариальної функції та клінічної ефективності допоміжних репродуктивних технологій свідчать про важливу роль імунної системи у регуляції фолікулогенезу та ембріогенезу.

Ключові слова: допоміжні репродуктивні технології, ефективність, імунологія.

The clinical-immunological criteries of efficiency of auxiliary reproductive technologies at different forms of barreness

A. S. Dariy

The carried out analysis of parametres immune and cytokine status at system and local level in interrelation with quantitative and functional indicators ovarial functions and clinical efficiency of auxiliary reproductive technologies testifies to the important role of immune system in regulation folliculogenesis and embryogenesis.

Key words: auxiliary reproductive technologies, efficiency, immunology.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аншина М.Б. ВРТ: прошлое, настоящее, будущее / М.Б. Аншина // Проблемы репродукции. – 2012. – № 3. – С. 6–15.
2. Артифексов С.Б. Анализ структуры мужской infertility / С.Б. Артифексов, А.А. Артифексова, А.А. Одинцов // Актуальные вопросы урологии и андрологии. – Н. Новгород, 2008. – С. 71–78.
3. Баскаков В.П. Состояние репродуктивной системы женщины при эндометриозе / В.П. Баскаков // Проблемы репродукции. – 2012. – № 2. – С. 15–18.

4. Божедомов В.А. Этиология и патогенез мужского аутоиммунного бесплодия. Часть 1. / В.А. Божедомов, О.Б. Лоран, Г.Т. Сухих // Андрология и генитальная хирургия. – 2014. – № 1. – 27–33 с.
5. Божедомов В.А. Этиология и патогенез мужского аутоиммунного бесплодия. Часть 2 / В.А. Божедомов, О.Б. Лоран, Г.Т. Сухих // Андрология и генитальная хирургия. – 2014. – № 1. – С. 34–39.
6. Бондарев Д.А. Иммунологический аспект вспомогательных репродуктивных технологий / Д.А. Бондарев, Н.Е. Скорова, Т.Р. Курносова // Андрология и генитальная хирургия. – 2008. – № 2. – С. 30–39.
7. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. / Е.М. Вихляева. – М., 2010. – 708 с.
8. Гаспаров А.С. Трубно-перитонеальное бесплодие у женщин / А.С. Гаспаров, Н.И. Волков, М.Е. Корнеева // Проблемы репродукции. – 2009. – № 5. – С. 43–44.
9. Герасимов А.М. Причины бесплодия при наружном эндометриозе (обзор литературы) / А.М. Герасимов // Проблемы репродукции. – 2012. – № 5. – С. 51–54.
10. Гюдайс Л.С. Имплантирующаяся оплодотворенная яйцеклетка и материнский организм / Л.С. Гюдайс // Проблемы эндокринологии. – 2009. – № 5. – С. 30–32
11. Гилязутдинов И.А. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве. Руководство для врачей / И.А. Гилязутдинов – М.: МЕДпресс-информ., 2010. – 416 с.
12. Горюнов В.Г. Причины и признаки мужского бесплодия / В.Г. Горюнов, Б.Н. Жиборев, В.В. Евдокимов. – Рязань, 2013. – 231 с.

Ефективність та невдалі спроби допоміжних репродуктивних технологій у пацієнток з гіперандрогенією різного генезу

I.Е. Палига

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 оцінці структуру 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 стримує 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 щитовидної залози у виді тиреоїдної дисфункції;
- гіперпролактинемія;
- хвороба Кушинга;
- 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.

У 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±1,9), з них 15 – з нормальною масою тіла (ІМТ<25, середній вік 27,2±1,8) і 15 – з екзогенно-конституціональним ожирінням (ІМТ>25, середній вік 26,7±2,1), що склали контрольну групу.

Отже, спочатку виділено три групи обстежених хворих:

- група 1 – 54 пацієнтки з ГА і нормальною масою тіла (середній ІМТ 23,1±0,9) у віці від 23 до 35 років, середній вік склав 27,5±2,5;
- група 2 – 72 хворих з ГА і висцелярним ожирінням (середній ІМТ 32,5±1,6) у віці від 24 до 36 років, середній вік склав 28,1±2,1 року;
- група 3 – контрольна, яку склали 30 практично здорових жінок репродуктивного віку (середній вік 27,9±1,9 року), з них 15 – з нормальною масою тіла (ІМТ<25, середній вік 27,2±1,8) і 15 – з екзогенно-конституціональним ожирінням (ІМТ>25, середній вік 26,7±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 пацієнток з ГА ми використовували наступні відмітні моменти:

- використовували АМГ (антимюллерів 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 пацієнток 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 яєчникова гіперандрогенія (44,4%), а також наднирковозалозного і змішаного генезу (по 27,8%). За наявності супутнього ожиріння частіше зустрічається гіперандрогенія наднирковозалозного генезу (41,7%) в порівнянні із змішаним (31,9%) і яєчковим генезом (26,4%).

У пацієнток 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 гіперандрогенії (38,4%).

У пацієнток з гіперандрогенією незалежно від наявності супутнього ожиріння має місце достовірне збільшення ($p < 0,05$) вмісту лютеїнізуючого гормону, 17-гидрооксипрогестерону, дигідроепіандростерону, кортизолу і зниження глобуліну, що зв'язує статеві стероїди. За наявності супутнього ожиріння і гіперандрогенії достовірно ($p < 0,05$) збільшується рівень антимюллерова гормону і вільного тестостерону.

Основні параметри індукції супероуляції у жінок з гіперандрогенією залежать від її генезу:

- середня кількість циклів на одну пацієнтку при наднирковозалозній гіперандрогенії складає 1,24; при змішаній – 1,34 і при яєчниковій – 1,35;
- сумарна доза гонадотропінів була найвищою при наднирковозалозному генезі гіперандрогенії (в середньому, на 400 МО вище, ніж при змішаному і на 600 – при яєчковому);
- найбільша тривалість стимуляції відмічена при яєчковому генезі гіперандрогенії, а найменша – при наднирковозалозному;
- по кількості ооцитів самий високий показник мав місце при яєчковому генезі гіперандрогенії, а низький – при наднирковозалозному;
- при оцінці товщини ендометрія в день перенесення ембріона самі високі параметри спостерігалися при наднирковозалозному генезі гіперандрогенії, а найбільш низькі – при змішаному.

Клінічні результати допоміжних репродуктивних технологій залежать від генезу гіперандрогенії: 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 гіперандрогенією 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 пацієнток без ожиріння.

Для практичної медицини ми можемо рекомендувати наступні моменти:

1. У пацієнток з гіперандрогенією різного генезу показаннями для використання допоміжних репродуктивних технологій є:
 - хронічна ановуляція унаслідок тривалої гіперандрогенії;
 - неодноразові невдалі спроби стимуляції овуляції без використання допоміжних репродуктивних технологій;
 - невдала спроба ендокхірургічної стимуляції овуляції.
2. Відмітні моменти використання допоміжних репродуктивних технологій у пацієнток з гіперандрогенією різного генезу:
 - використання антимюллерова гормону як предиктора відповіді на оваріальну стимуляцію;
 - з урахуванням індексу маси тіла і інсулінорезистентності застосування терапії сенсетайзерами до інсуліну (метформін від 1500 до 2500 мг на добу за три прийоми), що забезпечує поліпшення оваріальної відповіді при стимуляції гонадотропінами;
 - наявність кореляційного взаємозв'язку між терапією метформіном і зниженням антимюллерова 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.

Эффективность и неудачные попытки вспомогательных репродуктивных технологий у пациенток с гиперандрогенией различного генеза И.Е. Палига

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 поликистозных яичников. Представленные данные позволяют рекомендовать усовершенствованный алгоритм для широкого использования в кабинетах и клиниках репродуктологии.

Ключевые слова: гиперандрогения, вспомогательные репродуктивные технологии.

Efficiency and unsuccessful attempts of auxiliary reproductive technologies at patients with hyperandrogenia of various genesis
I.E. Paliga

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. Неирозэндокринная патология в гинекологии и акушерстве. Руководство для врачей / И.А. Гилязутдинов, З.Ш. Гилязутдинов, И.М. Боголюбова. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 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 / А.Г. Резников // Здоров'я України. – 2010. – № 22/1 (додатковий).
4. Нелидова Н.Э. Психическое здоровье беременных с гиперандрогенией / Н.Э. Нелидова, Г.Н. Абитова, Е.В. Гуткевич // Гинекология. – 2012. – № 8. – С. 5–6, 11–13.
5. Гуркин Ю.А. Детская и подростковая гинекология. Руководство для врачей / Ю.А. Гуркин. – М.: МИА. – 2009. – 696 с.
6. Андреева В.О. Роль фактора некроза опухоли-б в патогенезе эндокринно-метаболических расстройств у девочек-подростков с синдромом нервной анорексии / В.О. Андреева // Гинекология. – 2012. – № 8. – С. 5–6, 11–13.
7. Овсянникова Т.В. Гинекологическая эндокринология / Т.В. Овсянникова, В.И. Прилепская, В.Н. Серов – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 528 с.
8. Глазкова О.Л. Клиническая гинекология. Учебное пособие / О.Л. Глазкова, Н.М. Подзолкова, И.В. Кузнецова – М.: МИА, 2009. – 616 с.
9. Сидорова И.С. Практическое руководство по клинической гинекологии: учеб. пособие / И.С. Сидорова – 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 618.11-006.2

**Ендометріоз яєчників як причина
безпліддя у жінок (огляд літератури)**

Т.І. Піддубна, М.Л. Кузьоменська

Медичний інституту Сумського державного університету МОН України

Робота виконана в межах науково-дослідної роботи кафедри акушерства та гінекології «Оцінка ефективності хірургічних методів лікування при безплідді, зумовленому ендометріозом яєчників у жінок Сумської області». У статті проаналізовано наукові підходи з історії вивчення, діагностики та причин розвитку ендометріозу, визначені актуальні напрямки проведення подальших наукових досліджень у цій галузі, необхідні для розроблення індивідуального підходу в лікуванні даного захворювання.

Ключові слова: *ендометріоз, аденоміоз, ендометріодні кісти яєчників, безпліддя.*

У наш час, коли українське суспільство живе в умовах зниження рівня народжуваності та високої смертності, проблема безпліддя є дуже актуальною. На сьогодні в Україні нараховується близько 1 млн неплідних подружніх пар, а приблизно 6,8 млн. наших співвітчизниць дітородного віку – безплідні. Серед усіх захворювань репродуктивних органів друге місце, за частотою виникнення, займає ендометріоз (перше – запальні процеси). Він спричиняє безпліддя, порушення менструального циклу та больовий синдром, тому проблема раціоналізації тактики лікування хворих з ендометріозом залишається актуальною та потребує подальших досліджень в цьому напрямку.

Мета дослідження: розглянути проблему вивчення ендометріозу, класифікацію, етіологію та патогенез, методи діагностики та клінічні прояви захворювання, а також механізм виникнення та причинно-наслідкові зв'язки між ендометріозом та безпліддям.

Нами було проаналізовані праці вітчизняних та зарубіжних авторів, опублікованих за останнє десятиріччя українською, російською та англійською мовами.

Слід відзначити, що, незважаючи на більш ніж вікову історію вивчення ендометріозу, це захворювання залишається однією з головних медико-соціальних проблем. Ендометріоз стоїть на другому місці в структурі гінекологічних захворювань і вражає до 50% жінок із збереженою менструальною функцією, приводячи до функціональних і структурних розладів репродуктивної системи, негативно впливає на психоемоційний стан жінок, значно знижує якість життя [1, 10].

У науковій літературі відлік історії ендометріозу починається більше 150 років тому, коли в 1860 р. К.Ф. Рокитанський вперше описав ендометріоз, а точніше, аденоміоз. Завдяки винаходу мікроскопа він досліджував залози ендометрія і строми в патологічних утвореннях репродуктивних органів [2, 11]. Термін «ендометріоз» був вперше вжитий Blair Bell у 1892 р. У 1894 р. С. Breus використовував термін

«шоколадна кіста» по відношенню до ендометріозу яєчників. У 1896 р. F. Recklinghauser та T.S. Cullen спостерігали патологічні утворення в яєчниках, що нагадують за своєю будовою ендометрій і запропонували термін «аденоміоз». Клініку ендометріозу матки одним з перших описав Н.І. Горізонтов у 1909 р., спостерігаючи за частими матковими кровотечами, що не піддаються консервативній терапії, збільшення і болочість матки при пальпації [3, 12]. До 1955–1960 рр. ендометріоз шийки матки вважали рідкісним захворюванням, але за останні роки його частота різко зросла [4, 13].

Особливої уваги у вивченні історії ендометріозу заслуговує наукова праця, створена на основі архівних історичних даних під керівництвом професора С. Nezhat, і опублікована в 2012 р. під назвою «Ендометріоз: стародавня хвороба, стародавнє лікування». Згідно дослідження автора, перші згадки про ендометріоз з'являються в рукописах древніх єгиптян близько 1855 р. до н. е.. Через 2500 років, в IV–V ст. н. е., в працях Гіппократа («The Hippocratic Corpus») були описані симптоми, які сьогодні розглядаються як симптоми ендометріозу [2, 14].

За останні півстоліття було запропоновано понад 10 різних класифікацій ендометріозу [1, 15]. На сьогодні в нашій країні офіційно прийнято є класифікація МКХ 10 [3].

Ендометріоз – це подібні за будовою зі слизовою оболонкою матки розростання за межами звичайної локалізації ендометрію. Відповідно до сучасних уявлень про природу ендометріозу, це захворювання розглядають як патологічний процес з хронічним, рецидивуючим перебігом. Ендометріоз формується і розвивається на тлі порушених імунних, молекулярно-генетичних і гормональних взаємовідносин у жіночому організмі. Ендометріюїдний субстрат має ознаки автономного зростання і порушену проліферативної активності клітин. Ендометріоз може локалізуватися як в тлі матки (аденоміоз, або внутрішній ендометріоз), так і поза маткою (зовнішній ендометріоз).

Незалежно від локалізації та розмірів ендометріюїдних вогнищ гістологічно ендометріоз характеризується доброякісною проліферацією залозистого епітелію, що нагадує функціонуючі залози стромы ендометрію [1, 13]. Ендометріоз відрізняється від пухлини відсутністю вираженої клітинної атипії, здатністю до автономного росту, залежністю клінічних проявів від менструальної функції. Однією з його особливостей є відсутність навколо нього сполучнотканинної капсули. Під впливом функції яєчників і центрів гіпоталамо-гіпофізарної системи, що регулюють їхню діяльність, у вогнищах ендометріозу відбуваються циклічні перетворення, подібні до змін у слизовій оболонці матки. Під час вагітності у вогнищах ендометріозу розвивається децидуальна реакція [5,12].

Причини розвитку ендометріозу дотепер достовірно не встановлені. Існують наступні фактори ризику розвитку ендометріозу: спадкова схильність, репродуктивний вік, порушення менструальної функції, відсутність пологів або одні пологи в анамнезі, часті аборти і діагностичні вишкрібання матки, тривале використання внутрішньо маткових контрацептивів, ретроградна хвиля скорочення матки від шийки до дна під час менструації та ановуляція [4, 16].

До ймовірних причин безпліддя при ендометріозі можна віднести:

- трубне безпліддя: органічне – при порушенні анатомії маткових труб через ендометріюїдний процес; функціональне – унаслідок впливу на маткові труби

медіаторів запалення і цитокинів, які утворюються у вогнищах ендометріюїдних гетеротопій, а також на тлі гормонального дисбалансу (постійної відносної гіперестрогенії в поєднанні з прогестероновою недостатністю в 2-й фазі циклу);

- перитонеальне безпліддя на тлі ендометріозу виникає при спайковому процесі в малому тазу під впливом тих самих причин, що і органічне трубне безпліддя (локальне запалення в області ендометріюїдних гетеротопій);
- ендокринне безпліддя (ановуляція, синдром лютеїнізації неовулюючого фолікула на тлі неадекватного функціонування осі «гіпоталамус–гіпофіз–яєчники») - обумовлюється дисбалансом жіночих статевих стероїдів (абсолютним чи відносним підвищенням естрогенів) та потенціюванням утворення пролактину, які порушують гонадотропну регуляцію функції яєчників;
- імунні реакції, що викликають пригнічення процесу імплантації бластоцисти в ендометрій або ураження сперматозоїдів активованими макрофагами.

Стан ооцит-фолікулярної системи у пацієнток з ендометріозом яєчників.

Результати проведеного дослідження свідчать про зниження кількості примордіальних і зростаючих фолікулів в яєчниках у хворих на ендометріоз. При цьому існує залежність кількісного зниження від стадії розповсюдження ендометріозу. Також при гістологічному обстеженні фрагментів яєчників у пацієнток з ендометріозом відмічається збільшення кількості фолікулів з різноманітними ознаками дегенерації (зміна форми і розміри межі фолікула, ооцита і його ядра, фолікулярних клітин; частково неконденсований хроматин, локалізований по всьому ядру; потовщення, розшарування, гіаліноз базальної мембрани фолікула; формування міжклітинних просторів; нечітка межа між шарами тканини – теки внутрішньої та зовнішньої; фолікулярна рідина різної оптичної щільності, нерівномірно профарбована еозином; дезорганізація клітин гранульози; зміна ширини прозорої оболонки).

Наведені вище зміни свідчать про порушення кількості і «якості» фолікулів-ооцитів в досліджених гістологічних препаратах. Слід відзначити, що більшість досліджуваних фолікулів були примордіальними і первинними 1–2 шаровими. У деяких жінок відмічалось різке зниження кількості фолікулів, аж до їх повної відсутності (не лише в певних полях зору, а у всьому препараті). Передовуляторних фолікулів не було знайдено в жодному з гістопрепаратів.

При порівнянні стану фолікулярного апарату яєчників у здорових жінок і пацієнток з ендометріозом виявлено зменшення кількості примордіальних (на 85%) і зростаючих (на 78%) фолікулів. При кількісному порівнянні фолікулів у пацієнток двох вікових груп (до 35 років і від 36 до 45 років) з ендометріозом виявлено зменшення кількості примордіальних фолікулів на 70% у пацієнток 36–45 років.

У жінок з двобічними ендометріюїдними кістами яєчників на відміну від однієї ендометріюїдної кісти виявлено зниження кількості примордіальних фолікулів на 90% і зростаючих фолікулів на 77%. При вивченні фолікулогенеза пацієнток з поєднаними формами ендометріозу і пацієнток з двобічними ендометріюїдними кістами яєчників відмічено зниження кількості примордіальних фолікулів на 95% і зростаючих фолікулів на 86%. Зниження кількості всіх типів фолікулів прогресує зі збільшенням віку жінок. Відзначені зміни фолікулярного апарату відображають не лише фізіологічну вікову нестачу фолікулів, але й свідчать про

порушення фолікулогенезу у жінок з ендометріозом. Виявлені дистрофічні процеси в тека та гранульозних клітинах фолікула, зміни складу фолікулярної рідини, підвищений апоптичний індекс клітин гранульози, порушення стероїдогенезу в гранульозних клітинах фолікула, дегенерація ооцитів, вплив різноманітних неблагоприємних чинників (активні фракції кисню, окис азоту) на ооцити та фолікулярні клітини. Вищезазначені фактори розглядаються багатьма вченими як можливі причини безпліддя при ендометріозі. В дослідженнях, присвячених застосуванню допоміжних репродуктивних технологій у жінок з ендометріозом, висвітлені більш низькі результати лікування, ніж у пацієнок з іншими факторами безпліддя [8, 23].

Можна припустити, що ендометріоз чинить вплив на стан ендометрію. Відмічено, що у жінок з ендометріозом існує затримка секреторної трансформації з порушенням різноманітних біохімічних показників слизової оболонки матки, патологія мікрорельєфу епітеліоцитів ендометрію, порушення співвідношення естрогеново-прогестеронових рецепторів та зміни кількості рецепторів ендометрію, порушення синтезу різноманітних регуляторних білків. Певна роль відводиться імунним порушенням при цій патології (виявлені антитіла до сперматозоїдів, ендометрію, фосфоліпідів). При дослідженні перитонеальної рідини відзначимо збільшення обсягу та зміну її цитологічного складу.

Аналізуючи вищезазначене можна висунути гіпотезу про порушення становлення та розвитку фолікулярної системи яєчників у жінок з ендометріозом на різних рівнях починаючи з ембріонального періоду та протягом життя жінки.

Крім того, виникненню безпліддя при ендометріозі певною мірою сприяє і порушення статевої функції через виражену диспареунію, що ускладнює регулярне статеве життя і/або забезпечення повноцінного статевого акту.

У пацієнок з ендометріозом при настанні вагітності відзначається підвищення частоти викиднів на ранніх термінах. Це може бути пов'язано з активацією скорочувальної функції міометрія, яка індукується простагландінами F2 β , оскільки дані простагландини посилено утворюються у вогнищах запалення в зоні ендометріюїдних гетеротопій. Крім того, ендометріоз досить часто супроводжується недостатністю лютеїнової фази, що також збільшує ризик ранніх репродуктивних втрат і частоту вторинного безпліддя.

Найбільш очевидною причиною безпліддя при ендометріозі маткових труб – проростання гетеротопій в їх просвіт. При цьому відбувається дифузне потовщення стінок труб і звуження їх просвіту до повної оклюзії, виникає деструкція ампулярного і істміко-ампулярного відділів, що створює нездоланну перешкоду для проходження чоловічих гамет на рівні маткових труб. Слід, однак, відзначити, що ізолюване ураження ендометріозом маткових труб зустрічається вкрай рідко і тому основною причиною анатомічної непрохідності маткових труб є їх облітерація на тлі спайкового процесу в малому тазу. Спайки і зрощення при перитонеальному безплідді можуть і не супроводжуватися оклюзією маткових труб. Вважають, що при перитонеальному безплідді періоваріальні спайки можуть ускладнювати розрив стінок преовуляторного фолікула і/або перешкоджати пасажу яйцеклітини з яєчника в ампулярний відділ маткової труби.

Розвиток спайкового процесу при ендометріозі провокує запальна реакція очеревини, викликана періодичними менструальноподібними крововиливами в ендометріюїдних гетеротопіях і накопиченням у тканинах серозно-геморагічного ексудату,

який сприяє відкладенню великих мас фібрину. При цьому послаблюється фібриноліз через гальмування утворення активатора плазміногену і зниження продукції плазміну в умовах гіпоксії. Остання через порушення мікроциркуляції, викликані мікротромбоутворенням на тлі надлишкового відкладення фібрину, підтримує пригнічений стан фібринолітичної системи і тим самим сприяє подальшому накопиченню фібрину і прогресуванню спайкового процесу, який зумовлює трубно-перитонеальне безпліддя.

У ряді випадків трубна непрохідність при ендометріозі може носити чисто функціональний характер. Відомо, що фізіологічна активність (характер тонуусу і спрямованість м'язових скорочень) маткових труб корелюється з циклічною секрецією статевих стероїдів. У нормі тонуус і збудливість труб в фолікулярній фазі циклу різко підвищені, тоді як в лютеїнову фазу вони знижуються.

У хворих на ендометріоз в ранній фолікулярній фазі, незважаючи на такі ж, як у здорових осіб, значення ФСГ, базальний рівень естрадіолу виявляється більш високим через підвищення активності ароматази в ендометріюїдних імплантатах. Високий рівень ароматазної активності у вогнищах ендометріозу може підтримуватися стимулюючим впливом на цей фермент простагландинів E, які посилено утворюються під впливом деяких цитокінів (IL1 β , фактор некрозу пухлин α), інтенсивно синтезуються в зоні запалення в осередках ендометріозу. В свою чергу, локальне зростання естрадіолу, обумовлене підвищеною ароматазною активністю, також сприяє посиленому утворенню простагландинів E. Це забезпечує самопідтримку процесу посиленої продукції естрогенів у вогнищах ендометріозу і фактично робить його незалежним від циклічних коливань ФСГ.

Дисбаланс статевих гормонів, який викликає функціональне трубне безпліддя, може бути наслідком порушення рівня і секреції гонадотропінів. При ендометріозі різних локалізацій можна спостерігати недостатні пікові підйоми ЛГ, а також безладні викиди ЛГ і ФСГ в лютеїнову фазу, що супроводжується порушенням нормальної секреції гормонів яєчників з перевагою продукції естрогенів. Крім гіперестрогенії і дисбалансу гонадотропінів, ще однією передумовою для дискоординованої діяльності маткових труб при ендометріозі служить порушення продукції і співвідношення між простагландінами E і F2 α , яке характеризується відносним зростанням спастичних ефектів простагландинів F2 α . Причиною цього стає сам запальний процес, в умовах якого спостерігається посилення метаболізму арахідонової кислоти і активація простагландинів всіх класів в постійно мінливих співвідношеннях, які не відповідають їх фізіологічним значенням. Підвищений рівень естрогенів при ендометріозі може провокувати і гіперпролактинемію. Зв'язок гіперестрогенії з гіперпролактинемією підтверджується в експериментальних спостереженнях, де встановлена здатність естрогенів посилювати секрецію пролактину не тільки стимулюючи пролактофори в гіпофізі, а й блокуючи секрецію дофаміну і його агоністів.

На додаток до описаних імовірних механізмів безпліддя при ендометріозі деякі дослідники додають ще й імунну теорію. Відповідно до неї на тлі ендометріозу можна відзначити наступні імунопатологічні процеси:

- Продукти тканинної деградації, що утворюються при циклічній трансформації ендометрію, не виводяться повністю з організму (в нормі їх виведення забезпечується відторгненням слизової оболонки під час менструації). Вони фагоцитую-

ються і підлягають резорбції тканинними макрофагами, які оточують вогнища ендометріозу. Це сприяє індукції аутоімунних реакцій проти тканин ендометрію, що містять такі макрофаги. Наслідком діяльності аутоантитіл може стати пошкодження рецепторного апарату ендометрію, що забезпечує неможливість імплантації заплідненої яйцеклітини.

- В умовах запалення локально утворюються біологічно активні речовини і цитокіни – це активує перитонеальні макрофаги, які перешкоджають реалізації функції сперматозоїдів за рахунок їх фагоцитозу і/або інактивації цитотоксичними медіаторами [6, 17, 18].

Біль при вагінальному обстеженні, малорухома чи нерухома матка в положенні ретроверзії, збільшені яєчники наводять на думку про ендометріоз, проте не є остаточними критеріями діагнозу. Якщо пальпуються ендометріюїдні утворення з глибокою інфільтрацією на матково-крижових зв'язках чи у просторі Дугласа і/або помітні видимі ураження у піхві або на шийці матки, діагноз стає більш визначеним. Виявлення ендометріом полегшується під час менструації [7, 19].

У клінічній практиці для діагностики перитонеального ендометріозу найбільш широке застосування знайшли ехографічне дослідження органів малого тазу та лапароскопія.

Ультразвуковий метод дослідження є одним з найбільш інформативних серед неінвазивних методів діагностики ендометріозу кіст яєчників. Ультразвуковими критеріями ендометріюїдної кісти яєчника є:

- Однокамерне утворення округлої чи овальної форми;
- Відносно невеликі розміри кісти, діаметр якої майже завжди не перевищує 7 см;
- Розташування кісти позаду та збоку від матки;
- Вміст гіпо-ізо-гіперехогенне з незміщуємою дрібно-дисперсною суспензією;
- Виявлення поблизу кіст невеликих розмірів тканин «незміненого» яєчника;
- Нерівномірне потовщення стінок до 2–6 мм, з чітким, іноді подвійним контуром;
- При кольоровому доплерівському картуванні визначаються поодинокі судини в стінці з індексом резистентності 0,5–0,6;
- Відсутність змін ехоструктури в різні фази менструального циклу при динамічному обстеженні.

Незважаючи на достатньо характерні систематизовані ехографічні ознаки ендометріюїдних кіст, в клінічній практиці необхідно проводити диференційний діагноз цієї патології з кістою жовтого тіла; функціональними кістами яєчників; муцинозною цистаденомою; зрлою тератомою та іншими пухлинами яєчників. В усіх сумнівних випадках диференційної діагностики ендометріюїдної кісти та пухлини яєчника необхідно виконання діагностичної лапароскопії з терміновим гістологічним дослідженням видалених тканин яєчника.

Диференційний діагноз у хворих на ендометріюїдні кісти слід проводити з пухлинами яєчників. При встановленні діагнозу оцінюються клінічні, анамнестичні данні, результати динамічного гінекологічного та ехографічного дослідження (оптимальніше проводити трансвагінальне сканування з кольоровим доплерівським картуванням). Однак, у пацієнок з ендометріозом яєчників може бути відсутнім виражений больовий синдром, в той час як при пухлинах яєчників можлива поява больових відчуттів в животі без чіткої локалізації. Рівень онкомаркеру СА-125 може бути підвищеним як при ендометріозі, так і при пухлинах яєчників. У зв'язку з цим, підвищені,

особливо граничні (35–100 ОД/мл) рівні цього маркера не можуть достовірно свідчити на користь того чи іншого захворювання. Кінцевий діагноз встановлюють при лапароскопії, при якій для верифікації діагнозу доцільно проводити термінову інтраопераційну гістологічну діагностику видаленої тканини яєчника.

При ендометріюїдних кістах яєчників, ректовагінальному ураженні та ендометріозі крижово-маткових зв'язок у вигляді шипів необхідне обов'язкове виключення злоякісних пухлин шлунково-кишкового тракту. При ректовагінальному ураженні додатково проводиться диференційний діагноз з пухлинами прямої кишки, метастазу Шнітцлера. Через це цим хворим у склад комплексного передопераційного обстеження необхідно додавати обстеження шлунково-кишкового тракту (гастроскопія, ірігоскопія, колоноскопія та ректороманоскопія). Проте ведучим додатковим методом обстеження у хворих ретроцервікальним ендометріозом є біопсія та гістологічне дослідження тканин.

У процесі поглибленої диференційної діагностики у хворих з різними формами геніального ендометріозу за показами виконується комп'ютерна томографія органів малого тазу, магнітно-резонансна томографія, екскреторна урографія.

У клінічній практиці лапароскопія є золотим стандартом діагностики. Цей метод дозволяє не тільки виявити вогнища ендометріозу і з максимальною точністю диференціювати їх з пухлинним процесом (провести біопсію «підозрілих структур»), але і в 37–75% випадків встановити причину хронічних тазового болу і/або безпліддя. При локалізації імплантатів на поверхні очеревини інформативність лапароскопічної діагностики становить 100%. Лапароскопія дозволяє визначити величину вогнищ, їх кількість, активність, колір. Таким чином, лапароскопія є високоінформативним, точним і перспективним методом діагностики ендометріюїдних уражень [1, 14]. Проте під час лапароскопії ендометріюїдні гетеротопії з глибокою інфільтрацією можуть виглядати як незначні ураження, що може призвести до недооцінки тяжкості захворювання [8, 19].

Лапароскопічна картина перитонеального ендометріозу характеризується ступенем розповсюдження патологічного процесу, тривалістю його існування і особливостями макроскопічної будови гетеротопічних вогнищ.

Типові ознаки:

- Чорні, синушно-багрові, темно-червоні плями на поверхні очеревини;
- Рубцева тканина, оточуюча ендометріюїдні імпланти;
- Білі непрозорі бляшки, оточені рубцевою тканиною;

Нетипові (слабко виражені) ознаки:

- Ділянки білої, непрозорої очеревини;
- Червоні, «полум'яподібні» плями;
- Жовто-коричневі плями на поверхні очеревини;
- Колоподібні дефекти очеревини;
- Петехіальна очеревина;
- Залозисті утворення на поверхні очеревини;
- Гіперваскулярні зони.

Слід враховувати, що гістологічна структура вогнищ ендометріозу ідентична з типовими та нетиповими ознаками перитонеального ендометріозу.

Формування типових ендометріюїдних гетеротопій зумовлене пігментацією уражених тканин внаслідок локального крововиливу в них, через що відбувається відкла-

дання гемосидерину, який змінює нормальне забарвлення тканин. На початкових етапах патологічного процесу очеревина вкрита дрібноклітинними петехіями, діаметр яких не перевищує 1–2 мм. В подальшому періодичні менструальноподібні крововиливи в гетеротопічні вогнища призводять до розвитку запальної реакції в оточуючих тканинах, яка сприяє виникненню спайкового процесу з утворенням фіброзної тканини. При прогресуванні запальної реакції відбувається облітерація та деваскуляризація імплантів, наслідком чого є їх заміщення білястими бляшками.

Функціонування ендометріїдного імпланту в поверхневому, корковому шарі яєчника під час кожної менструації призводить до утворення кістозної порожнини з геморагічним вмістом, що нерідко призводить до більш глибокого її розповсюдженню в строму. У хворих з даною патологією можлива мікроперфорація стінки кісти, яка призводить до утворення щільних спайок з оточуючими тканинами.

При розвитку перитонеального ендометріозу нерідко виникають порушення анатомічних структур в ділянці додатків матки, через що відбувається не лише оклюзія маткових труб, але й спайкова деформація фімбрії, повна ізоляція яєчників періоваріальними спайками, пряме ушкодження тканин яєчників ендометріїдними кістами. Наслідком цих анатомічних порушень є безпліддя.

Існує недостатньо доказів на користь проведення лапароскопії в ту чи іншу фазу менструального циклу, проте, щоб уникнути недооцінки тяжкості процесу, вона не повинна виконуватись під час або протягом 3 місяців після гормональної терапії [9, 19, 20].

Вибір правильної лікувальної тактики передбачає необхідність індивідуального і диференційованого підходу в залежності від ступеня тяжкості захворювання і поширеності процесу, віку хворих, наявності супутньої екстрагенітальної патології. Існуючі методи лікування захворювання включають вплив на осередки ендометріозу і корекцію нейроендокринних порушень. Основними напрямками терапії ендометріозу є: гормональна, імунокорегуюча, антиоксидантна, десенсибілізуюча, протизапальна (інгібітори простагландинів), симптоматична терапії, а також хірургічні втручання для ліквідації осередків ендометріозу [4, 21].

На теперішній час найбільш раціональним підходом до лікування зовнішнього геніального ендометріозу є комбіноване лікування, при цьому в більшості випадків хірургічне видалення ендометріїдних вогнищ є першим та обов'язковим етапом терапії. Комбіноване лікування хворих на ендометріоз складається з хірургічного методу, який направлений на максимальне видалення ендометріїдних вогнищ, та гормонотерапії. Такий підхід в лікуванні обов'язковий при розповсюджених формах захворювання, не впевненості в повному видаленні вогнища або високому ризику рецидивування захворювання в післяопераційному періоді. Критеріями ефективності комбінованого лікування геніального ендометріозу є значне зменшення клінічних симптомів захворювання, відсутність рецидивів та відновлення репродуктивної функції у пацієнток фертильного віку.

При хірургічному лікуванні перитонеального ендометріозу ведучим є лапароскопічний доступ. Перевага цього методу лікування перед іншими пов'язана з використанням оптичної системи з високою роздільною здатністю та візуалізацією обстежуваних об'єктів при збільшенні в 3–5 разів. Це дозволяє діагностувати невидимі при звичайному огляді вогнища ендометріозу, а також провести їх повне видалення з використанням хірургічних приладів при мінімальному ушкодженні оточуючих тканин.

Ендохірургічні технології дозволяють знизити ризик виникнення післяопераційного спайкового процесу, який може призвести не лише до повторного хірургічного втручання, але й до розвитку трубно-перитонеального безпліддя.

Обсяг хірургічного втручання у хворих на перитонеальний ендометріоз визначається характером та ступенем розповсюдження патологічного процесу. Він поєднує в собі:

- Деструкцію гетеротопічних вогнищ;
- Висічення вогнищ ендометріозу з їх подальшою коагуляцією;
- Резекцію або видалення змінених тканин яєчників;
- Розтин міжтканинних зрощень, в тому числі сальпінгооваріолізис, сальпінгостомію або неосальпінгостомію.

Слід враховувати, що розкриття ендометріїдної кісти та витік її вмісту в черевну порожнину в ряді випадків може призвести до розповсюдження процесу, а в післяопераційному періоді викликати не лише стійкий парез кишківника, а й розвиток спайкового процесу.

Якщо до патологічного процесу залучені сусідні органи (тонкий та товстий кишківник, пряма кишка, сечовий міхур, сечоводи) – виконуються симультантні операції за участю хірурга, уролога чи проктолога. При розповсюдженню ендометріозу оптимальним вважається видалення всіх вогнищ при лапаротомному доступі: екстирпація матки, резекція одного чи обох яєчників в межах незмінених тканин, в деяких випадках – оваріектомія.

Більшість хірургів використовують піхвовий доступ для видалення змінених тканин у хворих з I та II стадіями розповсюдження ретроцервікального ендометріозу, коли вогнища розташовуються в межах прямокишково-позаматкової клітковини, «простають» в шийку матки та стінку піхви з утворенням дрібних кіст. Доцільним є проведення кріодеструкції ложи ендометріозу або його обробку за допомогою розфокусованого променю CO₂-лазера (з урахуванням близького розташування сечоводів та прямої кишки), що зменшує кількість рецидивів у майбутньому.

При діагностиці III стадії ретроцервікального ендометріозу, коли в процес залучаються крижово-маткові зв'язки та серозна оболонка прямої кишки, виконується задня кольпотомія з висіченням вогнищ ендометріозу та їх додатковою кріо- або лазерною обробкою. Оптимальніше за все виконувати цю операцію під лапароскопічним контролем.

При IV стадії ретроцервікального ендометріозу у хворих молодого віку проводиться висічення вогнищ ендометріозу з наступним проведенням тривалої гормональної терапії препаратами, які мають антигонадотропну дію.

Для лікування хворих на ендометріоз використовують комбіновані естроген-гестагенні препарати; прогестагени; антиестрогени; антипрогестагени; інгібітори гонадотропінів; агоністи гонадоліберину. При виборі гормонального препарату враховують вік пацієнтки, стан її репродуктивної функції, локалізацію та поширення патологічного процесу.

При вивченні гормональних механізмів розвитку ендометріозу було з'ясовано, що у хворих з «малими формами» ендометріозу були відсутні виражені порушення функції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчничкової системи, тому використання гормональних препаратів для лікування безпліддя у цих хворих не збільшувало шансів настання вагітності у майбутньому.

Таким чином, проаналізувавши літературу за останні 10 років ми дійшли висновку, що геніальний ендометріоз є одним із найрозповсюдженіших гінекологічних захворювань у жінок репродуктивного віку. Ендометріозі досі є таємницею, як для науковців, так і для практичних лікарів, які щоденно стикаються з необхідністю полегшити клінічні прояви захворювання та поліпшити якість життя жінок, що страждають на цю патологію. На даному етапі розвитку сучасних знань про етіологію та патогенез геніально гоендометріозу неможливо запропонувати достатньо ефективні заходи профілактики захворювання, але можна надати рекомендації, виконання яких може знизити ризик його виникнення. В загальному розумінні – це рекомендації здорового способу життя, які націлені на підтримання функціонування організму в оптимальному режимі, сприяючому стимуляції захисних сил організму [22].

ВИСНОВКИ

1. Тяжкість клінічного перебігу зовнішнього геніального ендометріозу не залежить від віку пацієнток, тривалості менструацій, тривалості менструального циклу, маси тіла, а також характеру екстрагенітальної патології і спадковості;
2. Тяжкість клінічного перебігу захворювання залежить від поширеності ендометріозу в малому тазу: поєднання 3–4 симптомів спостерігається в основному у хворих з III–IV стадією патологічного процесу, причому критичним моментом подібного синдрому є ураження яєчників ендометріодними кістами.
3. Безпліддя при ендометріозі обумовлене сукупністю трубно-перитонеальних, ендокринних змін та імунними реакціями.

Эндометриоз яичников как причина бесплодия у женщин Т.И. Поддубная, М.Л. Кузюменская

Работа выполнена в рамках научно-исследовательской работы кафедры акушерства и гинекологии «Оценка эффективности хирургических методов лечения при бесплодии, обусловленном эндометриозом яичников у женщин Сумской области». В статье выполнен анализ научных подходов в истории изучения, диагностики и причин развития эндометриоза, определены актуальные направления проведения дальнейших научных исследований в этой области, которые будут важны для разработки индивидуального подхода при лечении данного заболевания.

Ключевые слова: эндометриоз, аденомиоз, эндометриодные кисты яичников, бесплодие.

Endometriosis of ovaries as a cause of women's infertility (review) M.L. Kuzyomenska, T.I. Piddubna

The work was carried out within the research work of Obstetrics and Gynecology Department «Evaluation of effectiveness of surgical treatment methods of infertility, caused by endometriosis of ovaries of Sumy region women.» This article gives an analysis of the scientific approaches to the study of the history, diagnosis, and causes of endometriosis development, main directions in further research in this area are defined, which will be important for the development of individual approach in the treatment of this disease.

Key words: endometriosis, adenomyosis, cystic ovarian endometriosis, infertility.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ищенко А.И. Эндометриоз: диагностика и лечение / А.И. Ищенко, Е.А. Кудрина. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 104 с.
2. Лищук В.Д. Неизвестные штрихи в изучении эндометриоза [Электронный ресурс] / В.Д. Лищук //3 турбою про жінку – 2013. – № 2. – С. 20–23.
3. Чайка В.К. Бесплодный брак / В.К. Чайка // Практическое руководство. – Лавис Донецк, 2012 – 378 с.
4. Гріщенко В.І. Гінекологія: Підручник для лікарів-інтернів / За ред. В.І. Гріщенко. – Х.: Основа, 2003. – 728 с.
5. Волков Н.И. Эндометриоз как причина бесплодия / Н.И. Волков, Д.В. Жердев // Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / Под ред. В.И. Кулакова. – М., 2006.
6. Кулакова В.И. Национальное руководство / В.И. Кулакова, Г.М. Савельева, И.Б. Манухина – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009. – 1088 с.
7. Koninckx P.R. Diagnosis of deep endometriosis by clinical examination during menstruation and plasma CA 125 concentration / P.R. Koninckx, C. Meuleman, D. Oosterlynck, F.J. Cornillie. – Fertil. Steril. – 1996.
8. Koninckx P.R. Deeply infiltrating endometriosis is a disease whereas mild endometriosis could be considered a nondisease / P.R. Koninckx, D. Oosterlynck, T. D'Hooghe, C. Meuleman. – Ann N Y Acad. Sci. – 1994.
9. Evers J.L. The second look laparoscopy for evaluation of the result of medical treatment of endometriosis should not be performed during ovarian suppression / J.L. Evers. – Fertil. Steril. – 1987.
10. Адамьян Л.В. Клиника, диагностика и лечение генитального эндометриоза / Л.В. Адамьян [и др.]: Методические рекомендации. – М., 1990. – 31 с.
11. Кулаков В.И. Репродуктивное здоровье населения России / В.И. Кулаков, Т.В. Лопатина // Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / Под ред. В.И. Кулакова. – М., 2006. – С. 10–19.
12. Михалевиц С.И. Оптимизация диагностического поиска и лечения женского бесплодия: Автореф д-ра. мед. наук, Минск, 2003. – 33 с.
13. Моргияни Ф.А. Женское бесплодие: медицинские и социальные аспекты / Ф.А. Моргияни // Проблемы репродуктологии. – М., 2002. – Т. 5.
14. Назаренко Т.А. Современные подходы к диагностике и лечению бесплодия у женщин / Т.А. Назаренко // Гинекология. – 2004. – № 6, Т. 6. – С. 323–325.
15. Радзинский В.Е. Репродуктивное здоровье женщин после хирургического лечения гинекологических заболеваний / В.Е. Радзинский, А.О. Духин, И.Н. Костин // Акушерство и гинекология. – М., 2006. – № 4. – С. 51–55.
16. Савицкий Г.А. Перитонеальный эндометриоз и бесплодие (клинико-морфологические исследования) / Г.А. Савицкий, С.М. Горбушин. – СПб.: ЭЛБИС СПб. – 2002. – 170 с.
17. Шаршенов, Л.Д. Рыбалкина, В.Т. Рыскельдиева, З.А. Тургунбаева // Гинекология. – 2004. – Том 6, № 6. – С. 308–310.
18. Pinnelli A Human fertility: sociodemographic aspects / A. Pinnelli, M. Di Cesare // Contraception. 2005. – Oct; 72(4). – P. 303–307.
19. Schindler A.E. Pathophysiology, diagnosis and treatment of endometriosis / A.E. Schindler // Minerva ginecol. – 2004. – Vol. 56, № 5. – P. 419–435.
20. Азиев О.В. Безопасное выполнение лапароскопии у пациенток с чревосечением в анамнезе / О.В. Азиев, А.Е. Бутеренко, Н.М. Кобаидзе, А.В. Панин // Акушерство и гинекология. – М., 2003. – № 2. – С. 62–64.
21. Буянова С.Н. Тактика ведения больных с наружно-внутренним эндометриозом / С.Н. Буянова, Т.Н. Сенчакова, Е.С. Бульнева // Гинекология, 2001. – Том 3, № 2. – С. 58–60.
22. Дамиров М.М. Генитальный эндометриоз – болезнь активных и деловых женщин – М.: БИНОМ. – 2010. – 191 с.
23. Адамьян Л.В. Фолликулогенез при некоторых формах эндометриоза [Электронный ресурс] / Л.В. Адамьян, Л.Ф. Курило, К.Н. Арсланян, И.Ю. Шуляк // Проблемы репродукции. – 2009. – № 1. – С. 78–85.

Вплив різних методів лікування безпліддя на розвиток передчасних пологів

Я.А. Рубан

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

Приведені дані свідчать, що в III триместрі перебіг вагітності, що настала після допоміжних репродуктивних технологій, досить часто характеризується такими ускладненнями, як прееклампсія, анемія, плацентарна недостатність і передчасні пологи, частота яких залежить від числа вагітностей, причин безпліддя і віку вагітної. Значення цих показників в істотній мірі і обумовлює як підвищення частоти недоношування, так і пов'язане з нею зниження ефективності попереднього лікування безплідних подружніх пар. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму прогностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: передчасні пологи, допоміжні репродуктивні технології, ускладнення.

Останніми роками активне впровадження в клінічну практику лікування безпліддя допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), заснованих на заплідненні *in vitro* (IVF, ЭКО), зробило можливим настання вагітності не лише при інфертильності, пов'язаній з відсутністю маткових труб або стійкою їх непрохідністю, але і при безплідді, обумовленому ендометріозом, імунологічними і андрологічними чинниками, неясних причинах безплідного шлюбу, а також у жінок, що втратили дітородну функцію у зв'язку з настанням менопаузи або не володіли нею спочатку [1–5].

Важливим є і той факт, що пацієнтки, що включаються в програму лікування ДРТ, як правило, знаходяться у віці старше 30 років, мають обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез, супутні соматичні захворювання, раніше тривало і безуспішно лікувалися з приводу безпліддя, часто страждають ендокринними порушеннями або вираженими анатомічними змінами органів малого тазу [1, 2]. Перебіг вагітності і пологів в такої обтяженої групи хворих природно може частіше, ніж зазвичай ускладнюється акушерською і перинатальною патологією і, отже, вести до погіршення кінцевих результатів проведеного лікування безпліддя.

На жаль, до теперішнього часу в сучасній літературі поки що мало відомостей про особливості перебігу вагітностей, пологів і післяпологового періоду, що настали після вживання ДРТ, стан плодів і новонароджених, або ці відомості узагальнюють дані лише незначного числа спостережень [1–5]. У той же час можна думати, що досвід, отриманий при веденні значного числа вагітностей, що настали після

лікування ДРТ, дозволить провести аналіз і оцінку ускладнень, що часто зустрічаються при них, таких як загрозливий аборт, багатопліддя, ектопічна вагітність, що завмерла, що позитивно позначиться на виборі адекватніших шляхів профілактики і лікування цих станів надалі, і, таким чином, поліпшить результати вагітностей, що настали, а, отже, і результати лікування безпліддя в цілому.

Мета дослідження: вивчення особливостей передчасних пологів після ДРТ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Ми не ставили своїм завданням проаналізувати ефективність різних методів ДРТ, а лише дати оцінку клінічного перебігу III триместра вагітності і пологів.

Для вирішення поставленої мети було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 50 пацієнток після ДРТ, які були проведені в різних лікувальних установах. При цьому, методами лікування безпліддя були стандартна програма екстракорпорального запліднення (ЕКЗ); трансцервікальне перенесення гамет (ПФТ) і зигот (ЗПФТ) в маткові труби (трубу); програма донації ооцитів (ЕКЗ-ОД), а також ЕКЗ у поєднанні з ICSI (інтрацитоплазматичною ін'єкцією сперматозоїда).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проведена клінічна характеристика пацієнток, що завагітніли за допомогою ДРТ свідчить про широкий діапазон віку хворих, прийнятих на лікування, в якому переважали жінки, що досягли 25–35 років. При цьому тривалість інфертильності найчастіше складала 5–10 років, а більше половини пацієнток мала в анамнезі вагітності. Причини безпліддя, що настало, були всілякі, проте серед них різко виділялася висока частота трубно-перитонеальної і поєднаних з нею форм безпліддя. Первинне безпліддя було у 44,0% пацієнток і вторинне – відповідно в 56,0%. Більшість пацієнток мали обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез, значна частина перенесла запальні захворювання органів малого тазу і хірургічні операції на матці і її придатках. Серед останніх незрідка зустрічалися хворі, раніше приречені на бездітність і страждаючі абсолютним безпліддям – після видалення обох маткових труб, а також з повною відсутністю яєчників або їх функції.

Аналізуючи основні особливості III триместра вагітності звертає на себе увагу значна частота розвитку набряків вагітних (105) і різних варіантів прееклампсії (24%). Рівень анемії вагітних склав 52%; плацентарної недостатності – 50% і передчасних пологів – 14% відповідно.

Ми вважали за доцільне детальніше зупинитися на основному аналізі (вік пацієнток і форми безпліддя) недоношування у жінок після ДРТ. Згідно з отриманими результатами, частіше передчасні пологи мали місце у віковій підгрупі 21–25 років (20%) і у пацієнток з відсутніми або нефункціонуючими яєчниками (26%). Викликає особливий інтерес той факт, що при змішаній формі безпліддя, що характеризується поєднанням трубно-перитонеального і чоловічого чинників, частота передчасних пологів склала 18%, що може вказувати на роль чоловічого чинника в недоношуванні вагітності. З іншого боку, досить висока частота передчасних пологів при поєднанні трубно-перитонеального і ендокринного чинників (22%) вказує на певний зв'язок цієї патології з гормональними порушеннями. При цьому в

найбільш багаточисельній підгрупі пацієнток з трубно-перитонеальною формою інфертильності частота недоношування склала всього лише 10%. Необхідно також відзначити, що в підгрупі жінок, що страждали ендометріозом взагалі не було зареєстровано передчасних пологів.

Простежується чітка пряма залежність частоти настання передчасних пологів від числа плодів. Так, при вагітності трійнею (всього 2 випадки) недоношування було в 50%; двійнятами – 60%, а при одноплідній вагітності – в 16% спостережень.

Частота термінових пологів в різних вікових підгрупах значно не відрізнялася. В той же час максимальна частота термінових пологів спостерігалася при ідіопатичному безплідді (62%) і обумовленому відсутністю яєчників або їх функції (60%), а також при синдромі полікістозних яєчників (58%), Мінімальна – при поєднанні трубно-перитонеального з чоловічим чинників (52%).

ВИСНОВКИ

Таким чином, приведені дані свідчать, що в III триместрі перебіг вагітності, що настала після ДРТ досить часто характеризується такими ускладненнями, як преєклампсія, анемія, плацентарна недостатність і передчасні пологи, частота яких залежить від числа вагітностей, причин безпліддя і віку вагітної. Значення цих показників в істотній мірі і обумовлює як підвищення частоти недоношування, так і пов'язане з нею зниження ефективності попереднього лікування безплідних подружніх пар. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму прогностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Влияние разных методов лечения бесплодия на развитие преждевременных родов Я.А. Рубан

Приведенные данные свидетельствуют, что в III триместре течение беременности, наступившей после вспомогательных репродуктивных технологий довольно часто характеризуется такими осложнениями, как преэклампсия, анемия, плацентарная недостаточность и преждевременные роды, частота которых зависит от числа беременностей, причин бесплодия и и возраста беременной. Значения этих показателей в существенной степени и обуславливают как повышение частоты недонашивания, так и связанное с ней снижение эффективности предшествующего лечения бесплодных супружеских пар. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма прогностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: преждевременные роды, вспомогательные репродуктивные технологии, осложнения.

Influence of various methods of treatment of barrenness on development of premature birth J.A. Ruban

The resulted data testify, that in III trimester current of the pregnancy which has come after auxiliary reproductive technologies rather is frequently characterised by such complications as preeclampsia, an anaemia, placental insufficiency and premature birth, which frequency

depends on number gravidities, reasons of barrenness and age of the pregnant woman. Values of these parameters in an essential degree also cause both increase of frequency preterm labour, and the decrease in efficiency of previous treatment of fruitless married couples connected to it. The received results are necessary for taking into account by development of algorithm prognostical and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: premature labour, auxiliary reproductive technologies, complications.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кулаков В.И. Пренатальная медицина и репродуктивное здоровье женщины / В.И. Кулаков //Акушерство и гинекология. – 2010. – № 5. – С. 19–22.
2. Савельева Г.М. Современные аспекты перинатологии / Г.М. Савельева //Акушерство и гинекология. – 2011. – № 6. – С. 12–15.
3. Сапрыкин В.Б. Влияние перинатальных технологий на исход беременности у женщин высшей степени перинатального риска / В.Б. Сапрыкин //Акушерство и гинекология. – 2012. – № 1. – С. 35–36.
4. Berger M. Psychological and pediatric psychiatry aspects of development of children resulting from medical reproduction treatment of their parents / M. Berger //Discussionsforum. Med. Ethik. – 2009. – Vol. 17, № 7–8. – P. 770–781.
5. Веропотвелян П.М. Характеристика стану новонароджених у породіль, котрі лікувались з приводу неплідності / П.М. Веропотвелян, Н.П. Нетребко, М.П. Веропотвелян // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2010. – № 4. – С. 60–62.

Роль аномалій розвитку статевих органів протягом безпліддя у пацієнок пізнього репродуктивного віку

А.П. Садовий

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

Аналіз частоти і особливостей перенесених гінекологічних захворювань і операцій у 26,5% жінок пізнього репродуктивного віку з безпліддям дозволяє передбачити, що подальше лікування, направлене на відновлення репродуктивної функції, в даного контингенту хворих, буде зв'язано з певними труднощами і виявиться невисоким по ефективності, що диктує необхідність удосконалення існуючих діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у пацієнок пізнього репродуктивного віку з безпліддям.

Ключові слова: безпліддя, пізній репродуктивний вік.

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

У той же час, існує ряд клінічних аспектів, що ускладнюють дітородіння в старшому віці, а саме: стан соматичного і гінекологічного здоров'я жінок, що обумовлює можливість проведення лікування, проблеми виношування вагітності і народження здорової дитини [1–3]. Враховуючи фізіологічне зниження фертильності у жінок пізнього репродуктивного віку актуальним є оцінювання ефективності лікувальних заходів і розробка алгоритму лікування безпліддя в цього контингенту хворих.

Однак не всі питання безпліддя у пацієнок пізнього репродуктивного віку на сьогоднішній день повністю вирішені, що і визначило мету справжнього дослідження – вивчити особливості безпліддя у пацієнок пізнього репродуктивного віку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленою були вивчені основні особливості функціонального стану репродуктивної системи у 200 пацієнок пізнього репродуктивного віку.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що середній вік пацієнок коливався від 36 до 49 років, в середньому склавши $40,6 \pm 3,4$ року.

Основною скаргю всіх хворих було безпліддя. Тривалість безпліддя у пацієнок складала в середньому $5,3 \pm 2,8$ року. Велика тривалість захворювання обумовлена безуспішним попереднім лікуванням з приводу безпліддя.

Ми визнали необхідним окремо виділити і охарактеризувати групу жінок пізнього репродуктивного віку, в яких проведено дослідження функціонального стану репродуктивної системи. Слід сказати, що частина (200) з цих пацієнок увійшли до основної групи і надалі піддалися лікуванню безпліддя, 30 жінок не було зацікавлено в реалізації репродуктивної функції і служили об'єктом для оцінки функціонального стану репродуктивної системи. Серед 30 пацієнок, не зацікавлених в лікуванні безпліддя, були 20 жінок із СПКЯ і 10 пацієнтками з гіпогонадотропним гіпогонадизмом (ГГ). Групою контролю послужили 90 пацієнок. З них 80 молодих пацієнок репродуктивного віку і 10 жінок, що знаходяться в постменопаузі.

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

При детальному аналізі функціонального стану репродуктивної системи порівняли групу жінок пізнього репродуктивного віку ($n=200$) як з молодими пацієнтками репродуктивного віку ($n=30$), так і з жінками в постменопаузі ($n=10$). Враховуючи присутність в нашому дослідженні 30 жінок пізнього репродуктивного віку з ендокринною патологією (20 жінок із СПКЯ і 10 – з ГГ), ми додатково обстежували 30 жінок із СПКЯ і 20 жінками з ГГ активного репродуктивного віку.

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

Використовуючи загальноприйняті методи обстеження безплідних подружніх пар, ми спробували виявити патологічні зміни, які є причиною їх інфертильності. Слід сказати, що було оцінений стан репродуктивної функції не лише жінок, але і їх подружжя.

При аналізі причин безпліддя в подружніх пар пізнього репродуктивного віку, нами були зареєстровані деякі особливості, що відрізняються від загальноприйнятої структури безпліддя.

Так, на сьогоднішній день, перше місце серед причин безпліддя подружніх пар активного репродуктивного віку займає трубно-перитонеальний чинник – 40%. На другому і третьому місцях – ендокринні порушення і зовнішньо-генітальний ендометріоз. 10% доводиться на матковий чинник, 15% – чоловічий чинник [1–3].

При аналізі причин безпліддя подружніх пар пізнього репродуктивного віку монофакторні причини були виявлені лише в незначній частині пацієнток. У 48,0% було виявлено поєднання декількох чинників порушення репродуктивної системи. Більш того, відсутність явних причин, так зване ідіопатичне безпліддя, було зареєстроване в 22,0% випадків. Все це свідчило про необхідність використання методів допоміжної репродукції в подружніх пар пізнього репродуктивного віку, що неодноразово було висловлене раніше в роботах ряду дослідників [1–3]. У цього контингенту хворих різні лікувальні заходи, у тому числі ендоскопічні операції слід розглядати не як способи лікування безпліддя, а як заходи, якщо вони необхідні, для підготовки до проведення програм допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).

Ураховуючи пізній репродуктивний вік групи дослідження, особливий інтерес представляв аналіз стану гінекологічного здоров'я жінок. У анамнезі у 81,5% жінок були виявлені хронічні запальні гінекологічні захворювання і інфекції, що передаються статевим шляхом (ПСПШ). Представлені результати вказують, що 80,5% пацієнток перенесли запальні захворювання різної етіології. Найчастішим варіантом ПСПШ був хламідіоз. Це захворювання раніше перенесли 24,5% пацієнток. Генітальний герпес відмічений в анамнезі в 9,5%, трихомоноз – в 3,0%, гонорея – в 2,5%. Із захворювань, що викликаються умовно-патогенними мікроорганізмами, найчастіше зустрічався уреapлазмоз, на який вказали 19,5% пацієнток. Кандидозний вагініт раніше перенесли 20,0% пацієнток, мікоплазмоз – 11,5%. Лікування з приводу хронічної цитомегаловірусної (ЦМВ) інфекції було проведене 3,0% пацієнток.

Хронічний сальпінгофорит в анамнезі відмічений в 65,5%, патологічні зміни шийки матки – в 19,0%, хронічний ендометрит – в 10,5%. Лейоміома матки діагностована в 29,5%, генітальний ендометріоз – в 41,5% з переважанням ендометріодних кіст, аденоміозу і поєднання аденоміозу і ендометріодних кіст.

Отже, значна частина жінок (70,0%) мала гінекологічну патологію, яку ми розцінюємо як значиму для реалізації репродуктивної функції (лейоміома матки і генітальний ендометріоз).

Характерними особливостями анамнестичних даних жінок пізнього репродуктивного віку з безпліддям з'явилися раніше перенесені часті ПСПШ і гінекологічні захворювання. Переважну більшість пацієнток відзначили в анамнезі більше двох запальних гінекологічних захворювань. Частка ПСПШ серед пацієнток групи дослідження склала 38,5%. Звертає увагу, що кожна четверта пацієнтка (24,5%) раніше перенесла хламідіоз, кожна п'ята (20,0%) – рецидивуючі неспецифічні вульвовагініти, що надалі, ймовірно, призвело до розвитку хронічних запальних захворювань матки і її придатків, виявлених нами у переважній більшості включених в справжнє дослідження жінок.

На гінекологічні операції в анамнезі вказали 30,0% пацієнток, яким виконано було 105 гінекологічних операцій. При цьому питома вага раніше перенесених лапаротомій склала 13,5%, лапароскопії – 19,5%, гістероскопії і діагностичних вискоблювань ендометрія – 11,5%. Середня кількість операцій на 1 пацієнтку склала $1,5 \pm 0,3$ при коливаннях від 1 до 4 оперативних втручань.

Аналіз отриманих даних дозволяє констатувати, що, не дивлячись на впровадження в клінічну практику ендоскопічних операцій і доступність цього виду медичної допомоги для широких верств населення, найбільш поширеним хірургічним доступом у пацієнток пізнього репродуктивного віку частенько з нереалізованою репродуктивною функцією і такими захворюваннями, як позаматкова вагітність, лейоміома матки, кісти і кістами яєчників, була лапаротомія. Ендоскопічні операції в повсякденній клінічній практиці застосовували переважно у пацієнток з безпліддям для уточнення стану органів малого тазу і корекції патологічних змін. Аналізуючи особливості хірургічного лікування, ми вивчили об'єми гінекологічних операцій залежно від операційного доступу.

Вивчення об'ємів оперативних втручань при лапароскопії показало, що найчастіше виконувалися реконструктивно-пластичні операції на маткових трубах, частка яких склала 69,5%. Необхідно відзначити, що вказані оперативні втручання в переважній більшості випадків включали поєднані маніпуляції: сальпінгооваріолізис, розділення спайок в передньо- і позадиматковому просторі, відновлення прохідності маткових труб з однією або з обох боків, причому в 4,5% випадків реконструктивно-пластичні операції були виконані паралельно з однобічною тубектомією, виконаною з приводу позаматкової вагітності.

Частота коагуляцій вогнищ ендометріозу склала 32,5%, консервативної міомектомії без розтину порожнини матки – 6,0%. У всіх випадках коагуляція вогнищ ендометріозу проводилася як супутня маніпуляція при будь-якій основній гінекологічній операції.

Хірургічні втручання на яєчниках раніше були виконані в 28,5% випадків. Частка ендоскопічної резекції яєчників склала 16,5%.

Аналіз даних, що дозволяють оцінити обґрунтованість хірургічного втручання на яєчниках у обстежених жінок, показав, що лише в кожному другому випадку пацієнтка мала на руках результату гістологічного дослідження, підтверджуючі наявність у видаленій тканині яєчника ендометріодних кіст, тератом, серозних цистаденом. У останніх жінок результати гістологічного дослідження вказували на функціональні кісти яєчників або відсутні взагалі.

Дані про характер патологічних змін ендометрія, що послужили свідченнями до гістероскопії і діагностичного вискоблювання свідчать, що в кожному другому випадку гістероскопія і діагностичне вискоблювання ендометрія виконували з приводу поліпів ендометрія. Деяко рідше – у зв'язку з хронічними і гіперпластичними процесами. Всі вказані діагнози були верифіковані гістологічно. Нам не удалось проаналізувати свідчення до гістероскопії і діагностичного вискоблювання в 11,5% випадків через відсутність у пацієнток результатів гістологічного дослідження ендометрія.

Таким чином, анамнестичні дані про частоту гінекологічних оперативних втручань у жінок пізнього репродуктивного віку з безпліддям свідчили про те, що обстежувані жінки були вельми складним контингентом для реалізації репродуктивної функції, оскільки кожна третя хвора, що лікувалася раніше, перенесла від 1 до 4 гінекологічних операцій, включаючи лапаротомії, лапароскопії, гістероскопії і діагностичні вискоблювання ендометрія.

Аналіз об'ємів хірургічних маніпуляцій показав, що незалежно від виду оперативного втручання (відкритого або закритого) і свідчень до нього (безпліддя або різні гінекологічні захворювання), у переважній більшості хворих в ході операції виконували поєднані маніпуляції найчастіше на маткових трубах і яєчниках. Так, реконструктивно-

пластичні операції на маткових трубах були виконані в 42,5%, реконструктивні операції на яєчниках – в 23,5%, радикальні операції на придатках матки – 18,5%.

ВИСНОВКИ

Таким чином, аналіз частоти і особливостей перенесених гінекологічних операцій у 26,5% жінок пізнього репродуктивного віку з безпліддям дозволяє передбачити, що подальше лікування, направлене на відновлення репродуктивної функції, в даного контингенту хворих, буде зв'язано з певними труднощами і виявиться невисоким по ефективності, що диктує необхідність удосконалення існуючих діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у пацієнток пізнього репродуктивного віку з безпліддям.

Роль аномалій розвитку геніталій в течение бесплодия у пациенток позднего репродуктивного возраста А.П. Садовой

Анализ частоты и особенностей перенесенных гинекологических заболеваний и операций у 26,5% женщин позднего репродуктивного возраста с бесплодием позволяет предположить, что дальнейшее лечение, направленное на восстановление репродуктивной функции, у данного контингента больных, будет сопряжено с определенными трудностями и окажется невысоким по эффективности, что диктует необходимость усовершенствования существующих диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у пациенток позднего репродуктивного возраста с бесплодием.

Ключевые слова: бесплодие, поздний репродуктивный возраст.

Role of anomalies of development of genitals during barrenness at patients of late reproductive age A.P. Sadovoj

The analysis of frequency and features of the transferred gynecologic diseases and operations at 26,5% of women of late reproductive age with barrenness allows to assume, that the further treatment directed on restoration of reproductive function, at the given contingent of patients, will be interfaced to certain difficulties and it will appear low by efficiency that dictates necessity of improvement of existing diagnostic and treatment-and-prophylactic actions at patients of late reproductive age with barrenness.

Key words: barrenness, late reproductive age.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Колчи А. Психологические аспекты репродукции человека / А. Колчи // Проблемы репродукции, 2013; 1: 33–39.
2. Сметник В.П. Неоперативная гинекология / В.П. Сметник, Л.Г. Тумилевич. – Санкт-Петербург: СОТИС, 2014: 134 с.
3. Шарапова О.В. Современные проблемы охраны репродуктивного здоровья женщин: пути решения / О.В. Шарапова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2012; 2, 1: 7–10.

УДК 618.11-06:618.177-08

Тактика лікування безпліддя у жінок із патологією яєчників

Ю.В. Страховецька

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

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки із доброякісними новоутвореннями яєчників (ДНЯ) на тлі нереалізованої репродуктивної функції становлять групу високого ризику не тільки в плані лікування неплідності, але надалі – виношування вагітності з позитивними перинатальними результатами. Запропонований нами алгоритм діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів дозволяє не тільки підвищити частоту відновлення репродуктивної функції, але і знизити рівень гестаційних ускладнень. Це дає нам право рекомендувати його для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: доброякісні новоутворення яєчників, репродуктивна функція, реабілітація.

На сьогоднішній день доброякісні новоутворення яєчників (ДНЯ) є самою розповсюдженою патологією серед жінок репродуктивного віку, займаючи більше 50% у структурі всієї гінекологічної захворюваності [1–4]. Серед основних особливостей даної патології в останні роки можна виділити «омолодження» ДНЯ й їхній негативний вплив на репродуктивну функцію жінок, що призводить до росту маси тіла жінок з ДНЯ, які не народжували [1–4]. Основними причинами такої негативної тенденції вважають збільшення патології пубертатного періоду з патологічним становленням менструального циклу, ріст соматичної захворюваності, у тому числі і дисгормонального генезу, нераціональне використання сучасних контрацептивних засобів, несприятливий вплив екологічної обстановки й ін. [1–4].

Хірургічне лікування ДНЯ у структурі використовуваних лікувально-профілактичних заходів займає провідне місце, досягаючи 60–70% [1–4]. Незважаючи на значне число наукових публікацій з проблеми хірургічного лікування ДНЯ не можна вважати всі питання повністю вирішеними. На нашу думку, у першу чергу, це стосується оптимізації ендоскопічного лікування і післяопераційної реабілітації пацієнток з нереалізованою репродуктивною функцією, а також тактики ведення вагітності, що наступила. Публікації з цього наукового питання є поодинокими і носять фрагментарний характер.

Усе наведене вище з'явилося для нас підставою до проведення наукових досліджень у даному напрямку, що дозволить істотно знизити частоту різної патології репродуктивної системи, а також поліпшити результати розродження цих пацієнток.

Мета дослідження: зниження частоти порушень репродуктивної функції та наступних гестаційних ускладнень у жінок з ДНЯ, які не народжували, на основі вив-

чення в них клініко-ехографічних, морфологічних, ендокринологічних та імунологічних особливостей, а також розробки і впровадження комплексу діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети нами було обстежено 130 пацієнток, яких було розподілено на три групи:

- контрольна 1 група – 30 гінекологічно й соматично здорових жінок репродуктивного віку;
- 1 група – 50 пацієнток з доброякісними новоутвореннями яєчників (ДНЯ), які в анамнезі мали 1–2 пологів;
- 2 група – 50 пацієнток з ДНЯ, у яких не було пологів в анамнезі.
- 2.1. підгрупа – 40 пацієнток, які завагітнили після проведеного лікування;
- контрольна 2 група – 30 першовагітних без соматичної та акушерської патології, розроджених через природні пологові шляхи;

Всім пацієнткам було проведено лапароскопічне лікування ДПЯ.

Післяопераційна реабілітація пацієнток проводилася диференційовано з урахуванням морфологічних особливостей вилучених тканин, наявності супутньої генітальної та екстрагенітальної патології, а також репродуктивного анамнезу пацієнток.

Усім пацієнткам поряд із детальним клінічним дослідженням, проводили комплексне функціональне і лабораторне обстеження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними клінічними особливостями ДНЯ у жінок, які не народжували, є: висока частота неплідності (80,0%); вираженого больового синдрому (34,0%); альдисменореї (44,0%); ациклічних кровотеч (28,6%), кров'янистих виділень у середині циклу (38,1%), а також хронічного сальпінгоофориту (30,0%) та патологічних змін шийки матки (34,0%).

У жінок з ДНЯ, які не народжували, дисгормональні порушення залежать від фази менструального циклу і характеризуються в фолікулярну фазу достовірним зниженням вмісту Е ($p < 0,001$) при одночасному підвищенні рівня Прл ($p < 0,01$); в лютеїнову фазу – достовірним підвищенням вмісту Е ($p < 0,01$); ПГ ($p < 0,01$); ЛГ ($p < 0,01$) і ФСГ ($p < 0,001$).

Основним методом оперативного лікування ДНЯ у жінок, які не народжували, є лапароскопія з таким обсягом оперативного втручання: ендокоегуляція вогнищ ендометріозу (56,0%); роз'єднання злук (50,0%); сальпінгооваріолізис (34,0%); сальпінгостомія (26,0%), фімбріопластика (20,0%) і консервативна міомектомія (14,0%).

При морфологічному дослідженні ДНЯ відмічено переважання ендометріом (56,0%); серозних (22,0%) та муцинозних цистоаденом (20,0%), а також наявність лейоміоматозних вузлів (14,0%).

Ефективність індивідуально підібраної комплексної терапії, що включає лапароскопічне лікування з наступною реабілітацією з використанням гормональної та антигомотоксичної терапії впродовж 2–3 років складає 80,0%.

Клінічний перебіг вагітності після комплексного лікування ДНЯ характеризується високою частотою плацентарної недостатності (45,0%); гестаційної анемії (42,5%) та прееклампсії (15,0%), що призводить до значного рівня ускладнень при розродженні: передчасний розрив плодових оболонок (32,5%); аномалії пологової діяльності (25,0%) і дистрес плода (20,0%), що призводить до високої частоти передчасних пологів (7,5%) і кесаревих розтинів (42,5%).

Перинатальні наслідки розродження жінок з ДНЯ в анамнезі характеризуються високою частотою інтранатальної асфіксії різноманітного ступеня тяжкості (32,5%), ЗВУР плода (32,5%), інтраамніального інфікування (15,0%) та постгіпоксичної енцефалопатії (25,0%).

Для практичної охорони здоров'я необхідно рекомендувати наступні моменти:

1. З метою відновлення репродуктивної функції яєчників у жінок з ДНЯ, які не народжували, необхідно використовувати комплексний підхід з максимальною економією обсягом лапароскопічного втручання з наступною реабілітацією на основі використання гормональної та антигомотоксичної терапії.

2. При веденні вагітності в жінок з ДНЯ в анамнезі необхідно використовувати комплекс лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на зниження частоти плацентарної недостатності, гестаційної анемії та прееклампсії, а при розродженні – аномалій родової діяльності.

3. З метою контролю за ефективністю лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів у жінок з ДНЯ, які не народжували, необхідно динамічне досліджень основних клінічних, ехографічних та ендокринологічних показників.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать, що жінки із ДНЯ на тлі нереалізованої репродуктивної функції становлять групу високого ризику не тільки в плані лікування неплідності, але і надалі – виношування вагітності з позитивними перинатальними результатами. Запропонований нами алгоритм діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів дозволяє не тільки підвищити частоту відновлення репродуктивної функції, але і знизити рівень гестаційних ускладнень. Це дає нам право рекомендувати його для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Тактика лечения бесплодия у женщин с патологией яичников

Ю.В. Страховецкая

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что женщины с доброкачественными новообразованиями яичников на фоне нереализованной репродуктивной функцией составляют группу высокого риска не только в плане бесплодия, но и вынашивания беременности с позитивными перинатальными результатами. Предлагаемый нами алгоритм диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий позволяет не только повысить частоту восстановления репродуктивной функции, но и снизить уровень гестационных осложнений. Это дает нам право рекомендовать данный алгоритм для широкого использования в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: доброкачественные новообразования яичников, репродуктивная функция, реабилитация.

Tactics of treatment of barrenness at women with pathology of ovariums J. V. Strahovetskaja

Results of the spent researches testify, that women with good-quality new growths яичников against non-realised reproductive function make group of high risk not only in respect of barrenness, but also prolongation pregnancy with good perinatal results. The algorithm of diagnostic, treatment-and-prophylactic and rehabilitation actions offered by us allows not only to raise frequency of restoration of reproductive function, but also to lower level gestation complications. It grants to us is right recommend the given algorithm for wide use in practical public health services.

Key words: *good-quality new growths ovaries, reproductive function, rehabilitation.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Автандилов Г.Г. Медицинская морфология: руководство / Г.Г. Автандилов – М.: Медицина, 2011. – 383 с.
2. Адамян Л.В. Гормональный статус и стероидрегулируемая система эндометрия у пациенток с доброкачественными опухолями и эндометриодными кистами яичников / Л.В. Адамян, М.Л. Алексеева, Л.С. Минина // Акуш. и гин. – 2010. – № 9. – С. 55–57.
3. Баскаков В.П. Эндометриодная болезнь / В.П. Баскаков, Ю.В. Цвелев, Е.В. Кира. – СПб., 2012. – С. 136–141.
4. Белоглазова С.Е. Хирургическое лечение образований яичников лапароскопическим доступом / С.Е. Белоглазова, С.Р. Зурабиани, С.Ш. Джабраилова // Акуш. и гин. – 2013. – № 4. – С. 23–24.

УДК 618.177-089.888.11-035-037

Актуальні аспекти прогнозування ефективності допоміжних репродуктивних технологій у жінок без та з аномаліями розвитку матки

С.В. Шиянова

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

Результати проведених досліджень свідчать, що кількісна оцінка діагностичної цінності рівня цитокінів, що продукуються в мікрооточенні фолікула в період дозрівання ооцитів і імплантації заплідненої яйцеклітини, а також показників імунного статусу і оваріальної функції у жінок на піке суперовуляції, що стимулює, показала принципову можливість використання виділених діапазонів окремих ознак як основу для розробки нових підходів раннього прогнозування ефективності лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій.

Ключові слова: *допоміжні репродуктивні технології, ефективність, прогнозування.*

Проблема інфертильності подружніх пар набуває сьогодні не лише медичного, але і величезного соціально-демографічного і економічного значення [1–12]. За даними ВООЗ (WHO, 2009) більше 100 млн подружніх пар безплідні і їх число з кожним роком збільшується. Частота безплідних шлюбів серед подружжя репродуктивного віку коливається від 20% до 30% [3, 10]. Причиною безплідного шлюбу в 40–50% випадках є патологія репродуктивної системи в одного з подружжя, рідше – в 25–30% в обох [4, 11]. ВООЗ виділяє 22 причини жіночого і 16 причин чоловічого безпліддя. Жіноче безпліддя зустрічається в 35–40% безплідних шлюбів, чоловічого безпліддя припадає на частку 30–35% (WHO, 2009).

У даний час показано, що функціонування репродуктивної системи як у чоловіків, так і жінок здійснюється при тісній взаємодії з імунною і ендокринною системами [1–12]. Встановлено, що пролактин здатний викликати активацію опосередкованого макрофагами яєчка синтезу TNF-а і як наслідок зменшення напруження стимульованого гонадотропіном тестостерону клітинами Лейдига [1]. Збільшення ж рівня тестостерону підсилює клітинний імунітет [2, 4, 5]. Тому, можна передбачити, що не лише цитокіни, що локально синтезуються, але і цитокіни із загального судинного русла здатні проявляти свої ефекти на тестикулярному рівні. Про що свідчать факти активної участі цитокінів у формуванні гамет і регуляції сперматогенезу [12], а також їх вкладу в імуносупресію насінної плазми [4, 5]. У жінок, що відбуваються під час менструального циклу і вагітності зміни контролюються з боку гіпоталамо-гіпофізарної системи і є прямим результатом індуковано-

го гормонами тканинного ремоделювання тканин яєчника і слизової матки. Дія гормонів на клітинному рівні реалізується через залучення безлічі пептидних ростових чинників, серед яких особливу роль відводять цитокинам, що синтезуються імуннокомпетентними клітинами [10, 11]. Разом з регуляцією оваріальної функції клітини імунної системи і продуковані ними цитокіни виконують виключно важливу роль в підготовці ендометрія до імплантації ембріона, а згодом – в збереженні вагітності [1, 3, 6, 7].

На сьогоднішній день найбільш дослідженими є імунологічні аспекти, зв'язані фізіологічним протіканням вагітності і що включають вивчення механізмів імунологічної перебудови, направленої на гальмування реактивності імунної системи матері по відношенню до аллоантигенів плода. В той же час роль імунної системи в регуляції ранніх етапів репродуктивного процесу – фолікулогенезу, овуляції, доімплантаційних етапів розвитку ембріона і його імплантації, залишаються істотно менш вивченими [1–12]. Враховуючи тісний взаємозв'язок імунної і репродуктивної системи, стає очевидним, що наявність вихідних імунних дисфункцій, а також розвиток їх в процесі стимуляції гіперовуляції може бути серйозною причиною низької якості ооцитів, дефекту запліднення яйцеклітини, порушення розвитку і імплантації ембріона, і, зрештою, невиношування вагітності. Тому великий інтерес представляє дослідження показників системного і локального імунітету, а також оваріальної функції в групах жінок, опозитних по рівню фертильності, якості ембріонів, імплантації і клінічної вагітності. Дослідження такого роду мають велике теоретичне і практичне значення, оскільки дозволяють осмислити нові аспекти імунно-ендокринної регуляції ранніх етапів репродуктивного процесу і патогенезу безпліддя, а, також розробити прогностичні критерії ефективності проведення допоміжних репродуктивних технологій.

Мета дослідження: вивчення можливості прогнозування ефективності допоміжних репродуктивних технологій.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети нами були обстежені 50 безплідних подружніх пар фертильного віку.

У дослідження було включено 100 чоловіків і жінок у віці від 24 до 46 років ($35,1 \pm 4,3$), що полягають в безплідному шлюбу, з приводу чого подружні пари проходили обстеження і лікування за програмою допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).

Тривалість безпліддя в шлюбі варіювала від 2 до 16 років ($6,5 \pm 2,1$ року). У етіопатогенетичній структурі безпліддя жіночий чинник виявлявся в 30% випадків, чоловічий чинник – в 10% випадків, тоді як у більшості подружніх пар (60%) діагностувалися комбінації поєднаних порушень репродуктивної функції.

До початку циклу ДРТ проводилося ретельне обстеження партнерів: збір соматичного, акушерсько-гінекологічного і андрологічного анамнезу, ультразвукове дослідження, клініко-лабораторні, біохімічні і гормональні дослідження.

У разі виявлення будь-якої супутньої патології, в першу чергу урогенітальної інфекції, призначалася відповідна терапія, яка проводилася в об'ємі, необхідному для досягнення ефекту, що санує.

Усі дослідження виконувалися відповідно до декларації Хельсінської Усесвітньої асоціації «Етичні принципи наукових і медичних досліджень за участю людини» (2000).

Лікувальні заходи проводилися відповідно до нормативних документів, затверджених Міністерством охорони здоров'я України.

Контрольна група (n=50) була складена з практично здорових чоловіків і жінок аналогічного віку, що полягають тривалий час в шлюбі і мають здорових дітей.

Усі обстежені особи давали інформовану згоду на участі в дослідженні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що всі виконані цикли ДРТ закінчилися пункцією фолікулів. Частота настання вагітності складала з розрахунку на цикл і на пункцію – 40%, а з розрахунку на ембріоперенос – 42%. При цьому найбільша частота настання клінічної вагітності реєструється при трансфері 2–3 ембріонів. В той же час, вочевидь, що тактика, направлена на збільшення числа переносимих ембріонів, не призводить до підвищення ефективності ДРТ.

При ретроспективному аналізі жінок з повністю проведеним циклом ДРТ, що розрізняються по клінічному ефекту (вагітність є чи ні), не було виявлено достовірних відмінностей по середньому віку пацієнток, а також по тривалості або формам безпліддя. Порівнювані групи були також однорідні і по медикаментозних протоколах індукції суперовуляції.

Нами було показано, що частота настання клінічної вагітності достовірно розрізняється в групах пацієнток ДРТ, в яких вміст окремих цитокинів у фолікулярній рідині (ФР) на піці суперовуляції, що стимулює, виходив за визначений і, мабуть, фізіологічно значимий рівень. Як таке були встановлені відповідні медіанні значення концентрації цитокинів, розраховані по всій вибірці. Так, наприклад, якщо в цілому по групі обстежених жінок частота розвитку клінічної вагітності складала 42%, то при низькому вмісті у ФР IL-2, IL-4, IL-7 або G-CSF ефективність ДРТ знижувалася практично в 2,0 разу і варіювала від 17,4% до 25%. Така ж низька ефективність ДРТ (20–25%) реєструвалася в разі підвищеного вмісту у ФР IL-8/IL-13. Важливість збалансованої продукції цитокинів в мікрооточенні фолікула в період дозрівання ооцитів і на ранніх етапах імплантації запліднених яйцеклітин можна проілюструвати наступними даними.

Так, результати частотного аналізу показують, що проградієнтне зменшення вмісту у ФР IL-2 характеризується чітким, лінійним трендом зниження ефективності ДРТ з 91 до 19%.

З отриманих даних видно, що аналогічна, але зворотна залежність частоти розвитку вагітності реєструється при збільшенні у ФР рівня IL-8. Так, найбільша ефективність ДРТ (55% і 81%) була відмічена в підгрупах жінок, в яких середня концентрація IL-8 складала 12 або 6,6 пкг/мл, відповідно. В той же час, збільшення концентрації IL-8 до 21–34 пкг/мл асоціювалося з достовірним зниженням частоти настання клінічної вагітності до 30–23% ($p < 0,01–0,002$).

Отримані результати свідчать, що рівень цитокинів, що продукується в мікрооточенні фолікула в період дозрівання ооцитів і імплантації заплідненої яйцеклітини, може мати певну діагностичну цінність в ранньому прогнозі успішного або не-

ефективного проведення циклу ДРТ. Оскільки достовірні відмінності в групах жінок, опозитних по ефективності ДРТ, були виявлені лише за змістом у ФР ІЛ-2, ІЛ-4, ІЛ-7, G-CSF, ІЛ-13, ІЛ-8, і МІР-Іβ, а також відносно імуносупресорної активності фолікулярних чинників, то можна передбачити, що саме ці параметри володіють найбільшою інформативністю в прогнозі розвитку клінічної вагітності. Тому одним із завдань нашої роботи стала кількісна оцінка їх діагностичної цінності. Для цього в групі обстежених нами пацієнток ДРТ спочатку був проведений кварталний аналіз рівня цитокінів у ФР, а також сумарної імуносупресорної активності фолікулярних чинників. Це дозволило виділити чотири діапазони ознак, кожен з яких охоплював менше 25% (нижня квартиль), менш і більше 50% (медіана), і більше 75% всіх спостережень у вибірці.

Для кількісної оцінки діагностичної цінності виділених діапазонів ознак в прогнозі ефективності ДРТ визначали їх діагностичні коефіцієнти (ДК), специфічність і чутливість (SP і SN), інформативність по К. Шеннону (JSh) і відносному ризику (RR).

Для розрахунку цих показників проаналізували частоту зустрічання діапазонів ознак в підгрупі жінок, в яких після проведення циклу ДРТ розвинулася клінічна вагітність (клас А1; n=24 для цитокінів, і n=19 для ІСА ф/ж), а також в опозитній підгрупі, де лікування безпліддя за допомогою ДРТ виявилось неефективним (клас А2; n=24 для цитокінів, і n=41 для ІСА ф/ж). Достовірність відмінності частот зустрічання ознак в групах визначалася точним методом Фішера. Інформативність кожної ознаки обчислювалася по співвідношенню двох вірогідностей $P(X_i/A_1)$ і $P(X_i/A_2)$, де А1 і А2 – класи прогнозу; X_i – номер ознаки, а $P(X_i/A_k)$ – вірогідність (частість) події.

Діагностичний коефіцієнт (ДК) обчислювався за формулою:

$$ДК = 10 \lg \times P(X_i/A_j) / P_f X_i/A$$

Інформативність по К. Шеннону J(Sh) по формулі:

$$J_{xi} = PCX_i/A_j / 10 \lg P_f X_i/A_o \times / P(X/A_L - P_{Ш}/A_L$$

Значення діагностичного коефіцієнта може бути як позитивним, так і негативним числом. У нашому дослідженні негативного значення ДК набував в разі переважання вірогідності стану А2 (неефективний цикл ДРТ). Про це, наприклад, з високою вірогідністю свідчить критично низький рівень ІЛ-7 (ДК=-8,1; SP 91,7%), ІЛ-4 (ДК=-7,3; SP 87,5%), ІЛ-2 (ДК=-6,3; SP 83,4%), відносний дефіцит продукції G-CSF (ДК=-7,3; SP 87,5%) і МІР-Іβ (ДК=-5,2; SP 87,5%), а також надлишкова концентрація ІЛ-13 (ДК=-5,1; SP 83,4%) і ІЛ-8 (ДК=-4,0; SP 83,4%).

Надмірно виражена імуносупресорна активність фолікулярних чинників (ІСА менше 0,49 розр. од.) також відносилася до даного комплексу негативних предикторних чинників, які дозволяють прогнозувати неефективність циклу ДРТ, що проводиться (ДК=-8,7; SP 95%).

Слід зазначити, що виділені діапазони ознак володіли досить хорошою інформативністю (значення JSh варіювали від 1,32 до 2,9), що багато в чому визначалося високим рівнем їх специфічності (SP від 83,4% до 95,0%). Проте, чутливість більшості з них була відносно низькою (SN від 39–41% до 54–71%). Іншими словами, такі високо специфічні зміни цитокінового профілю ФР виявлялися лише приблизно в половині обстежених жінок в групі з неефективним циклом ДРТ.

Позитивне значення ДК має в разі переважання вірогідності стану А1 (розвиток клінічної вагітності).

З отриманих даних видно, що ті ж самі цитокіни, але лише в інших кількісних діапазонах, володіють також діагностичною цінністю і відносно позитивного прогнозу результатів ДРТ (ДК від +3,0 до +6,0). Специфічність виділених діапазонів ознак варіювала від 66% до 79%, в той же час чутливість цих параметрів була досить високою (SN 68,5% – 83,0%).

Отримані дані чітко свідчать про високий діагностичний потенціал досліджень цитокінового профілю ФР в ранньому прогнозі ефективності лікування безпліддя за допомогою ДРТ.

Цитокіни, що продукуються в мікрооточенні фолікула, багато в чому визначають кількісні і якісні характеристики дозріваючих ооцитів, а також знаходяться в кореляційному взаємозв'язку з кількістю циркулюючих CD4+CD25+Т-клітин. Враховуючи це, представлялося важливим доповнити запропоновану діагностичну модель, засновану на дослідженні цитокінового профілю фолікулярної рідини, простішими і доступнішими тестами (наприклад, показниками оваріальної функції або імунного статусу), які одночасно володіли б певною інформативністю в ранньому прогнозі ефективності ДРТ.

Пошуку таких діагностично значимих параметрів був присвячена наша робота. З цією метою був використаний той же алгоритм, тобто в групі всіх обстежених нами жінок спочатку був проведений кварталний аналіз показників імунного статусу, виділені порогові діапазони, а потім проаналізована частота зустрічання в підгрупах пацієнток, опозитних по ефективності ДРТ (класи А1 і А2).

З досліджених параметрів гемограми і імунограми високий рівень інформативності для прогнозу ефективності ДРТ мали наступні показники: абсолютний лімфоцитоз і відносний вміст в крові жінок CD8+ і CD4+CD25+Т-лімфоцитів. При цьому, абсолютна кількість лімфоцитів в діапазоні $<1,85 \times 10^9$ /л дозволяло прогнозувати вірогідний розвиток клінічної вагітності (ДК+3,8, SP 70%, SN 71,5%). Це був єдиний показник, який характеризувався значимою інформативністю відносно позитивного прогнозу, тоді як всі останні виділені параметри були високоспецифічними в прогнозі неефективного циклу ДРТ. Про це, наприклад, з високою вірогідністю свідчить виражений лімфоцитоз ($>2,0 \times 10^9$; ДК=-4,2; SP 81%), підвищена відносна кількість CD8+Т-лімфоцитів ($>32\%$; ДК=-8,1; SP 93,8%), а також вміст циркулюючих CD4+CD25+ регуляторних кліток на рівні менше 6% (ДК=-12; SP 100%). Як і відносно діагностичної цінності цитокінів у ФР, звертає увагу висока специфічність виділених діапазонів параметрів імунного статусу у поєднанні з відносно низькою їх чутливістю (SN 40–50%).

З аналізованих параметрів оваріальної функції найбільшою інформативністю в прогнозі ефективності ДРТ володіли два показники: загальна кількість отриманих ооцитів і процентний вміст серед них ооцитів хорошої якості.

З отриманих даних видно, що мале число ооцитів (<4), отриманих на піці суперовуляції, що стимулює, а також низький ($<66\%$) відносний вміст серед них яйцеклітин хорошої якості є високоспецифічними (SP 81,3% і 100%, відповідно) показниками, що прогнозують неефективний цикл ДРТ. У випадках, коли загальна кількість отриманих ооцитів не нижче 8, то з більшою вірогідністю можна прогнозувати настання клінічної вагітності (ДК +2,4, SP 62,5%, SN 65,6%).

У завершенні всі виділені і діагностично значимі показники були згруповані в окремі комплекси ознак, ранжируваних по мірі значущості для прогнозу неефективного vs успішного циклу ДРТ. З отриманих даних видно, що кількісний склад і рівень інформативності виділених діапазонів ознак, що прогнозують неефективність ДРТ, істотно перевищує аналогічні значення комплексу «позитивних» ознак, що маркують настання клінічної вагітності після проведеного циклу ДРТ. Проте, можна вважати, що виділені діагностичні комплекси як «негативних», так і «позитивних» предикторних чинників можуть доповнити і істотно підвищити ефективність традиційних методів прогнозу результативності ДРТ.

ВИСНОВКИ

Таким чином, кількісна оцінка діагностичної цінності рівня цитокінів, що продукуються в мікрооточенні фолікула в період дозрівання ооцитів і імплантації заплідненої яйцеклітини, а також показників імунного статусу і оваріальної функції у жінок на піці суперовуляції, що стимулює, показала принципову можливість використання виділених діапазонів окремих ознак як основу для розробки нових підходів раннього прогнозування ефективності лікування безпліддя за допомогою ДРТ.

Актуальные аспекты прогнозирования эффективности вспомогательных репродуктивных технологий у женщин без и с аномалиями развития матки

С.В. Шиянова

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что количественная оценка диагностической ценности уровня цитокинов, продуцируемых в микроокружении фолликула в период созревания ооцитов и имплантации оплодотворенной яйцеклетки, а также показателей иммунного статуса и овариальной функции у женщин на пике стимулированной суперовуляции, показала принципиальную возможность использования выделенных диапазонов отдельных признаков в качестве основы для разработки новых подходов раннего прогнозирования эффективности лечения бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий.

Ключевые слова: *вспомогательные репродуктивные технологии, эффективность, прогнозирование.*

Actual aspects of forecasting of efficiency of auxiliary reproductive technologies at women without and with anomalies of development of uterus

S.V. Shijanova

Results of the spent researches testify, that a quantitative estimation of diagnostic value of level cytokines, produced in a microenvironment of a follicle in maturing oocytes and implantations impregnated follicle, and also indicators of the immune status and ovarial to function at women on peak stimulation of superovulation, has shown basic possibility of use of the allocated ranges of separate signs as a basis for working out of new approaches of early forecasting of efficiency of treatment of barreness by means of auxiliary reproductive technologies.

Key words: *auxiliary reproductive technologies, efficiency, forecasting.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аншина М.Б. ДРТ: прошлое, настоящее, будущее / М.Б. Аншина // Проблемы репродукции. – 2012. – № 3. – С. 6–15.
2. Артифесков С.Б. Анализ структуры мужской инфертильности / С.Б. Артифесков, А.А. Артифескова, А.А. Одинцов // Актуальные вопросы урологии и андрологии. – Н. Новгород, 2012. – С. 71–78.
3. Баскаков В.П. Состояние репродуктивной системы женщины при эндометриозе / В.П. Баскаков // Проблемы репродукции. – 2013. – № 2. – С. 15–18.
4. Божедомов В.А. Этиология и патогенез мужского аутоиммунного бесплодия. Часть 1 / В.А. Божедомов, О.Б. Лоран, Г.Т. Сухих // Андрология и генитальная хирургия. – 2011. – № 1. – С. 27–33 с.
5. Божедомов В.А. Этиология и патогенез мужского аутоиммунного бесплодия. Часть 2 / В.А. Божедомов, О.Б. Лоран, Г.Т. Сухих // Андрология и генитальная хирургия. – 2012. – № 1. – С. 34–39.
6. Бондарев Д.А. Иммунологический аспект вспомогательных репродуктивных технологий / Д.А. Бондарев, Н.Е. Скорова, Т.Р. Курносова // Андрология и генитальная хирургия. – 2012. – № 2. – С. 30–39.
7. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии / Е.М. Вихляева. – М., 2010. – 708 с.
8. Гаспаров А.С. Трубно-перитонеальное бесплодие у женщин / А.С. Гаспаров, Н.И. Волков, М.Е. Корнеева // Проблемы репродукции. – 2011. – № 5. – С. 43–44.
9. Герасимов А.М. Причины бесплодия при наружном эндометриозе (обзор литературы) / А.М. Герасимов // Проблемы репродукции. – 2012. – № 5. – С. 51–54.
10. Гюдайс Л.С. Имплантирующаяся оплодотворенная яйцеклетка и материнский организм / Л.С. Гюдайс // Проблемы эндокринологии. – 2012. – № 5. – С. 30–32.
11. Гилязутдинов И.А. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве. Руководство для врачей / И.А. Гилязутдинов. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 416 с.
12. Горюнов В.Г. Причины и признаки мужского бесплодия / В.Г. Горюнов, Б.Н. Жиборев, В.В. Евдокимов. – Рязань, 2010. – 236 с.

Матеріали науково-практичного семінару
з міжнародною участю
**«Здоров'я матері, плода
та новонародженого в Україні»**

12 листопада 2014 року, м Київ

Оптимизация проведения вспомогательных репродуктивных технологий при наличии гиперандрогении у женщин

М.М. Адамов

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

Целью научного исследования было восстановление репродуктивной функции у женщин с гиперандрогенией разного генеза на основе изучения у них клинико-функциональных и эндокринологических особенностей, а также усовершенствования и внедрения алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий с использованием ДРТ. Для решения поставленной цели нами было обследовано 126 пациенток с нарушением генеративной функции (бесплодие первичное, вторичное, ранние потери беременности) на фоне клинических и биохимических проявлений ГА. В основе первичного распределения пациенток на группы руководствовались наличием или отсутствием ожирения. Известно, что жировая ткань является местом позагонадного синтеза андрогенов. Кроме того, в исследование включены здоровые женщины репродуктивного возраста (средний возраст – $27,9 \pm 1,9$), из них 15 – с нормальной массой тела (ИМТ < 25, средний возраст – $27,2 \pm 1,8$) и 15 – с экзогенно-конституциональным ожирением (ИМТ > 25, средний возраст $26,7 \pm 2,1$), которые составили контрольную группу. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности предложенного алгоритма дифференцированного подхода к проведению ДРТ у женщин с ГА с учетом не только генеза ГА, но и наличия сопутствующего ожирения, метаболического синдрома и синдрома поликистозных яичников. Представленные данные позволяют рекомендовать усовершенствованный алгоритм для широкого использования в кабинетах и клиниках репродуктологии.

Шляхи зниження післяабортних ускладнень у дівчаток-підлітків з використанням місцевої корекції

С.М. Бакшеев

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

Метою справжнього наукового дослідження є розробка комплексу лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів для зниження числа післяабортних ускладнень у дівчаток-підлітків. Для вирішення поставленої мети було проведено комплексне клініко-лабораторне і соціальне обстеження 100 дівчаткам-підліткам, які живуть статевим життям і були розподілені на дві групи: 50 дівчаток-підлітків, які переривали вагітність шляхом артіфіційних абортів (основна група) і 50 дівчаток-підлітків, що використовують різні види контрацепції.

У комплекс пропонуваніх лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів у жінок основної групи були включені антибактеріальні препарати, корекція мікробіоценозу статевих шляхів і психотерапевтична дія. Результати проведених досліджень показали, що до основних чинників інфекційного ризику післяабортних ускладнень у дівчаток-підлітків необхідно віднести перенесені раніше запальні процеси статевих органів (58,0%) і хронічну патологію нирок і сечовивідних шляхів (24,0%). Включення в комплекс лікувально-профілактичних заходів препарату поліжинакс дозволяє попередити розвиток інфекційних ускладнень і провести корекцію стану мікробіоценозу статевих шляхів. Обов'язковим додатковим компонентом є консультація медичного психолога і при необхідності відповідна корекція.

Вплив йоддефіцитних захворювань на тактику лікування безпліддя

Д.Ю. Берая

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

Метою роботи було зниження частоти гінекологічної захворюваності і порушень репродуктивної функції в жінок із йоддефіцитними захворюваннями щитовидної залози (ЩЗ) на підставі вивчення основних ехографічних, ендокринологічних і імунологічних змін, а також удосконалення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів. Дослідження були проведені в два етапи: спочатку ми вивчали основну генітальну патологію у жінок з йоддефіцитними захворюваннями (ЙДЗ), а потім причини і структуру жіночого безпліддя. Результати проведених досліджень свідчать, що йоддефіцитні захворювання у жінок репродуктивного віку, є однією з причин високого рівня гінекологічної захворюваності і порушень репродуктивної функції. Використання вдосконаленого нами алгоритму дозволяє не лише знизити гінекологічну захворюваність, але і підвищити ефективність лікування жіночого безпліддя.

Навчальні аспекти підготовки лікарів до проведення партнерських пологів

С.Ю. Вдовиченко

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

Метою даного наукового дослідження є навчально-методологічне оцінювання стосунку лікарів акушер-гінекологів до партнерських пологів. Для вивчення особливостей відношення акушерів-гінекологів до практики партнерських пологів з врахуванням прийнятих до анкетування в соціології вимог була складена і використана анкета, що включала 20 закритих альтернативних питань / тверджень. Нами вивчений розподіл відповідей 100 респондентів з різним стажем роботи (50 – зі стажем роботи до 10 років і 50 – більше 10 років) на питання про те, позитивне або негативне явище практика партнерських пологів і що вона з себе представляє в контексті ліберально-демократичних змін, що відбуваються, в акушерстві. Опит проводився під час проходження лікарями акушер-гінекологами передатестаційних циклів і циклів тематичного удосконалення. Отримані результати ми вважали за можливе використовувати в удосконаленні учебного процесу. Проведене дослідження показало неоднозначне відношення акушерів-гінекологів, особливо спеціалістів, до партнерських пологів, а також різне розуміння і не сформовані уявлення відносно багатьох аспектів подібних пологів. Отримані результати передбачають, разом з подальшому дослідженням проблеми, виключення форсування широкого впровадження партнерських пологів в акушерську практику. У даному аспекті необхідне наукове обґрунтування можливості використання сімейно-орієнтовних технологій при розродженні жінок без і з чинниками ризику. Зміна психології лікарів акушер-гінекологів з різним стажем роботи можливо лише під впливом конкретних прикладів поліпшення показників материнського травматизму і перинатальної патології при раціональному веденні партнерських пологів.

Питання діагностики аномалій матки і піхви до вагітності

Ю.С. Воліна-Стахорна

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Метою справжнього наукового дослідження є вивчення особливостей клінічної діагностики вроджених аномалій матки (ВАР) матки і піхви. Відповідно до поставленої мети було обстежено 91 дівчину і дівчину у віці 10–18 років з ВАР матки і піхви (1 група). Результати проведених досліджень свідчать, що використання лише клінічних методів діагностики дозволяє встановити наявність природжених аномалій розвитку матки і піхви у 30,6% пацієнток. У 34,1% спостережень діагностика була сумнівною, а в 35,3% випадків діагноз аномалій розвитку матки і піхви не був встановлений. Отримані результати свідчать про необхідність удосконалення алгоритму діагностичних заходів з включенням сучасних методів діагностики – ехографія і ендоскопія.

Питання змін ендокринологічного статусу при гіперпластичних процесах ендометрія

Д.М. Гаврюшов

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

У нашій роботі було обстежено 86 жінок репродуктивного і перименопаузального періоду у віці 22–52 років. Всім хворим було проведено клініко-лабораторне обстеження: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові, бактеріологічне дослідження мазків, радіоімунологічні методи (визначення естрадіолу (Ег), Прогестерону (Пр)), ультразвукове дослідження органів малого тазу, гістероскопія з прицільною біопсією тканин ендометрія, морфологічне дослідження зскрібків, імуногістохімічні дослідження (рецептори Ег, Пр в залозах і клітинах строми ендометрія), методом імуногістохімії. Результати проведених досліджень свідчать, що проблема ведення хворих з гіперпластичними процесами ендометрія є актуальною, представляє науковий інтерес. Вирішення даної проблеми можливе шляхом вдосконалення консервативних методів терапії, що дозволило б проводити патогенетично обґрунтовану терапію даних станів залежно від форми гіперпластичного процесу. При поліпах ендометрія підвищується переважно рівень Прогестерону крові, при гіперпластичних процесах – рівень естрогену крові, що може використовуватися при диференційній діагностиці даних форм гіперпластичних процесів надалі.

Актуальні питання оперативного лікування поєднаної патології матки: порівняльні аспекти

Е.С. Гладенко

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Метою справжнього наукового дослідження є вивчення порівняльних аспектів різних методів лікування поєднаної патології матки. Для вирішення поставленої мети було обстежено 175 хворих з поєднаною патологією матки, яких було розподілено на дві групи залежно від використовуваних методів лікування: 1 група – 64 пацієнтки, що отримувала різні варіанти консервативного лікування до 6 місяців (гестагени, аналоги лютеїнізуючого релізінг-гормону); 2 група – 111 хворих, що перенесли різні варіанти оперативного лікування (від односторонньої аднексектомії до екстирпації матки з придатками). Результати проведених досліджень свідчать, що використання різних методів лікування поєднаної патології матки призводить до зміни частоти і ступеня вираженості основних клінічних проявів даної патології, причому для кожного варіанту лікування характерні свої специфічні особливості. Отримані результати дозволяють використовувати диференційований підхід для кожної конкретної пацієнтки з врахуванням можливих ускладнень як консервативного, так і оперативного лікування поєднаної патології матки.

Патологічна прибавки маси тіла – як фактор ризику ускладнень вагітності

Т.М. Кваскова

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Метою нашого дослідження було вивчити частоту метаболічного синдрому у жінок з ожирінням і впливом його на перебіг вагітності і пологів.

Під спостереженням знаходилися 120 вагітних жінок з ожирінням. Контрольну групу склали 45 вагітних без ожиріння. Критеріями включення в дослідження були вагітні з аліментарно-конституціональним ожирінням, індекс маси тіла у них склав >30 кг/м². Результати проведених досліджень свідчать, що частота метаболічного синдрому у жінок з ожирінням складає 89,2%. Метаболічний синдром несприятливо відбивається на перебігу вагітності і пологів, що є причиною значного збільшення частоти оперативних втручань, особливо розродження шляхом операції кесарева розтину. Проведений аналіз дає підстави відносити вагітних з метаболічним синдромом до групи високого ризику по ускладненнях на розвиток вагітності, стан плода і перебігу пологів, що вимагає ретельного обстеження жінок з ожирінням за участю ендокринолога.

Багатоводдя – як фактор ризику або наслідок плацентарної дисфункції

І.Д. Кондратенко

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

Метою дослідження було зниження частоти перинатальної патології у жінок з багатоводдям на основі вивчення клінічних, ехографічних, мікробіологічних і морфологічних досліджень, а також розробки і впровадження вдосконаленого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів. Відповідно до поставленої мети і завдань під нашим спостереженням знаходилося 130 вагітних з хронічним багатоводдям (1 група). 2 групу склали 100 вагітних жінок з хронічним багатоводдям, які отримували розроблений нами алгоритм діагностичних та лікувально-профілактичних заходів. За контроль було взято 100 жінок, в яких вагітність протікала без хронічного багатоводдя. Результати проведених досліджень свідчать, що багатоводдя є серйозним ускладненням вагітності і пологів як для матері, так і плода. Використовувані в даний час методи діагностики хронічного багатоводдя на його доклінічній стадії є не завжди достовірними, засоби профілактики і лікування вагітних з даною патологією у ряді випадків недостатньо ефективними. Уточнення особливостей патогенезу багатоводдя з використанням нових технологій, подальша розробка методів діагностики, профілактики і лікування продовжують залишатися актуальними, оскільки дозволяють знизити частоту акушерських ускладнень, а також поліпшити перинатальні результати.

Вплив недиференційованої дисплазії сполучної тканини на результати розродження

А.Л. Костюк

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Мета дослідження – вивчити особливості перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду і стану новонароджених при різному ступені вираженості недиференційованої дисплазії сполучної тканини.

Відповідно до поставлених за мету дослідження був проведений аналіз акушерсько-гінекологічного і соматичного здоров'я включених в дослідження жінок, для чого були вивчені 172 історії пологів пацієнток. Всіх пацієнток було розподілено на дві групи: 1 групу (основну) склали вагітні з фенотипічними ознаками НДСТ від 6 балів і більш. 2 групу (порівняння) склали вагітні з фенотипічними ознаками НДСТ до 6 балів. У дослідження було включено 160 пацієнток (випадок-контроль) по 80 вагітних в кожній досліджуваній групі. Результати проведеного дослідження свідчать про високу частоту розвитку ускладнень протягом вагітності при НДСТ у вигляді раннього токсикозу, загрози переривання в різні терміни. Крім того, була відмічена висока частота плацентарної дисфункції (ПД) і невчасного вилуви навколоплідних вод. Окрім високої частоти акушерських ускладнень у вагітних з НДСТ, аналіз перебігу раннього неонатального періоду в їх новонароджених також виявив високу частоту розвитку ускладнень. На підставі проведеного кореляційного аналізу був встановлений взаємозв'язок між наявністю варикозу з вагітності, що не розвивається, в анамнезі і відшаруванням хоріону. Вищезгадане свідчить про значимий внесок НДСТ у розвиток акушерських і перинатальних ускладнень, обґрунтовує доцільність проведення подальших досліджень для визначення ранніх несприятливих прогностичних ознак розвитку даних ускладнень, а також розроблення профілактичних заходів.

Питання відновлення менструальної функції після консервативної міомектомії

О.О. Літвак

Науково-практичний центр профілактичної і клінічної медицини
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
м. Київ

Метою справжнього наукового дослідження є вивчення особливостей менструальної функції жінок після консервативної міомектомії. Для вирішення поставленої мети нами проведено обстеження 100 пацієнток репродуктивного віку з лейоміомою матки. Середній вік пацієнток склав $35,7 \pm 3,7$ року. Результати проведених досліджень свідчать, що консервативна міомектомія є одним з найбільш прийнятних варіантів оперативного лікування лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку, особливо до 40 років. Отримані результати дозволяють відзначити позитивний вплив перенесеної операції на відновлення порушеної менструальної функції, особливо при адекватно підібраній реабілітаційній терапії.

Актуальні питання перинатальної патології у жінок з варикозною хворобою
Л.В. Манжула

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

Метою наукового дослідження було вивчення впливу ВХ у жінок на розвиток перинатальних ускладнень. Основним об'єктом спостережень і досліджень з'явилися жінки з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок і його ускладненнями, у вигляді тромбофлебіту, що виникли під час вагітності і післяпологовому періоді. Нами обстежено 200 вагітних жінок, з яких 150 склали основну групу, до контрольної групи увійшли 50 вагітних жінок, які не страждають варикозним розширенням вен нижніх кінцівок. Результати проведених досліджень свідчать про високу частоту акушерської і перинатальної патології у жінок з ВХ вен нижніх кінцівок, причому з переважанням невиношування вагітності і плацентарної дисфункції. Отримані результати диктують необхідність подальшого вивчень цієї наукової проблеми для розробки і впровадження вдосконаленого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Тактика хірургічного лікування різних форм генітального ендометріозу
П.М. Прудніков
Національна медична академія післядипломної освіти імені
П.Л. Шупика, м. Київ

Метою роботи було вивчення найближчих і віддалених наслідків хірургічного лікування хворих з ендометріодною хворобою. Клінічні дослідження були виконані у 90 жінок з поширеними формами ендометріозу, яких було розподілено на три групи: до 1 групи входили 30 жінок з ушкодженням ендометріозом яєчників, матки, очеревини малого тазу і маткових труб. 2 група склали 30 жінок з аденіоміозом і ретроцервікальним ендометріозом. 3 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. 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 ранньому післяопераційному періоді і проведенню протирецидивного лікування.

Тактика лікування безпліддя та розвиток передчасних пологів
Я.А. Рубан
**Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
 м. Київ**

Метою справжнього наукового дослідження є вивчення особливостей передчасних пологів після ДРТ. Ми не ставили своїм завданням проаналізувати ефективність різних методів ДРТ, а лише дати оцінку клінічного перебігу III триместру вагітності і пологів. Для вирішення поставленої мети було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 50 пацієнток після ДРТ, яких було проведено в різних лікувальних установах. При цьому, методами лікування безпліддя були стандартна програма екстракорпорального запліднення (ЕКЗ); трансцервікальне перенесення гамет (ГФТ) і зигот (ЗІФТ) в маткові труби (трубу); програма донації ооцитів (ЕКЗ-ОД), а також ЕКЗ у поєднанні з ICSI (інтрацитоплазматичною ін'єкцією сперматозоїда). Отримані дані свідчать, що в III триместрі перебіг вагітності, що настала після ДРТ досить часто характеризується такими ускладненнями, як преєклампсія, анемія, плацентарна недостатність і передчасні пологи, частота яких залежить від числа вагітностей, причин безпліддя і віку вагітної. Значення цих показників в істотній мірі і обумовлюють як підвищення частоти недоношування, так і пов'язане з нею зниження ефективності попереднього лікування безплідних подружніх пар. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму прогностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Вплив аномалій розвитку статевих органів на репродуктивну функцію жінок
А.П. Садовий
Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика, м. Київ

Мета справжнього дослідження – вивчити особливості безпліддя у пацієнток пізнього репродуктивного віку. Для вирішення поставленої мети були вивчені основні особливості функціонального стану репродуктивної системи у 200 пацієнток пізнього репродуктивного віку. Результати проведених досліджень свідчать, що середній вік пацієнток коливався від 36 до 49 років, в середньому склавши $40,6 \pm 3,4$ року. Аналіз частоти і особливостей перенесених гінекологічних операцій у 26,5% жінок пізнього репродуктивного віку з безпліддям дозволяє передбачити, що подальше лікування, направлене на відновлення репродуктивної функції в даного контингенту хворих буде зв'язано з певними труднощами і виявиться невисоким по ефективності, що диктує необхідність удосконалення існуючих діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у пацієнток пізнього репродуктивного віку з безпліддям.

Тактика лікування доброякісних новоутворень яєчників при вагітності**Н.П. Сухоставець****Медичний інститут Сумського державного університету МОН України**

Метою справжнього наукового дослідження з'явилося вивчення сучасних аспектів діагностики і лікування пухлин яєчників при вагітності. Для вирішення поставленої мети було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 30 пацієнток, прооперованих під час справжньої вагітності з приводу доброякісних пухлин яєчників. До комплексу проведеного обстеження були включені загальноклінічні, біохімічні, ехографічні і кардіо-ографічні методи дослідження. Результати проведених досліджень свідчать, що діагностика доброякісних пухлин яєчників у вагітних жінок є досить утрудненою із-за невираженості клінічної симптоматики і часто є знахідкою при гінекологічному і ехографічному обстеженні. Основним методом лікування даної патології є оперативний, причому переважно в об'ємі – резекція яєчника. Дуже важливим є високий рівень подальших акушерських і перинатальних ускладнень у жінок, прооперованих під час вагітності з приводу пухлин яєчників. Це диктує необхідність розробки специфічних діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Особливості ведення багатоплідної вагітності**Т.А. Шинкарук****Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика, м. Київ**

Мета нашого дослідження – аналіз та порівняльна характеристика репродуктивного анамнезу, розвитку ускладнень, перебіг пологів та перинатальні наслідки багатоплідних вагітностей після застосування допоміжних репродуктивних технологій. Проведено проспективний клініко-статистичний аналіз протікання вагітності, пологів та перинатальні наслідки багатоплідних вагітностей, що наступили внаслідок застосування допоміжних репродуктивних технологій та самовільних багатоплідних гестацій, які отримували загальноприйнятні лікувально-організаційні заходи. З метою цього було проаналізовано ведення 30 випадків багатоплідних гестацій після застосування допоміжних репродуктивних технологій (I група) та 25 випадків самовільних багатоплідних вагітностей (II група). Отримані результати свідчать, що наявність таких ускладнень перебігу вагітності як: загроза переривання вагітності в різні терміни, прееклампсія різних ступеней важкості, плацентарна недостатність з порушенням кровообігу в системі мати-плацента-плід, а також народження маловагових дітей з низькою оцінкою при народженні за шкалою Апгар, перевод на II етап лікування та неонатологічні ускладнення відображають перебіг таких гестацій. Отримані дані свідчать про необхідність більш раннього застосування до-

поміжних репродуктивних технологій при неплідності. Адже в досліджуваній групі цей показник склав 8,2 роки неплідності, лікованої чи ні, але ці роки безповоротно втрачені для подружньої пари. Звертає також на себе увагу кількість оперативного розродження (шляхом операції кесарева розтину) у майже всіх жінок I групи, причому рівень неонатальних ускладнень значно переважає контрольну групу. Підготовка подружніх пар до застосування допоміжних репродуктивних технологій, ретельне обстеження та корегування гінекологічної та екстрагенітальної патології, розробка та практичне застосування рекомендації по веденню багатоплідних гестацій та вибору оптимального методу розродження та співдружній роботі центрів репродуктивної медицини з лікувальними установами з надання акушерської допомоги є резервом для зниження рівня ускладнень вагітності та пологів, а також неонатологічних ускладнень у жінок з багатоплідною вагітністю.

Наукове видання

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ
СПІВРОБІТНИКІВ
НМАПО імені П.Л. ШУПИКА**

Випуск 23, книга 6 (частина 2)

Головний редактор:
академік НАМН України, професор
Ю.В. Вороненко
Науковий редактор: член-кор. НАМН України, д.мед.н., проф.
Ю.П. Вдовиченко

Художній і технічний редактор:
Л.В. Сухих

Комп'ютерне упорядкування та верстка: **А.О. Бондаренко**

Редактор англ. резюме: к.пед.н., доцент **Л.Ю. Лічман**

Замовник та видавець: НМАПО імені П.Л. Шупика

Адреса для листування: Україна, 04112, м. Київ-112, вул. Дорогожицька, 9
Адреса редакції: Україна, 04112, м. Київ-112, вул. Дорогожицька, 9, кім. 403,
тел./факс (044) 440-61-92
e-mail: nmapo403@ukr.net

Формат 60x84/16. Папір офсетний. Гарнітура Peterburg. Друк офсетний.
Обл. видав. арк. – 26,16. Ум.-друк.арк. – 17,46.
Друк ТОВ «Медичний видавничий дім «Професіонал»»
Тел./факс: (044) 220-15-41