



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, 2015 р. – 248 с.**

24 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. Козиняк** - д.мед.н., проф.; **Ю.М. Кондратенко** - д.мед.н., проф.; **Б.П. Криштопа** - д.мед.н., проф.; **Г.І. Лисенко** - д.мед.н., проф.; **В.І. Мамчич** - д.мед.н., проф.; **О.В. Павленко** - д.мед.н., проф.; **Є.Г. Педатченко** - член.-кор. НАМН України, проф.; **М.Є. Поліщук** - член.-кор. НАМН України, проф.; **В.А. Попов** - д.мед.н., проф.; **М.Г. Проданчук** - член.-кор. НАМН України, проф.; **М.С. Пономаренко** - д.мед.н., проф.; **С.О. Риков** - д.мед.н., проф.; **А.П. Радзіховський** - д.мед.н., проф.; **М.М. Сергієнко** - член.-кор. НАМН України, проф.; **О.О. Тимофеев** - д.мед.н., проф.; **О.В. Ткаченко** - д.мед.н., проф.; **Ю.І. Фещенко** - академік НАМН України, проф.; **Н.В. Харченко** - д.мед.н., проф.; **Н.І. Швець** - д.мед.н., проф.; **Н.М. Шуба** - д.мед.н., проф.

РЕКОМЕНДОВАНО: *Вченою радою Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, Протокол №6 від 17.06.15 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, 2015

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ імені П.Л. ШУПИКА

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ СПІВРОБІТНИКІВ НМАПО імені П.Л. Шупика

ВИПУСК 24

КНИГА 6

(Частина 1)

Київ – 2015

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, 2015; 248 p.**

The 24st collected transactions appear in 6 books. The 6d 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. Radzikhovskiy** - M.D., Ph.D., Professor; **M.M. Sergienko** - Associate Member of the NAMS, Professor; **O.O. Tymofeyev** - M.D., Ph.D., Professor; **O.V. Tkachenko** - M.D., Ph.D., Professor; **Yu.I. Feshchenko** - Academician of the NAMS, Professor; **N.V. Kharchenko** - M.D., Ph.D., Professor; **N.I. Shvets** - M.D., Ph.D., Professor; **N.M. Shuba** - M.D., Ph.D., Professor.

IS RECOMMENDED:

by Scientific Council of the National Medical Academy of Post-Graduate Education named after P.L.Shupyk, Health Ministry of Ukraine
The minutes № 6, 17.06.2015

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, 2015**

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 24

BOOK 6

(Part 1)

Kyiv – 2015

ЗМІСТ

АКУШЕРСТВО

Актуальні питання плацентарної дисфункції при внутрішньоутробному інфікуванні та маловодді <i>І.О. Басюга</i>	10
Дискуссионные вопросы партнерских родов с точки зрения их участников <i>С.Ю. Вдовиченко</i>	16
Акушерські та перинатальні наслідки розродження жінок з лейоміомою матки <i>В.І. Гузь</i>	21
Вплив надлишкової прибавки маси тіла під час вагітності та метаболічного синдрому на морфологічні зміни фетоплацентарного комплексу <i>В.І. Бойко, Т.М. Кваскова</i>	26
Шляхи зниження перинатальної патології при багатоводді <i>І.Д. Кондратенко</i>	33
Акушерські і перинатальні результати у пацієнток з недиференційованою дисплазією сполучної тканини <i>А.Л. Костюк</i>	38
Вплив екстрагенітальної патології на результати розродження жінок, які багато народжують <i>Л.В. Манжула</i>	44
Профілактика перинатальної патології при багатоплідній вагітності <i>О.В. Мельник</i>	49
Профилактика преэклампсии и преждевременных родов у многорожавших женщин <i>Е. Набхан</i>	54
Повторний кесарів розтин з позицій перинатальних наслідків та партнерських пологів <i>І.П. Нецкарь</i>	59
Прогностичне значення факторів ризику при домінуванні андрогенів при яєчниковій дисфункції для настання та перебігу вагітності <i>М.Є. Яроцький, Л.М. Семенюк</i>	63
Шляхи зниження перинатальної патології у жінок з патологічним прелімінарним періодом на фоні плацентарної дисфункції <i>С.Я. Ткачик</i>	69
Основні аспекти загальноприйнятої тактики ведення багатоплідної вагітності <i>Т.А. Шинкарук</i>	73
Сучасні погляди на проблему патологічної прибавки маси тіла при вагітності <i>С.О. Остафійчук, Н.І. Генік</i>	82

ГІНЕКОЛОГІЯ

Влияние перенесенной патологии шейки матки на тактику вспомогательных репродуктивных технологий <i>М.М. Адамов</i>	90
Порівняльні аспекти використання гормональної контрацепції у молодих жінок з ектопією шийки матки, які не народжували <i>Н.В. Адамчук</i>	96
Профілактика невиношування вагітності у жінок з запальними захворюваннями статевих органів після першого медичного аборту <i>С.М. Бакшеев</i>	100
Особенности репродуктивной системы у пациенток с наружным генитальным эндометриозом на фоне гипотиреоза <i>Д.Ю. Берая</i>	105
Роль ехографічних досліджень у діагностиці аномалій розвитку матки і піхви до та під час вагітності <i>В.І. Бойко, Ю.С. Воліна-Стахорна</i>	111
Роль гістероскопії в діагностиці поєднаної патології матки <i>М.Л. Кузьоменська, С.Е. Гладенко</i>	116
Влияние консервативной миомэктомии на менструальную функцию женщин <i>А.А. Довгань</i>	122
Профилактика нарушенной менструальной функции у девочек, родившихся от матерей с плацентарной дисфункцией <i>Т.С. Зорина</i>	128
Роль ендоскопічних технологій в діагностиці і лікуванні аномалій розвитку матки <i>А.В. Заболотін</i>	132
Роль патології грудних залоз у клінічному перебігу генітального ендометріозу <i>Б.М. Лисенко</i>	137
Профілактика новоутворень яєчників у жінок репродуктивного віку після гістеректомії <i>Є.В. Мотренко</i>	141
Значення екстрагенітальної патології в генезі передменструального синдрому <i>Л.В. Пахаренко</i>	145
Актуальні питання тактики ведення жінок репродуктивного віку при поєднанні патології грудних залоз та яєчників <i>О.А. Полюлях</i>	150
Сучасні аспекти ендоскопічної діагностики та лікування аденоміозу <i>П.М. Прудніков</i>	154

Вплив віку понад 40 років на функціональний стан репродуктивної системи жінок	
<i>Т.В. Лещева, К.Л. Романенко</i>	158
Вплив дворогої та сідловодної матки на репродуктивну функцію жінок	
<i>А.П. Садовий</i>	162
Перинатальні наслідки плацентарної дисфункції у жінок з аномаліями розвитку матки	
<i>М.О. Сазонова</i>	166
Шляхи зниження гестаційних ускладнень у жінок, прооперованих з приводу доброякісних новоутворень яєчників під час вагітності	
<i>В.І. Бойко, Н.П. Сухоставець</i>	169
Клінічне значення психосоматичних порушень у постменопаузальний період	
<i>В.А. Шамрай</i>	173
Нова тактика хірургічного лікування рецидивуючого цистоцеле	
<i>В.В. Яцентюк</i>	178

БЕЗПЛІДДЯ

Тактика допоміжних репродуктивних технологій при поєднанні чоловічого і жіночого безпліддя з урахуванням віку пацієнтів	
<i>А.С. Дарій</i>	184
Шляхи підвищення ефективності допоміжних репродуктивних технологій при поєднаній патології матки	
<i>Г.В. Колесник</i>	190
Репродуктивні наслідки різних варіантів операцій при безплідді у жінок з лейоміомою матки	
<i>О.О. Літвак</i>	195
Прогнозування перинатальної патології після допоміжних репродуктивних технологій	
<i>Д.М. Масло</i>	200
Профілактика невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій у пацієнок із гіперпролактинемією в анамнезі	
<i>І.Є. Палига</i>	205
Особливості тактики допоміжних репродуктивних технологій у жінок різного віку з генітальною патологією	
<i>Я.А. Рубан</i>	209
Основні причини невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій у жінок з імуногенетичними факторами безпліддя	
<i>С.В. Шиянова</i>	214

РІЗНЕ

Мультидисциплінарний підхід на кафедрі сімейної медицини: пріоритети та перспективи	
<i>С.Ю. Вдовиченко</i>	218
Застосування сучасних методів активного навчання для оптимізації безперервного професійного розвитку лікаря	
<i>В.Д. Воробій</i>	225
Роль зовнішніх факторів у формуванні кваліфікованих спеціалістів	
<i>С.Ю. Вдовиченко, В.Д. Воробій</i>	229

Матеріали науково-практичного семінару з міжнародною участю «Здоров'я матері, плода та новонародженого в Україні»

14 травня 2015 року, м. Київ

232

УДК 618.3-07-08-06:618.33-022:618.36-008.6

Актуальні питання плацентарної дисфункції при внутрішньоутробному інфікуванні та маловодді

І.О. Басюга

Івано-Франківський національний медичний університет МОЗ України

Результати проведених досліджень свідчать про необхідність усім вагітним при внутрішньоутробному інфікуванні проводити ультразвукове дослідження в 24–26 тиж вагітності для визначення локалізації і товщини плаценти, її ехоструктури, ступеню зрілості та доплерометричне дослідження кривих швидкостей кровообігу в маткових артеріях і судинах пуповини, в венозній протоці для ранньої діагностики плацентарної дисфункції інфекційного генезу. Для профілактики акушерських і перинатальних ускладнень у вагітних необхідно використовувати додатково до загальноприйнятих рекомендацій тіворгін, хофітол або есенціале в загальноприйнятих дозуваннях курсами по 14–21 днів в наступні терміни вагітності: 18–20; 28–30 та 36–38 тиж вагітності. З метою контролю за ефективністю проведених лікувально-профілактичних заходів, крім функціональних методів дослідження, з 22 тиж вагітності необхідно визначати в сироватці крові рівень плацентарного лактогену, естріолу та прогестерону, а також та стан мікробіоценозу статевих шляхів та кишечника, як маркерів ефективності проведеної терапії.

Ключові слова: внутрішньоутробне інфікування, плацентарна дисфункція, діагностика, корекція.

Внутрішньоутробна інфекція (ВУІ) є однією з провідних причин перинатальної захворюваності і смертності, що пов'язано із стійкою тенденцією до погіршення здоров'я населення, зростанням чисельності інфекційних захворювань [1, 4–6]. Наявність у вагітної жінки осередку інфекції завжди є фактором ризику для розвитку патологічних станів плода, інфекційних захворювань, плацентарної дисфункції (ПД), мертвонароджень, невиношування, природжених вад і ін. [2, 3]. Відомо, що наявність вогнищ персистуючої інфекції в організмі матері є одним із факторів ризику розвитку ВУІ плода, але це не означає, що в його організмі обов'язково має виникнути інфекційно-запальний процес [4–6]. Останнє обумовлює той факт, що загальноприйняті методи скринінгу, оцінки стану матері і плода з метою прогнозування ВУІ плода далеко не завжди можуть бути використані в якості об'єктивних критеріїв діагностики вказаної патології.

У вітчизняній та іноземній медицині розповсюдженні різноманітні методи клініко-лабораторної та інструментальної діагностики ВУІ плода, які включають ідентифікацію збудників за допомогою мікроскопії і культурального

виділення, детекції антигенів інфекційних патогенних агентів з використанням методів прямої і непрямой імунофлуоресценції, ПЦР, а також різних серологічних методів дослідження [2]. В якості лабораторних методів дослідження додатково визначаються маркери запалення. В той же час, в клінічній практиці широко використовується оцінка стану плода і фетоплацентарного комплексу із застосуванням кардіомоніторного спостереження за плодом, ультразвукової фетометрії, доплерометрії, макро- і мікродослідження плаценти у вагітних групи ризику по ВУІ [3].

З огляду на неспецифічність клінічних проявів інтраамніальної інфекції і внутрішньоутробного інфікування під час вагітності, діагностика цієї патології в більшості випадків утруднена і можлива лише в результаті поєднання клініко-лабораторних і функціональних методів дослідження. Крім інфекційного фактора основними патогенетичними механізмами порушення стану плода при ВУІ є дисфункція фетоплацентарного комплексу і порушення імунної системи матері і плода, а також зміни мікробіоценозу статевих шляхів та кишечника [1, 5].

Торкаючись питань патогенезу розвитку ВУІ плода, необхідно відмітити, що останніми роками важлива роль відводиться так званому синдрому системної запальної відповіді, що викликає стереотипний комплекс системних метаболічних розладів в організмі матері, недостатності антиоксидантних систем крові в патогенезі аутоінтоксикації матері та плода, підвищенні проникнення гістогематичних бар'єрів, в тому числі, й судин фетоплацентарного комплексу для інфекційних патогенних агентів, і в індукції розвитку ВУІ плода. Недостатня ясність в етіології та патогенезі ВУІ плода визначає й відсутність в ряді випадків ефективності комплексної терапії [4, 6].

Наведене вище підтверджує очевидність необхідності подальшої деталізації уявлень про етіологію і патогенез розвитку ВУІ плода, в тому числі, характеру системних метаболічних розладів у матері як проявів преїмунної відповіді і продромального синдрому. Останнє дозволить розробити нові принципи ранньої діагностики ВУІ плода і, відповідно, визначити тактику ведення вагітних і розродження при цій патології.

Мета дослідження: зниження частоти акушерської та перинатальної патології при внутрішньоутробному інфікуванні плода на підставі вивчення особливостей функціонального стану фетоплацентарного комплексу, системного імунітету і мікробіоценозу статевих шляхів та кишечника, а також розробки і впровадження комплексу лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети нами було обстежено 150 пацієнток, серед яких 100 вагітних з ВУІ, яких було розподілено на такі групи:

I група – 50 вагітних, які одержували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи.

II група – 50 вагітних, які одержували запропоновану нами методику.

Контрольну групу склали 50 вагітних, які народжували вперше, без акушерської і соматичної патології, розроджених через природні пологові шляхи.

До основних факторів ризику ВУІ ще до вагітності ми відносили відповідно

до рекомендацій літератури [1, 4, 5] такі: наявність урогенітальної інфекції; хронічні запальні процеси нирок і репродуктивної системи; репродуктивні втрати в анамнезі інфекційного генезу.

Загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи містили в собі використання за показниками антибактеріальних препаратів; комплекси вітамінів і мікроелементів; засоби, що покращують мікроциркуляцію; імунокоригуючу терапію і за показниками антибактеріальну та противірусну терапію [4].

Відмінними рисами запропонованої нами методики є застосування препаратів – тивортін, хофітол або есенціале в загальноприйнятих дозуваннях курсами по 14–21 днів в наступні терміни вагітності: 18–20; 28–30 та 36–38 тиж вагітності.

Тривалість і якість проведення лікувально-профілактичних заходів залежала від результатів додаткових методів дослідження: ехографії, доплерометрії, КТГ, БПП, оцінки ендокринологічного статусу, які динамічно використовувалися після 20 тиж вагітності.

При виборі методу розродження особливу увагу приділяють віку пацієнток, їх анамнезу, стану плода та готовності пологових шляхів. Програмовані пологи проводились тільки при готовності пологових шляхів та задовільному стані плода за показниками функціональної діагностики. Обов'язковим моментом являлась попередня амніотомія та динамічне кардіомоніторне спостереження. Найбільш адекватним методом знеболювання пологів, у цих вагітних, є перидуральна анестезія, яка дозволяє не тільки зняти больові відчуття, пов'язані зі скороченнями матки, і, тим самим, ліквідувати пологовий стрес, але і внаслідок блокади симпатичних нервових волокон, поліпшити регіонарний кровообіг в органах малого тазу та матки, нормалізувати матково-плацентарний кровообіг.

Особливості ведення пологів полягали в обмеженому застосуванні похідних окситоцину, використанні перидуральної анестезії, своєчасній епізіотомії та профілактиці гіпотонічної кровотечі.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що вагітність і пологи у жінок при ВУІ протікають з високою частотою таких ускладнень, як загроза переривання вагітності (48,0%), гестаційна анемія (56,0%), передчасний розрив плодових оболонок (36,0%), загроза передчасних пологів (42,0%), плацентарна дисфункція (68,0%), затримка розвитку плода (ЗРП) – асиметрична форма (24,0%), що обумовлює високу частоту абдомінального розродження (32,0%) у цих вагітних.

Стан новонародженого у жінок при ВУІ характеризується високою частотою асфіксії різного ступеня тяжкості (38,0%, $p < 0,05$), постгіпоксичною енцефалопатією (26,0%; $p < 0,05$); реалізацією інтраамніального інфікування (20,0%; $p < 0,05$); геморагічним синдромом (8,0%; $p < 0,05$) і гіпербілірубінемією (8,0%; $p < 0,05$).

Найбільш вагомими анамнестичними факторами ризику розвитку ВУІ слід вважати наявність в анамнезі високого рівня інфекційних захворювань в дитячому та підлітковому віці, соматичної патології, хронічних запальних процесів

репродуктивної системи: високий рівень запальних захворювань матки і додатків (I група – 70,0% і II група – 76,0%; $p < 0,05$), в 100% випадків в анамнезі у жінок обох груп, присутність хронічної урогенітальної інфекції, високий рівень хронічних запальних процесів сечовивідної системи (I група – 24,0% і II – 26,0%), а також репродуктивні втрати (самовільні викидні, ЗРП, передчасні і термінові пологи мертвим плодом), що спостерігалися в I групі – в 18,0% випадків та в II – 11,0% відповідно).

Особливості формування і функціонування фетоплацентарного комплексу (ФПК) у вагітних з ВУІ характеризуються порушенням гемодинаміки, про що свідчить достовірне збільшення швидкості кровообігу у венозній протоці – ($63,74 \pm 3,55$ см/с проти $38,55 \pm 1,954$ см/с, $p < 0,05$); підвищення пульсового індексу (ПІ) в маткових артеріях – ($1,515 \pm 0,052$ проти $1,345 \pm 0,074$, $p < 0,05$), та підвищення ПІ та ІР в мозкових артеріях – ($1,466 \pm 0,051$ проти $1,353 \pm 0,040$, $p < 0,05$); прогресивного зменшення рівня естріолу до $28,5 \pm 2,0$ нмоль/л проти $58,6 \pm 1,8$ нмоль/л; $p < 0,01$, ПЛІ до $201,2 \pm 12,47$ нмоль/л проти $263,3 \pm 18,7$ нмоль/л; $p < 0,05$, П до $499,3 \pm 11,62$ нмоль/л проти $604,4 \pm 16,5$ нмоль/л; $p < 0,05$ та збільшення вмісту К до $812,6 \pm 16,9$ нмоль/л проти $651,4 \pm 14,5$ нмоль/л; $p < 0,01$.

Особливості імунного гомеостазу у вагітних з ВУІ характеризуються дисфункцією імунної відповіді, що проявляється депресією Т-хелперів, Т-кілерів, активних Т-лімфоцитів при збільшенні показників IgG, комплементу та показників Т-супресорів, загальних і активних В-лімфоцитів та вірогідного збільшення імунорегуляторного коефіцієнту до 2,2.

Вивчення мікробіологічного статусу у вагітних при ВУІ виявило наступні дисбіотичні стани піхви: проміжний тип – 26,0%, неспецифічний вагініт – 58,0%, бактеріальний вагіноз – 10,0%; що супроводжувалось підвищенням колонізації умовно-патогенної та транзитornoї флори в діагностично-значимих концентраціях (lg 4–7 КУО/мл на тлі зменшення кількості представників резидентної флори (40%) до lg 5–6 КУО/мл або повною їх відсутності, збільшенням частоти асоціативних форм бактеріального засівання до 86%.

Дисбіоз кишечника у вагітних при ВУІ зустрічався у 82% випадків. Мікробний пейзаж вмісту кишечника у цих пацієнток характеризувався зниженням колонізації резидентною флорою (lg 5–6 КУО/мл), збільшенням або зменшенням E.coli на 1–3 порядки (lg 5–9 КУО/мл) та появою транзитornoї умовно-патогенної флори, колонізація якої не перевершувала lg 4–6 КУО/мл.

Використання запропонованих нами лікувально-профілактичних заходів, направлених на корекцію гормоносинтезуючої функції плаценти, стану системного та місцевого імунітету і покращення матково-плацентарного кровообігу у вагітних при ВУІ, сприяло активації структурних механізмів адаптації плаценти, збереженню морфометричних та дифузійних показників ворсинчастого дерева на рівні стійкої компенсації, що є найважливішим пристосувальним засобом для підтримки життєздатності плода та запобіганню його інфікування. Це дозволило знизити частоту КР в 2,3 разу, передчасного розриву плодових оболонок в 3,6 разу, плацентарної дисфункції в 1,9 разу, затримки росту плода в 1,7 разу, дистресу плода в 4,5 разу, реалізації інтраамніального інфікування в 3,7 разу.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про необхідність всім вагітним при внутрішньоутробному інфікуванні проводити ультразвукове дослідження в 24–26 тиж вагітності для визначення локалізації і товщини плаценти, її ехо-структури, ступеню зрілості та доплерометричне дослідження кривих швидкостей кровотоку в маткових артеріях і судинах пуповини, в венозній протоці для ранньої діагностики плацентарної дисфункції інфекційного генезу. Для профілактики акушерських і перинатальних ускладнень у вагітних необхідно використовувати додатково до загальноприйнятих рекомендацій тивортін, хофітол або ессенціале в загальноприйнятих дозуваннях курсами по 14–21 днів в наступні терміни вагітності: 18–20; 28–30 та 36–38 тижнів вагітності. З метою контролю за ефективністю проведених лікувально-профілактичних заходів, крім функціональних методів дослідження, з 22 тиж вагітності необхідно визначати в сироватці крові рівень плацентарного лактогену, естріолу та прогестерону, а також та стан мікробіоценозу статевих шляхів та кишечника, як маркерів ефективності проведеної терапії.

Актуальные вопросы плацентарной дисфункции при внутриутробном инфицировании и маловодии И.Е. Басюга

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о необходимости всем беременным при внутриутробном инфицировании проводить ультразвуковое исследование в 24–26 нед беременности для определения локализации и толщины плаценты, ее эхо-структуры, степени зрелости и доплерометрическое исследование кривых скоростей кровотока в маточных артериях и сосудах пуповины, в венозном протоке для ранней диагностики плацентарной дисфункции инфекционного генеза. Для профилактики акушерских и перинатальных осложнений у беременных необходимо использовать дополнительно к общепринятым рекомендациям тивортин, хофитол или эссенциале в общепринятых дозировках курсами по 14–21 дней в следующие сроки беременности: 18–20; 28–30 и 36–38 нед. С целью контроля за эффективностью проводимых лечебно-профилактических мероприятий, кроме функциональных методов исследований, с 22 нед беременности необходимо определять в сыворотке крови уровень плацентарного лактогена, эстриола и прогестерона, а также состояние микробиотоза половых путей и кишечника, как маркеров эффективности проводимой терапии.

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

Pressing questions of placental dysfunction at pre-natal infection and less amniotic fluid I.E. Basjuga

Results of the spent researches testify to necessity to all pregnant women at pre-natal infection ultrasonic research to spend to 24–26 weeks of pregnancy for definition of localisation and a thickness of a placenta, its ehostructure, degrees of a maturity and dopplerometrical research of curve speeds of a blood-groove in uterine arteries and

umbilical cord vessels, in a venous channel for early diagnostics of placental dysfunction infectious genesis. For preventive maintenance obstetrical and perinatal complications at pregnant women it is necessary to use in addition to the standard recommendations tivortine, hofitol or esseciale in the standard dosages courses for 14–21 days in following terms of pregnancy: 18–20; 28–30 and 36–38 weeks. For the purpose of control over efficiency of spent treatment-and-prophylactic actions, except functional methods of researches, from 22 weeks of pregnancy it is necessary to define with whey of blood level placental lactogene, estriole and a progesterone, and also a condition microbiocenose of sexual ways and intestines, as markers of efficiency of spent therapy.

Key words: pre-natal infection, placental dysfunction, diagnostics, correction.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Венцківський Б.М., Венцківська І.Б. Організаційні та медичні аспекти проблеми невиношування вагітності / Б.М. Венцківський, І.Б. Венцківська // Невиношування вагітності: Зб.наук.праць. – К., 2007. – С. 45–48.
2. Витушко С.А. Індивідуальна оцінка функції фетоплацентарного комплексу / С.А. Витушко, С.В. Новикова // Проблеми акушерства і гінекології в дослідженнях МОНІАІАГ: Сб: научн. Статей. – М.: Academia, 2010. – С. 130–135.
3. Волобуев А.И. Взаимосвязь между показателями активности некоторых ферментов крови и с состоянием маточно-плацентарного кровотока у беременных с высоким риском перинатальной патологии / А.И. Волобуев, В.А. Бурлев, Э.И. Высоколян // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 1. – С. 38–42.
4. Голота В.Я. Антенатальна охорона плода при передчасних пологах / В.Я. Голота // ПАГ. – 2010. – № 1. – С. 46–47.
5. Гордієнко О.В. Урогенітальна інфекція при вагітності і прогнозування невиношування: Дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01. / О.В. Гордієнко. – К., 1991. – 180 с.
6. Демина Т.Н. Состояние иммунного статуса у женщин с привычным невынашиванием беременности и аутоиммунитетом к хорионическому гонадотропину человека / Т.Н. Демина, Т.И. Слюсарь-Оглюк, И.Т. Говоруха // Зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Фенікс, 2011. – С. 208–211.

Дискуссионные вопросы партнерских родов с точки зрения их участников

С.Ю. Вдовиченко

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что большинство опрошенных женщин считает решение о присутствии мужа на родах правильным и довольно этим решением, поскольку его присутствие помогло им, даже если у мужа и наблюдались выраженные негативные психогенные эффекты. Более сдержано женщины оценивали создание при родах «домашней» обстановки и эффективность проводимой с ними (и их супругом) психопрофилактической подготовки к родам. Эти оценки женщин – потребителей соответствующего вида медицинских услуг целесообразно учитывать при оптимизации организации и проведения партнерских родов в городском родильном доме.

Ключевые слова: партнерские роды, дискуссионные.

В настоящее время защита материнства стала превращаться в реально решаемую государством задачу, поскольку переход к рыночной экономике и обусловленные им социально-экономические преобразования оказали отрицательное влияние на многие медико-социальные аспекты семьи, материнства и детства. На фоне кризисной демографической ситуации наблюдается рост бесплодия в браке, низкая рождаемость, снижающийся уровень общего и репродуктивного здоровья подростков, рост соматической патологии у беременных женщин, низкий уровень нормальных родов, высокие показатели материнской и перинатальной смертности, возрастающее число больных детей [1–5].

Не вызывает сомнений тот факт, что вследствие происшедших либерально-демократических изменений этико-правового регулирования медицинской деятельности стал также активно подниматься вопрос о необходимости гуманизации отечественного акушерства и как один из способов достижения этого предлагаются так называемые партнерские роды, т.е. когда на родах присутствует и/или участвует в них близкий роженнице / родильнице человек, как правило, муж [1–5].

Очевидно, что при наличии действительно позитивных эффектов от присутствия на родах мужа рожавшей женщины целесообразны определенные изменения в существующей системе родовспоможения, которые получили начало преимущественно в крупных городах Украины. Партнерские роды – достаточно новая и мало апробированная социальная практика, которая нуждается в разностороннем анализе, что и определяет актуальность настоящего исследования.

Цель исследования: изучение дискуссионных вопросов партнерских родов с точки зрения их участников.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа выполнялась в клиническом родильном доме № 1 (главный врач – канд. мед. наук Н.П. Гончарук) на основной базе кафедре акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика.

Для достижения поставленной цели было проанализировано результаты анкетирования 100 супружеских пар, которые выбрали партнерские роды при родоразрешении.

Проведенное анкетирование было проведено по общепринятым методологическим подходам с использованием основных принципов доказательной медицины.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Мнения женщин, у которых были партнерские роды, представляются особенно значимыми для оценки целесообразности дальнейшего развития (или, напротив, минимизации или, вообще, отмены) практики подобных родов в нашей стране.

Были изучены данные о том, кто присутствовал на родах у опрошенных женщин, кто принимал решение о «желательности» проведения подобных родов и насколько верным, на взгляд респондентов, было это решение. Полученные данные свидетельствуют, что у подавляющего большинства опрошенных женщин (97,0%) на родах присутствовал только муж и лишь в единичных случаях (3,0%), кроме мужа присутствовала ее мать (этим женщинам на момент родов было менее 20 лет).

Почти в половине случаев (48,0%) решение о присутствии мужа на родах было принято по инициативе жены, а муж выступал инициатором значительно реже – в 17,0% случаев. Единичными были ситуации, когда «подсказали» врачи (3,0%). Обращает на себя внимание, что в трети случаев (32,0%) опрошенные женщины затруднились ответить на вопрос, кто был инициатором присутствия мужа на родах, чаще всего в таких случаях говоря, что «вместе решили», однако и в подобных ситуациях («вместе решили») кто-то должен подать инициативу, в частности, первым завести разговор на эту тему.

Относительно решения о присутствии мужа на родах решение опрошенных женщин было достаточно единодушным: подавляющее большинство (84,0%) посчитали данное решение полностью правильным, еще 4,0% – частично правильным и лишь 4,0% – неправильным, а 7,0% опрошенных затруднились ответить.

Особый интерес представляют мнения женщин относительно того создало ли присутствие мужа на родах более спокойную, «домашнюю» обстановку и помогло ли им его присутствие на родах. По мнению 25,0% опрошенных женщин присутствие мужа на родах создало более спокойную, «домашнюю» обстановку, еще 45,0% ответили, что создало такую обстановку «частично», т.е. 70,0% отметили, что присутствие мужа сделало роды психогенно менее травмирующим. При этом стоит отметить, что положительно отвечая на вопрос о том, создало ли присутствие мужа на родах более спокойную, «домашнюю» обстановку, почти треть из них подчеркивала, что присутствие мужа создало более спокойную, но не «домашнюю» обстановку. Подобное представляется вполне понятным, учитывая, что партнерские роды у всех опрошенных женщин проходили в семейном родильном зале. Для четвертой части опрошенных женщин (28,0%) присутствие мужа на родах не создало более спокойную, «домашнюю» обстановку.

При оценке самочувствия мужа во время партнерских родов нами установлено, что у 68,0% опрошенных женщин муж присутствовал на родах до конца, в остальных случаях (32,0%) – уходил, не дождавшись их окончания. Практически одинаково частыми были ситуации, когда муж присутствовал только в первом периоде (15,0%) и когда он уходил во время 2 периода родов (17,0%). В 83,0%, со слов опрошенных женщин, присутствие на родах ее муж перенес хорошо, в 18,0% во время родов мужу было плохо (причем, как выяснялось при дополнительных уточняющих вопросах, в 10,0% – мужу было «очень плохо»). Представляется, что развивающиеся у мужа нарушения могли трактоваться как «Острая реакция на стресс». При этом в половине случаев, когда мужу становилось плохо, он, тем не менее, до конца присутствовал на родах. Также можно отметить, что даже в тех случаях, когда муж плохо переносил присутствие на родах («ему было очень плохо, он был в шоке»), встречались мнения о том, что решение о его присутствии на родах было «правильным». Признание ошибочности решения о присутствии мужа на родах звучало, как правило, в случаях развития у него эректильной дисфункции или трансформированного отношения к ребенку («из-за тебя мама так страдала»).

В 65,0% случаев роды проходили без осложнений, в остальных 35,0% случаев опрошенные выделили те или иные осложнения.

Также несомненный интерес представляют ответы опрошенных женщин относительно психопрофилактической подготовки к родам. Не проводилась психопрофилактическая подготовка к родам в единичных случаях (4,0%). В половине случаев (56,0%) беременная женщина проходила психопрофилактическую подготовку одна и менее чем в половине случаев (39,0%) будущие участники партнерских родов (муж и жена) проходили ее совместно. Треть опрошенных женщин (32,0%) считала, что при партнерских родах психопрофилактическая подготовка обязательна, еще 56,0% – что такая подготовка желательна и не было встречено мнений о ее нецелесообразности (однако почти каждая десятая женщина – 11,0% – затруднилась ответить на этот вопрос).

Похожим образом распределились ответы и на вопрос о том, должен ли муж проходить психопрофилактическую подготовку к родам: 35,0% считали, что он обязательно должен ее пройти, 53,0% – ее прохождение желательно и 12,0% затруднились ответить (также не было встречено мнений о том, что «мужу психопрофилактическая подготовка не нужна»). В данном контексте представляется, что при партнерских родах психопрофилактическую подготовку должны проходить, как правило, оба супруга.

В то же время среди опрошенных женщин, у которых были партнерские роды, только треть (32,0%) считала психопрофилактическую подготовку обязательной, в том числе и для мужа, а более половины (53,0%) – желательной (т.е. не обязательной). Очевидно, что подобные оценки женщин – участниц партнерских родов в значительной мере определялись достаточно формальным характером проводимой психопрофилактической подготовки к родам, состоящей из 5–7 занятий преимущественно общего плана (рекомендации относительно поведения во время беременности и родов, правил ухода за новорожденным), которые были явно недостаточными для подготовки семейных пар к партнерским родам.

Поэтому представляется целесообразным организация специальных занятий по психопрофилактической подготовке семейных пар к партнерским родам с

включением, в том числе, и видеоматериалов о протекании родов и акцентом на поведении мужа во время родов (в частности, что ему целесообразно делать, а что – нет). Поскольку относительно небольшой контингент беременных женщин настроен исключительно на партнерские роды.

Анализируя полученные результаты, стоит отметить следующее:

- среди женщин, у которых были партнерские роды, 76,0% были в возрасте 20–29 лет и 21,0% – в возрасте 30 лет и старше (до 20-ти лет – 2,8%). В то же время среди беременных женщин желание, что бы у них были партнерские роды, чаще высказывали женщины 30 лет и старше (28,0% против 22,0% среди 20–29 летних), однако учитывая преобладание среди рожаящих женщин лиц в возрасте 20–29 лет, полученные результаты не противоречат друг другу (как и небольшое число лиц в возрасте до 20 лет, у которых были партнерские роды);

- среди опрошенных женщин – участниц партнерских родов, непропорционально большое число было лиц с высшим образованием – 90,0%, в то время как среднее и средне специальное – всего у 10,0%. Учитывая, что хотя беременные женщины с высшим образованием и несколько чаще имеющих среднее и средне специальное образование высказывали желание, чтобы у них были партнерские роды (23,0% и 20,0% соответственно), очевидно, что почти десятикратное превалирование в исследуемой когорте женщин с высшим образованием свидетельствует, что именно они (по сравнению с имеющими менее высокий образовательный уровень) прежде всего ориентированы на роды в присутствии мужа последовательнее реализуют данную идею;

- на момент анкетирования было разведено всего 7,0% женщин, на родах которых присутствовал их муж. Но такой низкий процент разводов в данной социальной группе (среди участников партнерских родов) не позволяет доказательно говорить о том, что партнерские роды способствуют укреплению семейных отношений (как и о прямо противоположной тенденции), поскольку наиболее критическими периодами для разводов традиционно считаются 1-й, 3–5-й годы и после 15–17-ти лет совместной жизни [1–3]. Однако среди опрошенных женщин, у которых были партнерские роды, давность родов (позволяющая, в целом, оценить и стаж семейной жизни) была у 52,0% до 1-го года, т.е. большинство из них не достигли не только третьего, но и второго «критического» этапа. К тому же можно отметить, что из пяти разведенных женщин у четырех стаж семейной жизни был более 5 лет и число разведенных составило 50,0%. В целом, наверное, вопрос о том, способствуют ли партнерские роды укреплению семьи или нет, в настоящее время аргументировано не может быть решен, поскольку пока нет необходимых длительных катамнестических наблюдений (кроме этого, отсутствие официального учета партнерских родов затрудняет обобщение получаемых результатов);

- среди опрошенных женщин было 8,0% врачей, в 3,0% случаев врачами были не только женщина, но и ее супруг. Очевидно, что представленная выборка не дает убедительных оснований для решения вопроса о том, являются ли партнерские роды более «предпочитаемы» врачами относительно других профессиональных групп и, соответственно, в дальнейшем целесообразны специальные исследования в данном контексте.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у опрошенных женщин можно констатировать, что большинство из них считает решение о при-

сутствию мужа на родах правильным и довольно этим решением, поскольку его присутствие помогло им, даже если у мужа и наблюдались выраженные негативные психогенные эффекты. Более сдержано женщины оценивали создание при родах «домашней» обстановки и эффективность проводимой с ними (и их супругом) психопрофилактической подготовки к родам. Эти оценки женщин – потребителей соответствующего вида медицинских услуг целесообразно учитывать при оптимизации организации и проведения партнерских родов в городском родильном доме.

Дискусійні питання партнерських пологів з точки зору їх учасників С.Ю. Вдовиченко

Результати проведених досліджень свідчать, що більшість опитаних жінок вважають вирішення про присутність чоловіка на пологах за правильне і задоволені цим рішенням, оскільки його присутність допомогла їм, навіть якщо у чоловіка і спостерігалися виражені негативні психогенні ефекти. Стриманіше жінки оцінювали створення при пологах «домашньої» обстановки і ефективність психопрофілактичної підготовки, що проводилася з ними (і їх чоловіком), до пологів. Ці оцінки жінок – споживачів відповідного виду медичних послуг доцільно враховувати при оптимізації організації і проведення партнерських пологів в міському пологовому будинку.

Ключові слова: партнерські пологи, дискусійні.

Debatable questions of partner labours from the point of view of their participants S.J. Vdovichenko

Results of the spent researches testify that the majority of the interrogated women considers the decision on presence of the husband on sorts correct and enough as this decision as its presence has helped them even if at the husband and the expressed negative psychogenic effects were observed. It is more constrained women estimated creation at childbirth of «house» conditions and efficiency spent with them (and their spouse) psychopreventive preparation for sorts. These estimations of women – consumers of a corresponding kind of medical services are expedient for considering by optimisation of the organisation and carrying out of partner sorts in city maternity hospital.

Key words: partner labours, debatable questions.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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

УДК 618.14-006.36

Акушерські та перинатальні наслідки розродження жінок з лейоміомою матки

В.І. Гузь

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

Результати проведених клініко-функціональних досліджень, жінки з наявністю лейоміоми матки складають групу високого ризику щодо розвитку перинатальної патології на тлі обтяженого прегравідарного фону, ускладненого перебігу вагітності, порушень матково-плацентарної, а згодом і плодово-плацентарної гемодинаміки, стану нестійкої рівноваги гормоносинтетичної і метаболічної функції плаценти з надмірною напругою і поступовим виснаженням адаптаційним можливостей системи мати–плацента–плід. Все це, а також недостатня ефективність загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів, є суттєвою підставою для розроблення і впровадження диференційованого комплексу лікувально-профілактичних заходів у вагітних з лейоміомою матки різної локалізації.

Ключові слова: лейоміома матки, вагітність, пологи.

Лейоміома матки на сьогодні залишається одним з найбільш розповсюджених доброякісних пухлинних захворювань статеві системи жінок, яка суттєво негативно впливає на стан репродуктивного і соматичного здоров'я. У складних соціально-економічних умовах все частіше перед лікарями акушер-гінекологами стають питання раціонального ведення гестації у жінок з різними формами репродуктивної патології, у тому числі – з наявністю лейоміоми матки [1–3]. Висока частота акушерських ускладнень, перинатальної захворюваності і смертності дає нам підставу віднести таких вагітних в групу високого ризику щодо розвитку репродуктивних втрат і несприятливих результатів гестації і пологів, як для матері, так і для плода [4–6].

Велике число досліджень, проведених в Україні і за кордоном, продемонстрували, що ступінь гестаційного і перинатального ризику значною мірою залежить від віку вагітної, особливостей предгравідарного анамнезу, розмірів і кількості лейоміоматозних вузлів, особливостей їх локалізації і взаєморозташування з плацентою. В той же час, не всі питання поєднання лейоміоми матки і вагітності можна вважати повністю вирішеними [1–7]. У першу чергу це стосується встановлення взаємозв'язку між анамнестичними особливостями предгравідарного фону, клінічним перебігом вагітності і пологів і функціональним станом фетоплацентарного комплексу у жінок з лейоміомою матки різної локалізації.

Мета дослідження: вивчення клінічного перебігу вагітності, пологів, а також перинатальні результати розродження жінок з лейоміомою матки різної локалізації.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети нами впродовж гестації і в післяпологовий період було обстежено 60 жінок і їх новонароджених. При цьому, в 30 вагітних під час ультразвукового дослідження при першій явці в консультативну поліклініку було встановлено наявність лейоміоматозних вузлів різної локалізації. Жінки, які у нас спостерігалися, були проінформовані про мету і завдання нашої наукової роботи і далечіні згода на її проведення. Групи вагітних були розподілені таким чином:

- Контрольну групу склали 30 вагітних з необтяженим репродуктивним і соматичним анамнезом і фізіологічним перебігом гестації.

- І групу склали 30 вагітних з лейоміомою матки, які знаходилися під нашим спостереженням.

Ми використовували загальноклінічні, лабораторні, ехографічні (ультразвукові і доплерометричні), гормональні, кардіотокографічні, морфологічні і статистичні методи дослідження. Результати клініко-лабораторного обстеження впродовж гестації, показники динамічного моніторингу функціонального стану фетоплацентарного комплексу, випадки ускладнень під час вагітності, пологів, післяпологового і неонатального періодів реєстрували в індивідуально розроблених картах спостереження. Дані цих карт заносилися в базу даних персонального комп'ютера і оброблялися за допомогою програми «Excel» в програмній оболонці Microsoft Office XP.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результатом наведених вище особливостей предгравідарного фону, клінічного перебігу гестаційного періоду і функціонального стану фетоплацентарного комплексу у жінок з лейоміомою матки є високий рівень різних ускладнень як під час вагітності, так і при розродженні. Причому, всі ці ускладнення є взаємозв'язаними і патогенетичними залежними з високим рівнем вихідної генітальної і соматичної захворюваності, а також від особливостей розташування, розмірів і кількості лейоміоматозних вузлів.

Лише 83,3% жінок під час гестації отримували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи і доносили вагітність до 37 тижнів. У 16,7% випадків вагітність закінчилася достроково. Відносно загальної кількості жінок, пологи через природні пологові шляхи були у 43,3% жінок. Пологи носили спонтанний характер в 20% спостережень, в 23,3% випадків мали місце програмовані пологи. У 56,7% випадків розродження було шляхом операції кесарева розтину, яка в 24% була плановою, а в 32% носила ургентний характер.

Хоча кількість породілей з лейоміомою матки, які впродовж вагітності отримували загальноприйняті методи корекції і народжували через природні пологові шляхи є не дуже великою із статистичної точки зору, але певні тенденції збільшення частоти ускладненого перебігу пологового акту з представлених даних можна відзначити. Так, практично у кожній другій жінки мав місце невчасний розрив плодових оболонок; у 54,5% спостережень (у тому числі при проведенні програмованого розродження) ми були вимушені використовувати медикаментозну корекцію пологової діяльності. При цьому перевагу віддавали препаратам простагландинового ряду. При необхідності проведення збудження/посилення пологової діяльності у жінок з лейоміомою матки ми обмежували використання окситоцину, враховуючи існуючу можливість неадекватного реагування рецепторного апарату міометрія і ендотеліаль-

ного шару морфологічно і функціонально незавершених судин плацентарного ложа і артеріол ділянок м'язової оболонки вагітної матки.

У кожному третьому спостереженні (36,4%) перебіг пологів ускладнювався дистресом плода різного ступеня тяжкості, що можна вважати несприятливим для перинатальних результатів, враховуючи високий рівень дистресу плода на тлі хронічної плацентарної недостатності. Все це призводило до збільшення частоти оперативного розродження. В більшості випадків свідченнями до ургентного розродження були гострий дистрес плода (28,6%), в два рази рідше – неефективне лікування аномалій пологової діяльності, по одному випадку передчасного відшарування плаценти і порушення трофіки лейоміоматозного вузла. Планові оперативні розродження проводили в 14,3% випадків у зв'язку з тазовим передлежанням крупного плода і в 28,6% випадків по сукупності свідчень, враховуючи високий ступінь перинатального ризику у вагітних з обтяженим репродуктивним і соматичним анамнезом.

Певний інтерес, на нашу думку, також викликає вивчення структури розродження вагітних І групи залежно від анатомо-топографічних особливостей і розташування лейоміоматозних вузлів. Найбільш несприятливими клініко-анатомічними формами міоми по відношенню до результатів розродження є субмукозні і інтрамуральні лейоміоматозні вузли з центрипетальним зростанням. При цьому, найбільш несприятливим слід вважати розташування плаценти повністю або частково в проекції міоматозних вузлів, т.з. «плацента на вузлі». Щодо особливостей розташування лейоміоми, тут несприятливі результати отримані у жінок з наявністю лейоміоматозних вузлів в шийці матки, нижній 1/3 тіла матки і середній 1/3 тіла матки, особливо у випадках розташування вузлів великих розмірів на передньо-бічних стінках в басейні аа.uterinae, або безпосередньо «по ребру» матки в місці відходження магістральних маткових судин. У таких випадках, не дивлячись на лікувально-профілактичні заходи, що проводяться, значно збільшується ризик дострокового переривання вагітності (пізнього викидня і передчасних пологів), важких форм плацентарної недостатності і передчасного відшарування плаценти.

Аналізуючи перинатальні результати розродження, необхідно вказати на високу частоту інтранатальної асфіксії різного ступеня тяжкості (70,0%), у тому числі важкого її ступеня в 13,3% випадків. Частота затримки внутрішньоутробного розвитку плода складає 23,3%, а макроскопічні ознаки інтраамніального інфікування мали місце в двох спостереженнях (6,7%).

Перинатальні втрати в групі пацієнток з лейоміомою матки і загальноприйнятими методами корекції впродовж всієї вагітності склали 5 випадків, або 16,7%, що безумовно є дуже високим показником для сучасного акушерства, навіть враховуючи високий рівень прегравідарної генітальної і соматичної захворюваності, що існує у таких вагітних.

Стан новонароджених в контрольній групі в більшості був задовільним, а оцінка за шкалою Апгар складала 7–9 балів. Серед новонароджених від матерів, які увійшли в І досліджувану групу, в 2 (6,7%) випадках оцінка по Апгар при народженні була менше 3 балів; у 7 випадках (23,3%) знаходилася в межах 3–5 балів; у 10 випадках (33,3%) – 6–7 балів і лише в 6 випадках була вище 8 балів. 5 новонароджених (16,7%) було оцінено за шкалою Сильвермана у зв'язку з їх недоношеністю і наявністю синдрому дихальних розладів.

Середня маса тіла дітей при народженні в контрольній групі склала $3324,6 \pm 245,3$ г, а в групі жінок з лейоміомою матки – лише $2790,6 \pm 248,4$ г, що істотно відрізняється між собою ($p < 0,05$). Втрата первинної маси тіла новонароджених від матерів з міомою матки було достовірно більшою в порівнянні з групою фізіологічного контролю, а її відновлення починалося пізніше (на $7,3 \pm 0,24$ день проти $5,4 \pm 0,23$ – в контролі). Отже, у дітей від матерів з наявністю лейоміоми матки і стандартним веденням гестації, наголошувалася функціональна незрілість процесів адаптації при переході в постнатальний період. На момент виписки всі діти від жінок контрольної групи відновлювали початкову масу, а при виписці новонароджених від матерів I групи, маса новонароджених не відновилася в 52% випадків ($p < 0,05$).

Серед особливостей неонатальної патології необхідно відзначити постгіпоксичні ушкодження центральної нервової системи (ЦНС), які спостерігалися в 36% новонароджених з I групи і лише у 1 дитини групи контролю (3,3%). Легенева патологія у вигляді пневмопатії новонароджених була відмічена в 4 випадках в I досліджуваній групі, що відносно загальної кількості новонароджених склало 13,3%. Частота кон'югаційної жовтяниці (гіпербілірубінемії новонароджених) була майже в чотири рази більшою (26,7% проти 6,7%) в новонароджених від матерів I групи, а ступінь її тяжкості (з точки зору на кількісні показники в периферичній крові новонароджених) також достовірно відрізнялися від показників контрольної групи. Частота внутрішньоутробного інфікування (природжений кон'юктивит, везикулопустульоз) в I групі дітей складала 6,7%, проте розбіжності з контрольною групою були не достовірними ($p > 0,05$).

ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених клініко-функціональних досліджень, жінки з наявністю лейоміоми матки складають групу високого ризику щодо розвитку перинатальної патології на тлі обтяженого прегравідарного фону, ускладненого перебігу вагітності, порушень матково-плацентарної, а згодом і плодово-плацентарної гемодинаміки, стану нестійкої рівноваги гормонсинтетичної і метаболічної функції плаценти з надмірною напругою і поступовим виснаженням адаптаційним можливостей системи мати-плацента-плід. Все це, а також недостатня ефективність загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів, є суттєвою підставою для розробки і впровадження диференційованого комплексу лікувально-профілактичних заходів у вагітних з лейоміомою матки різної локалізації.

Акушерские и перинатальные последствия родоразрешения женщин с лейомиомой матки

В.И. Гузь

Результаты проведенных клинико-функциональных исследований, женщины с наличием лейомиомы матки составляют группу высокого риска по развитию перинатальной патологии на фоне обтяженного прегравидарного фона, осложненного течения беременности, нарушений маточно-плацентарного, а в дальнейшем и плодово-плацентарной гемодинамики, состояния нестойкого равновесия гормонсинтетической и метаболической функции плаценты с чрезмерным напряжением и постепенным истощением адапта-

ционным возможностей системы мать–плацента–плод. Все это, а также недостаточная эффективность общепринятых лечебно-профилактических мероприятий, являются существенным основанием для разработки и внедрения дифференцированного комплекса лечебно-профилактических мероприятий у беременных с лейомиомой матки различной локализации.

Ключевые слова: лейомиома матки, беременность, роды.

Obstetrical and perinatal outcomes of delivery at women with leiomyoma of uterus.

V.I. Guz

Results of the spent clinical-functional researches, women with presence leiomyoma of uterus make group of high risk on development perinatal pathologies against burdened pregravidare background, the complicated current of pregnancy, infringements uterine-placental, and in further and born-placental haemodynamics, a condition of unstable balance hormonal-synthetic and metabolic function of a placenta with excessive pressure and a gradual exhaustion adaptable possibilities of system mother-placenta-born. All it, and also insufficient efficiency of the standard treatment-and-prophylactic actions, is the essential basis for working out and introduction of the differentiated complex of treatment-and-prophylactic actions at pregnant women with leiomyoma of uterus of various localisation.

Key words: leiomyoma of uterus, pregnancy, childbirth.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Велла Р. Мускат, Арматис А., Спитери М. Безопасность одновременного проведения миомэктомии и кесарева сечения // Материалы конгресса Европейской ассоциации акушеров-гинекологов. – Копенгаген, 2013. – С. 34.
2. Коханевич Е.В., Тимошенко Л.В. Миома матки // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України. – 1999. – № 5. – С. 82–90.
3. Логутова Л.С., Буянова С.Н., Левашова И.И. Акушерская тактика при ведении беременных с миомой матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2009. – № 3. – С. 50–53.
4. Матевосян Н.Р., Григорян Д.З. Некоторые показатели свёртывающей системы крови беременных-носительниц фибромиомы матки // Материалы международной конференции по актуальным проблемам хирургии. – Ереван, 2012. – С. 405–406.
5. Савицкий Г.А. Особенности течения беременности у больных миомой матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2014. – № 3. – С. 84–86.
6. Сидорова И.С., Макаров И.О., Шешунова Н.А. Характер нарушений состояния плода у беременных с миомой матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2014. – № 4. – С. 16–20.
7. Katz V.L., Dotters D.I., Droegemeuler W. Complications of uterine leiomyomas in pregnancy // Obstet. Gynecol. – 2013. – Vol. 73, N 4. – P. 593–596.

УДК 618.36-092:616-055.2-056.52

Вплив надлишкової прибавки маси тіла під час вагітності та метаболічного синдрому на морфологічні зміни фетоплацентарного комплексу

В.І. Бойко, Т.М. Кваскова

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Досліджено морфологічні особливості фетоплацентарного комплексу у жінок з надлишковою прибавкою маси тіла і метаболічним синдромом. Обстежено 130 породіль, із яких 40 жінок із порушенням жирового обміну без ознак МС, 60 – з ІМТ>30 і встановленим МС, 30 жінок склали контрольну групу. Результати проведених клінічних досліджень показали, що наявність надлишкової маси тіла і метаболічного синдрому у жінок репродуктивного віку є істотним чинником розвитку плацентарної дисфункції. При цьому, її частота зростає по мірі збільшення величини індексу маси тіла і ступеня виразності метаболічного синдрому. Плацентарна дисфункція у жінок із метаболічним синдромом підтверджується отриманими морфологічними даними з урахуванням варіанту компенсаторно-приспосувальних реакцій.

Ключові слова: фетоплацентарний комплекс, морфологія, надлишкова маса тіла, метаболічний синдром.

Актуальність даної проблеми обумовлена тим, що надлишкова прибавка маси тіла і метаболічний синдром (МС) є серйозною медико-соціальною проблемою, що має негативний вплив на тривалість життя, працездатність і репродуктивне здоров'я жінок. Вважають, що в 35–50% випадків ожиріння пов'язано з впливом чинників зовнішнього середовища і генетичними [2, 5] факторами. В економічно розвинених країнах надлишкова маса тіла зустрічається майже у половини дорослого населення і в 14–15% дітей та підлітків. Мають місце дані щодо зв'язку розвитку ожиріння з вагітністю, коли надлишкова маса тіла з'являється і розвивається після першої вагітності. Кількість вагітних, що страждають на ожиріння складає 15–38% [3].

У жінок із ожирінням, а особливо із МС порушення менструальної функції спостерігається від 30,0% до 59,2%, а зниження репродуктивної здатності до 63,1%, також мають місце специфічні зміни в системі гемостазу, особливо з високим ризиком тромбоемболії глибоких вен нижніх кінцівок і таза [4].

Висока питома вага тучних жінок репродуктивного віку, а також висока частота екстрагенітальної патології при МС дає змогу вважати проблему дисметаболічних порушень однією з важливих проблем здоров'я пацієнток репродуктив-

ного віку. Акушерська патологія у жінок із МС є наслідком порушень адаптивних і компенсаторно-захисних механізмів, дисбалансом діяльності регуляторних систем, порушенням нейрогуморальних співвідношень, розвитком синдрому імунологічної дисфункції. Важкість акушерських ускладнень, за даними ряду дослідників, корелює зі ступенем ожиріння пацієнтів і наявністю супутніх екстрагенітальних захворювань [6].

Одним із найменш вивчених питань даної проблеми є функціональний стан фетоплацентарного комплексу у жінок з надлишковою масою тіла і МС, а саме морфологічні його особливості. Відомо, що стан плода безпосередньо залежить від патологічних у плаценті, особливо при наявності дистрофічних та компенсаторних процесів. Зниження компенсаторно-приспосувальних реакцій у плаценті суттєво впливає на адаптаційні можливості новонародженого у ранньому неонатальному періоді [6].

Мета дослідження: вивчення морфологічних особливостей фетоплацентарного комплексу у вагітних з надлишковою прибавкою масою тіла і МС.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Нами розроблена програма дослідження, що включала добір контингенту обстежуваних жінок з надлишковою масою тіла і МС, морфологічну оцінку фетоплацентарного комплексу, комп'ютерну обробку отриманих даних.

Клініко-функціональне і лабораторне дослідження проведено 130 жінкам, яких розподілили на групи й підгрупи:

1 (основна) група – 100 жінок з надлишковою прибавкою маси тіла та порушенням жирового обміну:

- підгрупа А – 40 жінок з індексом маси тіла (ІМТ) від 30,0 до 40,0 без ознак МС;

- підгрупа В – 30 жінок з ІМТ від 30,0 до 40,0 та встановленим МС;

- підгрупа С – 30 жінок із встановленим МС та ІМТ > 40,0;

Контрольну групу склали 30 жінок, що не мали в анамнезі акушерської та соматичної патології.

Пацієнтки з МС спостерігались сумісно з лікарем-ендокринологом.

Критеріями включення пацієнток в дослідження слугувало аліментарно-конституціональне ожиріння при ІМТ > 30, а також встановлений МС.

Морфологічне дослідження плаценти проводилось безпосередньо після пологів і включало вивчення її маси, розмірів, візуальну оцінку інфарктів, крововиливів, ділянок вапнування, стану пуповини і плодових оболонок. Шматочки плаценти з периферійних і центральних відділів фіксували в 10% розчині забуференого формаліну і ущільнювали в парафін. Серійні зрізи фарбували гематоксиліном-еозином, ставили ШПК-реакцію. За допомогою світлового мікроскопа «Karl Zeiss» і стереометричної сітки при збільшенні $\times 160$ і $\times 320$ визначали фракційний склад плаценти: хоріальної пластини (ХП); базальної пластини (БП); міжворсинчатого простору (МВПР); материнського фібриноїду (МФ); строми ворсин (СВ); плодового фібриноїду (ПФ); судинного русла ворсин (СРВ); епітелію синцитію; синцитіо-капілярних мембран (СКМ); периферичного трофобласту (ПТБ) і об'єму патологічних ділянок, що враховується в єдиному показнику (ПАТ). Абсолютні па-

раметри термінальних ворсин і судин одержували за допомогою вимірювальної лінійки, відкаліброваної на окулярі-мікрометрі й об'єкт-мікрометрі для кожного збільшення. Морфометрію здійснювали за загальноприйнятими методиками [1, 7].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Макроскопічно 60 плацент основної групи жінок (підгрупа В і С) при встановленому МС мали часточкову будову, материнська поверхня мала темно-вишневий колір із сіруватим нальотом. Ділянки інфарктів білуватого кольору спостерігались в 39 плацентах і розташовувались переважно по периферії, а в 16 випадках і в центральній частині плаценти. Розсіяні дрібні петрифікати мали місце у 26 спостереженнях. Плаценти 40 жінок основної групи (підгрупа А) макроскопічно не відрізнялись від плацент жінок контрольної групи ($p < 0,05$).

Середня маса плацент жінок основної групи становила $618,0 \pm 12,6$ г, середні її розміри – $18,4 \times 16,2$ см, товщина у центральних відділах – 2,9 см, по периферії – 1,1 см. Плацентарно-плодовий коефіцієнт (ППК) становив $0,31 \pm 0,012$. До контрольної групи віднесено 30 плацент, отриманих від породілей при термінових пологах та фізіологічному перебігу вагітності у жінок, що народили дітей з фізіологічними показниками фізичного розвитку. Середня маса плацент становила $610,0 \pm 7,1$ г, середні її розміри $18,1 \pm 0,2 \times 22,4 \pm 0,4$ см, товщина в центральних відділах – 2,6 см, по периферії – 1,5 см.

При проведенні мікроскопічного дослідження плацент жінок основної групи спостереження без ознак МС (підгрупа А) відмінностей від плацент жінок контрольної групи встановлено не було ($p < 0,05$).

При мікроскопії плацент жінок основної групи з наявними ознаками МС виявлено порушення плодово-материнського кровообігу у вигляді крововиливів під хоріальну (ХП) (підгрупа В – 30,0% і С – 26,7%) і базальну платівки (БП) (23,3% і 26,7%), у міжворсинчастий простір (13,3% і 10,0%), ретроплацентарні гематоми (16,7% і 20,0%), крововиливи в хоріальну та амніальну оболонки (23,3% і 20,0%), тромбоз і стази в судинах середніх ворсин (16,7% і 20,0%), великі крововиливи в міжворсинчастий простір (10,0% і 13,3%). Дистрофічні процеси в плацентах проявлялися повністю фібриноідом (16,7% і 13,3%), осередковим відкладенням вапна (10,0% і 13,3%), великими інфарктами в БП (16,7% і 20,0%), осередковою інфільтрацією лімфоцитами (13,3% і 10,0%), стазами в судинах стовбурових ворсин (10,0% і 13,3%), звуженням міжворсинчастого простору (16,7% і 13,3%), фібриноїдним перетворенням строми кінцевих ворсин (10,0% і 13,3%), розширенням судин середніх і стовбурових ворсин зі стазами (10,0% і 6,7%), наявністю інфарктів (13,3% і 16,7%), ділянками некрозу ХП (6,7% і 10,0%). Некроз та некробіоз відзначалися в більшій частині плаценти (10,0% і 13,3%), базальна мембрана трофобласту була переривчастою, місцями розривалася або зникла в результаті різкого набряку строми (20,0% і 23,3%). На плодовій поверхні плаценти мали місце множинні ділянки потовщення оболонки у вигляді пляшок діаметром від 0,3 см до 3 см, жовтувато-білуватого кольору, щільної консистенції, які поширювалися в товщу тканин на глибину 1,5–2 см.

В результаті аналізу проведених морфологічних досліджень встановлено два варіанти структурно-функціональних змін плацентарного комплексу в порівнянні з плацентами жінок контрольної групи.

Так, при першому варіанті, що зустрічався в 53,3% плацент породілей підгрупи В мали місце певні зміни:

- відносна незрілість плаценти, яка характеризувалась нерівномірним дозріванням котиледонів у вигляді варіанту гіповаскуляризованих ворсинок та затримкою структурно-функціональної спеціалізації синцитіотрофобласту – 23,3%;
- у більшості ворсинок відмічались фестончаті контури термінальних ворсинок – 20,0%;
- зменшення розгалуження кровоносних судин, у результаті чого капіляри займали переважно центральне та парацентральне положення – 16,7%;
- достовірне зменшення об'єму крові в дрібних ворсинках діаметрами 51–90 мкм, судинний індекс достовірно зменшувався до 0,061 по відношенню до контрольної групи – 13,3%;
- дистрофічні і некротичні процеси з заміною хоріального епітелію фібриноїдними масами – 10,0%;
- просвіти більшості артерій середніх і дрібних ворсинок звужувались до повної обтурації, а пошкодження мікроросинок синцитіума призводили до аглютинації еритроцитів на поверхні ворсинок – 10,0%;
- поєднання вищеописаних варіантів морфологічних змін – 40,0%.

Таким чином, при даному варіанті компенсаторні реакції плацентарного бар'єру характеризуються перебудовою фетальних судин, але їх розвитку перешкоджають порушення дозрівання хоріону, тому ці реакції спостерігаються в спеціалізованих термінальних ворсинках у вигляді субепітеліального розташування капілярів дрібних ворсинок, ангіоматозу середніх і дрібних ворсинок, розширенням просвітів центрально розташованих капілярів і спрямовані, в основному, на зменшення епітеліально-капілярної дистанції.

При другому варіанті, характерному для підгрупи С у 46,7%, морфологічні зміни були більш вираженого характеру:

- інфаркти, тромбози міжворсинчастого простору, наявність ретроплацентарних гематом – 23,3%;
- звуження або повна обтурація просвітів артерій більшості ворсинок – 20,0%;
- у дрібних ворсинках наростало повнокров'я, венозне повнокров'я великих та середніх ворсинок з достовірним збільшенням об'єму крові – 16,7%;
- у плаценті розвилася хронічна гіпоксія, обумовлена склеротичним процесом зі збільшенням вмісту склерозованих ворсинок із переважним склерозом стінок фетальних судин – 13,3%;
- відмічено потовщення базальних мембран фетальних судин та синцитіотрофобласту з посиленням відшаруванням синцитіальних вузликів у міжворсинковий простір – 10,0%;
- поєднання вищеописаних варіантів морфологічних змін – 26,7%.

Крім того, у плацентах породілей підгрупи С виявлялися ознаки відносної незрілості за типом дисоційованого розвитку котиледонів (20,0%), які характеризуються дискоординацією розгалуження середніх та дрібних ворсинок, нерівномірним розподілом їх у міжворсинчастому просторі, затримкою диференціювання судинного русла з центральним розташуванням кровоносних судин,

але вогнищевим характером у межах окремих котиледонів. Патологічна незрілість та порушення кровообігу призводять до достовірного зменшення об'єму функціональних структур плаценти.

Отже, основним патогенетичним наслідком структурно-функціональних порушень плацент у жінок із МС є розлади дозрівання ворсинкового хоріону та дистрофічні зміни плацентарного бар'єру, а також гіпоксія і пов'язані з нею порушення кровообігу та дозрівання ворсинкового хоріону, тяжкі дистрофічні зміни.

Так, при гістологічному дослідженні, в основному, спостерігалася морфологічна картина, характерна для початкової форми хронічної плацентарної дисфункції. Патологічні зміни виражалися в потовщенні і розволокненні базальних мембран із відкладанням між ними аморфної і фібриноїдної речовин. В деяких судинах середнього калібру виявлені тромби з наступним відкладанням кальцію та ущільненням плацентарної тканини, відмічалась вогнищева відносна незрілість плаценти, яка характеризувалась нерівномірним дозріванням котиледонів у вигляді варіанту гіповаскуляризованих ворсинок та затримкою структурно-функціональної спеціалізації синцитіотрофобласту; мало місце зменшення розгалуження кровоносних судин, у результаті чого капіляри займали переважно центральне та парацентральне положення, дистрофічні й некротичні процеси із заміною хоріального епітелію фібриноїдними масами виявлялись у невеликій кількості кінцевих ворсин. На материнській частині плаценти виявлялись невеликі петрифікати.

У жінок підгрупи С поряд із помірним пошкодженням тканинних і судинних компонентів переважали компенсаторні зміни (83,3%), які були морфологічно представлені:

- субепітеліальним розташуванням капілярів дрібних ворсинок, ангіоматозом середніх і дрібних ворсинок, розширенням просвітів центрально розташованих капілярів, що було спрямовано, в основному, на зменшення епітеліально-капілярної дистанції (30,0%);
- достовірним збільшенням відсоткового вмісту спеціалізованих термінальних ворсинок (26,7%);
- синусоїдальним розширенням просвітів капілярів дрібних ворсинок (13,3%);
- достовірним зменшенням об'єму строми, а стромальний індекс становив $0,41 \pm 0,12$ ОД (10,0%).

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що наявність патологічної прибавки маси тіла і МС у жінок репродуктивного віку є істотним чинником ризику розвитку плацентарної дисфункції.

У 53,3% випадків мали компенсаторні реакції плацентарного бар'єру, які характеризуються перебудовою фетальних судин, але їх розвитку перешкоджають порушення дозрівання хоріону, тому ці реакції спостерігаються в спеціалізованих термінальних ворсинках у вигляді субепітеліального розташування капілярів дрібних ворсинок, ангіоматозу середніх і дрібних ворсинок, розширенням просвітів центрально розташованих капілярів і спрямовані, в основному, на зменшення епітеліально-капілярної дистанції.

У 46,7% випадків виявлялися ознаки відносної незрілості за типом дисоційованого розвитку котиледонів, які характеризуються дискоординацією розгалуження середніх та дрібних ворсинок, нерівномірним розподілом їх у міжворсинчастому просторі, затримкою диференціювання судинного русла з центральним розташуванням кровоносних судин, але вогнищевим характером у межах окремих котиледонів. Патологічна незрілість та порушення кровообігу призводять до достовірного зменшення об'єму функціональних структур плаценти.

Патогенез плацентарної дисфункції у жінок із патологічною прибавкою маси тіла і МС є дуже складним, а однією з головних причин розладу компенсованих механізмів у цих жінок є порушення дозрівання плаценти. Незрілість структурних елементів ускладнює адекватну компенсаторну реакцію плацентарного бар'єру і слугує основою для зриву адаптаційних механізмів фетоплацентарної системи.

Влияние избыточной прибавки массы тела во время беременности и метаболического синдрома на морфологические изменения фетоплацентарного комплекса В.И. Бойко, Т.Н. Кваскова

Исследованы морфологические особенности фетоплацентарного комплекса у женщин с избыточной массой тела и метаболическим синдромом. Обследованы 130 родильниц, из которых 40 женщин с нарушением жирового обмена без признаков МС, 60 – с ИМТ > 30 и подтвержденным МС, 30 женщин составили контрольную группу. Результаты проведенных морфологических исследований показали, что наличие избыточной массы тела и метаболического синдрома у женщин репродуктивного возраста является существенным фактором развития плацентарной дисфункции. При этом, частота ее возрастает по мере увеличения индекса массы тела и степени выраженности метаболического синдрома. Плацентарная дисфункция у женщин с метаболическим синдромом подтверждается полученными морфологическими данными с учетом варианта компенсаторно-приспособительных реакций.

Ключевые слова: фетоплацентарный комплекс, морфология, избыточная масса тела, метаболический синдром.

Influence of superfluous increase of weight of body during pregnancy and metabolic syndrome on morphological changes fetoplacental complex V.I. Boyko, T.N. Kvaskova

Morphological features of fetoplacental complex at women with superfluous weight of a body and a metabolic syndrome are investigated. 130 women in childbirth from whom 40 women with infringement of a fatty exchange without signs of a metabolic syndrome, 60 – with an index of weight of a body > 30 and the confirmed metabolic syndrome, 30 women have made control group are surveyed. Results of the spent morphological researches have shown that presence of superfluous weight of a body and a metabolic syndrome at women of reproductive age is the essential factor of development of placental dysfunction. Thus, its frequency increases in process of increase in an index of weight of a body and degree of expressiveness of

a metabolic syndrome. Placental dysfunction at women with a metabolic syndrome proves to be true the received morphological data taking into account a variant of kompensatorno-adaptive reactions.

Key words: *fetoplacental complex, morphology, superfluous weight of a body, a metabolic syndrome.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Беньюк В.О., Диндар О.А., Грабовий О.М. (2010) Гістоморфологічний стан плаценти при передчасних пологах / Журн. Педіатрія, акушерство та гінекологія, 2: 67–69.
2. Задионченко В.С., Адашева Т.В., Демичева О.Ю. (2009) Метаболический синдром: терапевтические возможности и перспективы / Журн. Consillium Medicum, 7: 725–33.
3. Кобалава Ж.Д., Толкачева В.В. (2005) Метаболический синдром: принципы лечения / Рус. мед. журн. 13: 451–458.
4. Колмыков В.Н. (2009) Гинекологическая эндокринология (обзорная информация). – М.: Медицина, 56 с.
5. Кузин А.И., Ленгин Ю.А. (2011) Метаболический синдром: клинические и популяционные аспекты. – Челябинск., Издательство «ЗАО «Челябинская Межрайонная типография», 120 с.
6. Макацария А.Д., Пшеничникова Е.Б., Пшеничникова Т.Б. (2006) Метаболический синдром и тромбофилия в акушерстве и гинекологии. – М.: ООО «МИА», 480 с.
7. Милованов А.П. (2007) Основные подходы к морфологической оценке фетоплацентарного комплекса / Журн. Весник морфологии. 3: 117–123.

УДК 618.36-031.66-007.41

Шляхи зниження перинатальної патології 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 фізіологічній 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, імунодефіциту і гормональних порушень. Багатоводдя є одним із специфічних ознак внутрішньоутробного інфікування, частота якого постійно збільшується і досягає 5–7% [3]. В 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.

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 знаходилися 130 вагітних з хронічним багатоводдям (перша група). Другу 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.

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 тижнів гестації в 16,9% вагітних, при терміні 29–35 тиж – в 36,9% і 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% ви-

падків 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 інфекційно-го 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 не виношування, 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 засновуватися 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 ехо-негативних 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 герпесвірусною, уреа- і мікоплазменної, хламідійної інфекцій методом ПЦР), 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 ризику внутрішньоутробного інфікування, ускладнень в пологах і післяпологовому періоді 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 цефалоспоринів, 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.

Пути снижения перинатальной патологии при многоводии И.Д. Кондратенко

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что многоводие является серьезным осложнением беременности и родов как для матери, так и для плода. Используемые 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.

Decrease ways of perinatal pathologies at polyhydroamnion I.D. Kondratenko

Results of the spent researches testify that polyhydroamnion is serious complication of pregnancy and sorts both for mother, and for a born. Methods of diagnostics now in use chronic

polyhydroamnion 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 polyhydroamnion 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: polyhydroamnion, 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. – 2003. – № 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.І. Многоводие: этиология, патогенез, диагностика и акушерская тактика / О.И. Гусева // Ультразвук. диагн. – 2014. – № 4. – С. 5–13.
4. Дріль Т.М. Аналіз перебігу вагітності та пологів у жінок з внутрішньоутробним інфікуванням плода / Т.М. Дріль // ПАГ. – 2005. – № 1. – С. 53–56.

УДК 618.3+618.7-06:616.62-008.222/.223

Акушерські і перинатальні результати у пацієнок з недиференційованою дисплазією сполучної тканини

А.Л. Костюк

Вінницький національний медичний університет імені Н.І. Пирогова

Результати проведеного дослідження свідчать про високу частоту розвитку ускладнень протягом вагітності при недиференційованій дисплазії сполучної тканини у вигляді раннього токсикозу, загрози переривання в різні терміни. Крім того, була відмічена висока частота плацентарної дисфункції і невчасного вилиття навколоплодових вод. Окрім високої частоти акушерських ускладнень у вагітних цієї групи, 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 недиференційованої дисплазії сполучної тканини у розвиток акушерських і перинатальних ускладнень, обґрунтовує доцільність проведення подальших досліджень для визначення ранніх несприятливих прогностичних ознак розвитку даних ускладнень, а також для розробки лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: недиференційована дисплазія сполучної тканини, акушерські і перинатальні результати розродження.

Останніми роками велика увага приділяється проблемі недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ), що пов'язане з високою поширеністю окремих її проявів в популяції, яка за даними різних авторів коливається від 26 до 80% [1, 2].

На думку більшості дослідників НДСТ – це генетично гетерогенна група захворювань мультифакторіальної природи, з прогресивним перебігом, в основі якої лежать порушення синтезу, розпаду або морфогенезу компонентів позаклітинного матриксу, що виникають в осіб з певною генетичною схильністю в періоді раннього ембріогенезу або постнатального під дією несприятливих чинників зовнішнього середовища [3, 4]. Жінки з генетично зумовленою «слабкістю» сполучної тканини відносяться до групи ризику щодо акушерської і перинатальної патології. Сформовані порушення гомеостазу на тканинному, органному і організменому рівнях у пацієнок з недиференційованими колагенопатіями обумовлені дефектами волокнистої структури і основної речовини сполучної тканини [1, 5]. До теперішнього часу одним з не вирішених питань залишається діагностика синдрому НДСТ, що обумовлене відсутністю єдиних діагностичних критеріїв, термінології і класифікації.

За даними ряду авторів [1–5], патологія вагітності зустрічається у жінок з НДСТ значно частіше, ніж у здорових жінок – 85,5% проти 53,3%. Так, загроза переривання вагітності зустрічається в 50% відсотків жінок з НДСТ, а загроза передчасних пологів спостерігається в 6 разів частіше, ніж у здорових вагітних [1–3]. За даними інших дослідників найчастішим ускладненням другої половини вагітності у жінок з НДСТ є преєклампсія – 51,7% [4–5], і перебіг пологів у даних пацієнок відрізняється великою кількістю ускладнень. Проте слід зазначити, що відомості про особливості перебігу вагітності і пологів у жінок з НДСТ суперечливі. В той же час, висока частота ускладнень протягом вагітності, пологів і післяродового періоду у пацієнок НДСТ обумовлює актуальність даної проблеми в акушерстві.

Мета дослідження: вивчення особливостей перебігу вагітності, пологів, післяродового періоду і стану новонароджених при різному ступеню вираженості недиференційованої дисплазії сполучної тканини.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

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 пацієнок. Всіх пацієнок 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 пацієнок (випадок-контроль) по 80 вагітних в кожній досліджуваній групі.

Детально вивчені особливості анамнезу, початкової клінічної характеристики, перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду, проаналізовані особливості перебігу раннього неонатального періоду.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вік вагітних, включених в дослідження, коливався від 22 до 45 років і склав, в середньому, $30,2 \pm 0,9$ і $28,2 \pm 0,5$ року відповідно по групах. Як видно з представлених даних пацієнтки обох груп були порівнянні за віком.

При аналізі масо-зростових показників в обстежених вагітних відхилень від норм популяції не виявлено, а середня маса тіла склала $60,8 \pm 2,1$ і $63,3 \pm 2,2$ кг, середнє зростання $167,1 \pm 3,2$ і $164,9 \pm 4,6$ см відповідно по групах. Проте у пацієнок основної групи наголошувалися вищі значення масо-зростового коефіцієнта 2,9 і 2,7, відповідно.

Зважаючи на мультифакторіальність синдрому НДСТ важливе значення має вивчення анамнезу, початкового здоров'я матері, у зв'язку з чим було вивчено стан здоров'я досліджуваних вагітних, а також особливості соматичного і гінекологічного анамнезу.

Відмінностей по частоті перенесених інфекційних захворювань в дитинстві в групах виявлено не було, проте в 1 групі частіше наголошувалися краснуха (51,3%), пневмонія (18,8%) і ОРЗ (60,0%), а в 2 – кір (22,5%). Достовірних відмінностей в частоті перенесених дитячих інфекційних захворювань також виявлено не було. Обтяжений анамнез мав місце лише в 4,0% обстежених.

При аналізі частоти захворювань ЛОР-органів була виявлена вища частота хронічного тонзиліту – 22,5%, хронічного гаймориту – 10,0% у пацієнок 1 групи. Крім того в 8,0% випадків в даній групі була виконана тонзилектомія. У частоті інших захворювань відмінностей виявлено не було. Також у пацієнок з НДСТ в анамнезі мала місце вища частота хронічного бронхіту (7,5%) і бронхіальної астми (5,0%), проте вищезгадані відмінності також не мали статистичної значущості.

У соматичному анамнезі у пацієнок основної групи серед захворювань серцево-судинної системи (ССС) переважали вади мітрального клапана (ВМК) – 18,8% і вегето-судинна дистонія (ВСД) – 35,0%. Крім того, у пацієнок даної групи в 2,5 разу частіше реєструвалася варикозна хвороба.

При вивченні захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ) нами була встановлена вища частота хронічного гастриту 21,3% і гастродуоденіту – 8,8% у основній групі. Також в даній групі в 2 рази частіше діагностували виразкову хворобу 12 –палої кишки і дискінезію жовчовивідних шляхів.

Серед захворювань сечовивідної системи (СВС) у пацієнок основної групи частіше діагностували хронічний пієлонефрит – 16,3% і лише в даній групі відмічений нефроптоз (1,3%) і сечокам'яна хвороба (4,5%).

Звертає на себе увагу висока частота міопії в основній групі (у кожній 3-ї пацієнтки), з переважанням міопії середнього 16,3% і високого ступеню 7,5%. Крім того, в 4 рази частіше в основній групі виявляли астигматизм і проводилася хірургічна корекція міопії.

Аналіз захворювань ендокринної системи в групах не виявив достовірних відмінностей в частоті. В той же час, в основній групі частіше наголошувалися вузловий зоб – 5,0% і аутоімунний тиреоїдит – 5,0%. Крім того, лише в основній групі наголошувалася патологія молочних залоз – фіброзно-кістозна мастопатія (ФКМ) – 8,8%, з них 2,5% пацієнок вказували на перенесені операції на молочній залозі в анамнезі.

Було проведено ретельне вивчення опорно-рухового апарату з метою уточнення ступеня вираженості НДСТ. Слід зазначити переважання сколіозу і плоскостопості в основній групі, що обумовлене критеріями розподілу пацієнок по групах. Крім того, 10,0% обстежених пацієнок основної групи вказували на вивихи в анамнезі. У ряді випадків мали місце виражені порушення опорно-рухового апарату.

Враховуючи високу частоту інфекційних захворювань у пацієнок обох груп, нами був проведений аналіз спектру збудників. Достовірних відмінностей виявлено не було, проте у пацієнок основної групи переважали вірус простого герпесу (ВПГ) – 18,8% і цитомегаловірус (ЦМВ) – 11,3%, а також уреоплазма 36,3% і мікоплазма 6,3%.

Переважає більшість пацієнок обох груп раніше спостерігалися і лікувалися з приводу різних захворювань жіночих статевих органів. При вивченні структури гінекологічної захворюваності була відмічена висока частота цервіциту (у кожній 2-ої пацієнтки) в першій групі 53,8% і хронічного сальпінгоофориту 15,0%. В той же час дисфункція яєчників зустрічалася лише у пацієнок 1 групи 7,5%. Достовірних відмінностей по інших нозологіях в групах виявлено не було (ендометріоз 7,5% і 8,8%; безпліддя 13,8% і 17,5% відповідно).

Більшість пацієнок, включених в дослідження були повторнородящими, у зв'язку з чим особливий інтерес представляв аналіз акушерського анамнезу. У кожній четвертій пацієнтки основної групи і кожній п'ятій групі порівняння наголошувалися аборти в анамнезі. У основній групі в 4 рази частіше наголошувалися ранні викидні – 10,0%, а також лише в цій групі відмічені пізні мимовільні викидні (7,5%). Слід зазначити, що проведення кореляційного аналізу Пірсона виявило залежність між наявністю варикозу з вагітності, що не розвивається, в анамнезі і відшаруванням хоріону, і мітральною регургітацією з відшаруванням хоріону в I триместрі, проте даний взаємозв'язок вимагає подальшого вивчення. Відмінностей в частоті вагітностей, що не розвиваються, не було. Перебіг справжньої вагітності в першому триместрі у пацієнок основної групи частіше ускладнювався раннім токсикозом 40,0%, відшаруванням хоріону 6,3% і загрозою переривання – 41,3%.

Протягом II триместру у пацієнок основної групи також частіше наголошувалася загроза переривання 37,5% з формуванням істміко-цервікальної недостатності в 6,3% випадків, у зв'язку з чим проводилася хірургічна корекція. Також в основній групі частіше наголошувалися такі ускладнення, як прееклампсія 3,8%, загострення герпесу 3,8% і гіперандрогенія – 6,3% (1,3% пацієнок проводилася терапія гіперандрогенії). У групі ж порівняння відмічена вища частота плацентарної дисфункції (ПД) – 3,8% і 2,5%, відповідно.

Перебіг III триместра вагітності у пацієнок основної групи в 2 рази частіше ускладнювався загрозою передчасних пологів – 20,0%, ПД – 31,3% (OR=1,1; C1=0,5-2,4), і гіпоксією плода – 15,0%.

При проведенні УЗД у пацієнок основної групи частіше реєстрували патологію навколоплідних вод у вигляді багато- і маловоддя, проте дані відмінності не мали статистичної значущості.

Більшість пацієнок було розроджено через природні пологові шляхи 83,8% і 78,8%, відповідно. Основними свідченнями до оперативного розродження в нашому дослідженні були: передчасне вилиття навколоплідних вод за відсутності ефекту від родозбудження – 5,0% і 1,3%; слабкість пологової діяльності – 12,5% і 8,3%; дистрес плода – 5,0% і 2,5% відповідно.

Таким, образом, не дивлячись на відсутність достовірних відмінностей у пацієнок з НДСТ наголошувався триваліший перебіг пологів. Перебіг пологів у пацієнок основної групи частіше ускладнювався розривами піхви – 5,0% і шийки матки – 8,8%. При цьому у 2,5% пацієнок основної групи відмічено утворення гематом, що зажадали хірургічного лікування. Крім того, в даній групі частіше під час пологів нами була діагностована первинна слабкість пологової діяльності, слабкість потуг і дискоординована пологова діяльність. Не дивлячись на відсутність достовірних відмінностей, вищезгадане привело до екстреного оперативного розродження в пологах. Також було виявлено, що перебіг послідовного періоду у пацієнок з більш вираженими симптомами НДСТ частіше ускладнювався щільним прикріпленням плаценти 6,3% (повним або частковим), у зв'язку з чим проводилася операція ручне відділення плаценти і виділення посліду. Середня крововтрата при розродженні склала 350,6±23,5 мл і 305,4±21,7 мл в першій і другій групах відповідно. Під час оперативного розродження – 674,6±23,5 мл і 765,3±21,7 мл. Звертає увагу вища частота варико-

зу нижнього маткового сегменту в основній групі 5,0% на відміну від 1,3% в групі порівняння.

Вивчення особливостей перебігу післяпологового періоду не виявило статистично значимих відмінностей, проте у пацієток основної групи частіше діагностували ендометрит 1,3%, ложію- і гематометру (3,8%), також лише в основній групі, мали місце випадки пізньої післяпологової кровотечі, що зажадали хірургічного лікування.

Середній койко-день склав $6,7 \pm 1,2$ і $6,2 \pm 0,9$ в першій і другій групах відповідно.

Нами також вивчений результат пологів для плода і перебіг раннього неонатального періоду в новонароджених. Як впливає з представлених даних, діти від матерів основної групи мали нижчі показники масо-зростового коефіцієнта і нижчу оцінку при народженні за шкалою Апгар, проте дані результати не мали статистичної значущості. Надалі протягом раннього неонатального періоду у дітей від матерів основної групи частіше наголошувалася неонатальна жовтяниця – 20,0%, гіпотрофія – 8,8%, крововиливи в склери – 16,3%, а також синдром відрижки 1,3%.

Також слід зазначити, що в деяких новонароджених від матерів з НДСТ мали місце диспластичні ознаки при народженні, проте в більшості випадків прояви дисплазії мали місце в пізнішому періоді.

ВИСНОВКИ

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 ПД і невчасно-го вилиття 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 розробку профілактичних заходів.

Акушерские и перинатальные исходы у пациенток с недифференцированной дисплазией соединительной ткани А.Л. Костюк

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о высокой частоте развития осложнений в течение беременности при недифференцированной дисплазии соединительной ткани в виде раннего токсикоза, угрозы прерывания в различные сроки. Кроме того была отмечена высокая частота плацентарной дисфункции и несвоевременное излитие околоплодных вод. Помимо высокой частоты акушерских осложнений у беременных этой группы, анализ течения раннего неонатального периода у их новорожденных также выявил высокую частоту развития осложнений. На основании проведенного корреляционного анализа была установлена взаимосвязь между наличием варикоза с развивающейся беременностью в анамнезе и отслойкой хориона. Вышеуказанное свиде-

тельствует о значимом вкладе недифференцированной дисплазии соединительной ткани в развитие акушерских и перинатальных осложнений, обосновывает целесообразность проведения дальнейших исследований для определения ранних неблагоприятных прогностических признаков развития данных осложнений, а также для разработки лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: *недифференцированная дисплазия соединительной ткани, акушерские и перинатальные исходы родоразрешения.*

Obstetrical and perinatal outcomes at patients with notdifferentiated dysplasia of connecting fabric

A.L. Kostjuk

Results of the conducted research testify to high frequency of development of complications during pregnancy at notdifferentiated dysplasia of connecting fabric in the form of an early toxicosis and interruption threat in various terms. Besides, high frequency of placental dysfunction and untimely given vent amniotic waters has been noted. Besides high frequency obstetrical complications at pregnant women of this group, the analysis of a current early neonatal period at their newborns also has revealed high frequency of development perinatal complications. On the basis of the spent correlation analysis the interrelation between presence varicose expansions of veins with not developing pregnancy in the anamnesis and tearing away of horion has been established. The aforesaid testifies to the significant contribution notdifferentiated dysplasia of connecting fabric in development obstetrical and perinatal complications, proves expediency of carrying out of the further researches for definition early adverse forecasting signs of development of the given complications, and also for working out of treatment-and-prophylactic actions.

Key words: *notdifferentiated dysplasia of connecting fabric, obstetrical and perinatal outcomes of delivery.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Беленький А.Г. Синдром гипермобильности суставов: номенклатура, клинические проявления и лечение // *Consilium Medicum* 2011. – № 9. – С. 421–424.
2. Газазян М.Г. Особенности течения беременности и родов у пациенток с дисплазией соединительной ткани. – 2007. – 121 с.
3. Гурбанова С.Р. Роль недифференцированной дисплазии соединительной ткани в патогенезе истмико-цервикальной недостаточности // *Материалы IX Всероссийского научного форума «Мать и дитя»*, 2007. – С. 121.
4. Донников А.Е., Кесова М.И. Перспективы молекулярно-генетических методов диагностики дисплазии соединительной ткани. // *Уральский медицинский журнал*, 2011. – № 81. – С. 33–37.
5. Назаренко Л.Г. Влияние недифференцированной дисплазии соединительной ткани на акушерские и перинатальные исходы родоразрешения // *Жіночий лікар*. – 2012. – № 10. – С. 135–139.

Вплив екстрагенітальної патології на результати розродження жінок, які багато народжують

Л.В. Манжула

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

Робота присвячена вивченню особливостей протікання екстрагенітальної патології та ускладнень вагітностей у жінок, які багато народжують. У цих жінок, у порівнянні з першо- і повторнородящими, частіше всього виникають анемії, прееклампсія, невиношування, кровотечі різного генезу в пологах, а розродження їх збільшує ризик проведення операцій кесаревого розтину. У зв'язку з цим, жінки, які багато народжують, складають групу високого ризику з материнської та перинатальної смертності. Дана проблема залишається актуальною і по цей час та потребує більш досконалого вивчення та дослідження.

Ключові слова: жінки, які багато народжують, екстрагенітальна патологія.

У вітчизняній та зарубіжній літературі останніми роками з'явилася невелика кількість робіт, які присвячені проблемам жінок, які багато народжують. Дослідження проводили в різних аспектах де були вивчені особливості протікання та ускладнення вагітності та пологів у жінок, які багато народжують [2, 8–10].

Однією із найважливіших умов вирішення завдань з профілактики та зниження материнської та перинатальної захворюваності й смертності є удосконалення заходів щодо поліпшення якості акушерсько-гінекологічної допомоги та розвиток найбільш раціональних форм медичного обслуговування жінок у групах високого ризику. До такої групи, без сумніву, відносяться і жінки, які багато народжують (більше трьох пологів в анамнезі), оскільки виділення цього контингенту жінок в особливу групу диктується наявністю частотою виявлених у них екстрагенітальних захворювань та різних ускладнень вагітності [1–3, 8].

Відповідно до сучасних даних літератури жінки, які багато народжують, складають групу високого ризику щодо профілактики та зниження материнської та перинатальної смертності, оскільки у них, порівняно з першо- і повторнородящими, набагато частіше зустрічаються анемії, гестози, невиношування вагітності, слабкість родової діяльності та кровотечі різного генезу в пологах [4, 5, 9, 10].

Найчастішим ускладненням вагітності у жінок, які багато народжують, залишається гестаційна анемія, частота якої за останні роки значно зросла. Незважаючи на можливості та успіхи сучасної медицини гестаційна анемія до цих пір залишається однією з ведучих причин материнської та перинатальної смертності. Так, плодові втра-

ти у жінок з гестаційною анемією складають біля 30%, а при важкій ступені зростає у декілька разів [7].

Невиношування вагітності серед жінок, які багато народжують, продовжує залишатися одним із основних типів акушерської патології, займаючи провідне місце серед причин несприятливих перинатальних наслідків [6]. Частота передчасних пологів не має тенденції до зниження та протягом останніх двох десятиліть стабільно складає 5–25% [6,7].

Важливу роль у структурі екстрагенітальної патології у цієї групи жінок займає прееклампсія. Незважаючи на можливості й успіхи сучасної медицини, прееклампсія дотепер залишається однією із головних причин материнської і перинатальної смертності. Частота даного ускладнення складає 2,3–16,6% і не має тенденції до зниження [1, 6, 7]. За останні роки особливе занепокоєння склала тенденція до зростання не тільки частоти пізніх гестозів, а й їх атипичний перебіг, збільшення відсотку тяжких форм, поліморфних уражень в материнському і плодовому організмах, які, в свою чергу, є резистентними до традиційних методів лікування. Висока частота материнських (12,5–16,0%) та перинатальних (9,5–30,0%) втрат перетворює прееклампсію в медико-соціальну проблему державного рівня [1, 7].

Серед важливих екстрагенітальних захворювань, що ускладнюють вагітність у жінок, які багато народжують, слід відмітити варикозну хворобу, проблеми ожиріння та пролонгування вагітності у цих жінок, пієлонефрити, та хронічні захворювання печінки [2, 9].

Тому питання дослідження та вивчення особливостей протікання екстрагенітальних захворювань і ускладнень вагітностей у жінок, які багато народжують, є актуальними і по цей час, а рівень багатократних пологів в Україні зростає з кожним роком, внаслідок чого створюється група високого ризику репродуктивних ускладнень та втрат у цієї групи жінок.

Мета дослідження: вивчення оцінки соматичного статусу жінок, які багато народжують, з визначенням у них найбільш частих екстрагенітальних захворювань, які супроводжували обстежених під час вагітності та пологів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети і завдань дослідження нами були вивчені 150 історій пологів та індивідуальних обмінних карт за матеріалами, які проведені у пологовому відділенні та жіночій консультації пологового будинку № 3 м. Києва. Обстежених було розподілено на групи:

I група (основна) – 50 жінок, які мають в анамнезі чотири і більше вагітностей та пологів (жінки, які багато народжують);

II група (порівняльна) – 50 жінок, які мають в анамнезі одні або двоє пологів (жінки, які мало народжують).

Комплексне дослідження включало в себе підбір контингенту обстежуваних жінок, клінічний аналіз протікання вагітностей, пологів та післяпологового періоду у цих жінок, клініко-функціональні, лабораторні та статистичні методи дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Дані проведених досліджень свідчать, що вікова група жінок, які багато народжують, від 21 до 30 років склала 32,0%, інші 68,0% – це жінки віком від 31 до 40 років, в се-

редньому 32,6±1,2 року. Більшість жінок, які багато народжують, мали відносно молодий вік, що пов'язано з малим інтервалом між пологами, який при наших дослідженнях коливається від 1,5 до 2,7 року, що, в середньому, складає 2 роки та 1 міс. У групі жінок, які мало народжують, вік до 30 років склав 86,0%.

Найчастішим ускладненням вагітності у жінок, які багато народжують, була залізодефіцитна анемія, яка існувала у них ще до вагітності. У вагітних вона проявляється швидше, а сама вагітність – сприяє її розвитку. Підтвердженням цього є зріст частоти анемії паралельно числу пологів. Так, у жінок, які багато народжують, при четвертих пологах анемія спостерігається у 48,0%, при шостих – у 72,0% жінок, при восьмих – 86,0%, десятих і послідуєчих – 100,0% жінок, що обумовлено поряд з іншими факторами і малим інтервалом між пологами. Важка форма анемії у основній групі, мала місце у 16,0% жінок, середньої важкості – у 56,0%, легка форма – у 28,0% жінок. У той же час у жінок порівняльної групи, важка форма анемії спостерігалася у 4,0%, середньої важкості – у 32,0%, легка форма – у 54,0% жінок.

Таким чином, у жінок, які багато народжують, важка форма анемії у 4 рази зустрічається частіше, ніж у жінок, які мало народжують, а середнього ступеня важкості анемія спостерігається у жінок основної групи у 1,75 разу частіше ніж у жінок порівняльної групи.

Наступним важливим ускладненням є збільшення частоти гестозів у обстежених жінок, які багато народжують. Ранній токсикоз виявлений у 10,0% жінок, водянка вагітних була діагностована у 14,0%, при чому спостерігалася частіше при шостих – восьмих пологах при наявності самого короткого проміжку між вагітностями. Преєклампсія у жінок основної групи виявлялася у 3,5 разу частіше (28,0%), ніж у жінок, які мало народжують. Що стосується преєклампсії легкого, середнього та важкого ступенів, то ця патологія зростала паралельно збільшенню пологів, досягаючи при п'ятих, шьомих, дев'ятих і послідуєчих пологах, а саме: преєклампсія легкого ступеню у 16,0%, середнього ступеню важкості у 10,0% та еклампсія у 2,0% обстежених жінок, які багато народжують, проти 8,0% у жінок, які мало народжували.

Наступним розділом нашого дослідження стало вивчення проблеми невиношування вагітності. Передчасні пологи у жінок, які багато народжують, відмічалися у 24,0% і частіше всього наставали в термінах вагітності від 28 до 32 тижнів гестації (62,0%), тоді як у жінок, які народжували вперше або повторно передчасні пологи відмічалися у 2 рази менше (12,0%) у терміні вагітності, в основному, 34–36 тиж гестації (74,0%), що з перинатальних позицій є найбільш сприятливим моментом. Особливо високою була питома вага передчасних пологів при дев'ятих та наступних вагітностях, а також у жінок старше 35 років. Основними причинами невиношування у жінок, які багато народжують, був ускладнений репродуктивний анамнез, різні екстрагенітальні захворювання та нейроендокринні розлади, в структурі яких вагоме місце займають вищезгадані анемія, преєклампсія, плацентарна дисфункція, гіпертонічна та варикозна хвороби, хронічні захворювання нирок і печінки.

При вивченні характеру розвитку передчасних пологів потрібно відзначити, що в обох групах основною причиною їх настання стало передчасне злиття навколоплідних вод на фоні інтраамніального інфікування. У жінок, які мало народжували частота стрімких пологів та плацентарної дисфункції спостерігається майже у два рази меншою, як у жінок основної групи. Протікання гіпертонічної хвороби та захворювань нирок збільшувало

настання преєклампсії у жінок, які багато народжують, у порівнянні з жінками, які мало народжують, а передчасні пологи, які супроводжувалися передчасним відшаруванням нормально розміщеної плаценти спостерігалися лише у жінок основної групи.

Із наступних ускладнень вагітностей серед обстежених жінок слід відмітити, що майже у кожній сьомій жінки (15,0%), які багато народжували, спостерігалася варикозна хвороба і тільки в 2,0% у порівняльній групі. Кожна дев'ята жінка із основної групи (11,0%) мала ожиріння та у 8,0% – захворювання нирок (пієліти, пієлонефрити). Частота сідничного передлежання плода спостерігалася у жінок основної групи у 6,0%, причому у жінок низького зросту, частота яких зростала із сьомих пологів, а при наступних знижувалася. У жінок, які мало народжують, цей показник становив 2,0%. Поперечне положення плода або ж неправильно вставлення передлежачої голівки нами під час досліджень діагностовано не було.

Вивчаючи особливості пологів у жінок, які багато народжують, потрібно також звернути увагу на їх тривалість. Загальна тривалість пологів у всіх жінок основної групи складала 7 год 05 хв, що на 3 год 45 хв менше, ніж у групі порівняння. При цьому скорочувався як перший, так і другий період пологів, що особливо видно, починаючи з шостих і подальших пологів.

Слабкість пологової діяльності виявлялася у 8,0% жінок основної групи, при цьому первинна слабкість – у 5,0%, а вторинна – у 3,0%. У цілому, слабкість родової діяльності у жінок, які багато народжують спостерігається у чотири рази частіше, ніж у жінок, які мало народжують, що зумовлено не тільки збільшенням кількості пологів, але і такими факторами як перенесені в анамнезі аборт, запальні процеси статевих органів, анемії та ін.

Акушерські кровотечі зустрічалися у 18,0% жінок, які багато народжують: передчасне відшарування нормально розташованої плаценти – у 4,0%, передлежання плаценти – у 2,0%, кровотечі у післяпологовому періоді – 12,0%. Заслугує на увагу той факт, що у жінок, які багато народжують, передлежання плаценти спостерігається в 4 рази частіше, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти – у 3 рази та кровотечі в післяпологовому та ранньому післяпологових періодах у 2 рази частіше, ніж у жінок, які мало народжують. Частота цих ускладнень зростає, починаючи з п'ятих пологів і послідуєчих.

У зв'язку з цим, частота оперативних втручань у жінок, які багато народжують (кесарів розтин, надпівхова ампутація та екстирпація матки) у 3 рази вище, ніж у жінок, порівняльної групи, відповідно: 9,0% проти 3,0%.

ВИСНОВКИ

Особливості протікання екстрагенітальних захворювань у жінок, які багато народжують, є надзвичайно актуальним питанням сучасного акушерства і не до кінця вивченим. У зв'язку з цим, у порядку зниження ускладнень вагітності та пологів, профілактики материнської та перинатальної смертності у цієї групи жінок, важлива роль приділяється роботі жіночої консультації, де в першу чергу повинна здійснюватися вчасна діагностика вагітності, ретельне диспансерне спостереження за вагітними групи ризику з частими пологами, екстрагенітальною патологією і ускладненнями вагітності та обов'язкове їх оздоровлення. У свою чергу пологодопоміжні заклади повинні проводити кваліфіковане розродження цих жінок з сучасним наданням новітніх технологій акушерської та перинатальної пологодопомоги.

Влияние экстрагенитальной патологии на результаты родоразрешения многорожавших женщин

Л.В. Манжула

Данная работа посвящена изучению особенностей течения экстрагенитальной патологии и осложненной беременности у многорожавших женщин. У этих женщин, по сравнению с перво- и повторнорожающими, чаще всего возникают анемии, преэклампсия, невынашивание беременности, кровотечения в родах и послеродовом периоде, а родоразрешение их увеличивает риск проведения операций кесарева сечения. Многорожавшие женщины составляют группу высокого риска по развитию материнской и перинатальной смертности, в связи с чем эта проблема остается актуальной и по сегодняшний день и указывает на необходимость более глубокого ее изучения и исследования.

Ключевые слова: многорожавшие женщины, экстрагенитальная патология.

Influence of extragenital pathologies on results delivery at multipara woman *L. V. Manzhula*

This work is devoted to studying the extragenital diseases at pregnant woman at multipara woman with following positive effect on clinical current of pregnancy and sorts and also perinatal outcomes delivery. These woman make group of high risk in obstetrical and perinatal pathology, so this problem is actual nowadays and needs careful studying and research.

Key words: multipara woman, extragenital pathology.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамченко В.В., Кисилев А.Г., Орлова О.О. Ведение беременности и родов высокого риска. – Спб; 2010. – 234 с.
2. Белазі Н. Порівняльні аспекти акушерської і перинатальної патології у жінок, які багато народжують. Галицький лікарський вісник, 2001. – № 1. – С. 90–91.
3. Бурдулі Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивні втрати. – М.: Триада, 2013. – 347 с.
4. Вдовиченко Ю.П., Шадлун Д.Р., Бородавко Л.Г. Диференційований підхід до профілактики та лікування порушень у системі мати–плацента–плід. Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2001. – № 2. – С. 72–74.
5. Гайструк А.Н., Гайструк Н.А., Ель-Ілеш Ель-Шейх Мохамед. Профілактика маткових кровотеч у жінок з анемією вагітних // Зб. наук. праць Асоц. акуш-гінек. України. – К.: ТМК, 1999. – С. 23–27.
6. Голота В.Я., Бенюк В.О. Перинатальні аспекти недоношування вагітності // Проблеми медицини. – 1999. – № 1–2. – С. 32–35.
7. Глазков И.С., Айман Абдо. Профілактика і лікування анемії вагітних у многорожавших жінок // Репродуктивное здоровье женщины, 2007. – № 5 (34). – С. 95–96.
8. Закиров И.З., Келжаев Ш.О. Течение и исход беременности и родов у многорожавших женщин // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 3. – С. 31–33.
9. Крейш Оваед. Профілактика плацентарної недостатності у жінок, які багато народжують. Репродуктивное здоровье женщины. – 2006. – № 4 (29). – С. 86–87.
10. Моссалам Аль-Баруди. Особенности течения поздних гестозов у многорожавших женщин // Актуальні проблеми акушерства та гінекології, клінічної імунології та медичної генетики: Зб. наук. пр. – К.; Луганськ, 2012. – Вип. 7. – С. 53–56.

УДК 618.36-07:618.25

Профілактика перинатальної патології при багатоплідній вагітності

О.В. Мельник

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

Результати проведених досліджень свідчать, що багатоплідна вагітність є чинником ризику перинатальної патології. Для своєчасної діагностики і ефективного контролю за лікувально-профілактичними заходами, що проводяться, необхідно використовувати динамічні ехографічні і доплерометричні дослідження.

Ключові слова: перинатальна патологія, багатоплідна вагітність.

На сучасному етапі примітним з медичної і соціальної точок зору є те, що така біологічна константа, як частота багатоплідної вагітності, згідно з багаточисельними літературними даними, різко зросла за останні два десятиліття. Це особливо характерний для економічно розвинених країн. У США, наприклад, щорік встановлюється новий рекорд в абсолютній кількості багатоплідних вагітностей, а в 2003 році частота багатоплідних вагітностей перевищила 3% [6, 7]. З 1980 по 2001 рік кількість двійнят, що становлять 94% від всіх багатоплідних пологів, зросла на 77%, а кількість трійнят і багатоплідних вагітностей вищого порядку збільшилася в 4,5 разу. Основними чинниками, що зумовили такий стрибок, з'явилися, в першу чергу, широке поширення допоміжних репродуктивних технологій, а також збільшення віку матері при дітородінні [1, 2].

Оскільки багатоплідна вагітність є високим ризиком як для матері, так і для плоду, вказане збільшення частоти багатопліддя робить вплив на акушерські і перинатальні показники, ставлячи проблему багатоплідної вагітності в ряд найбільш актуальних проблем сучасної допомоги породіллі [1–7]. Перинатальна смертність при вагітності двійнятами в 5–7 разів вище, ніж при вагітності одним плодом (складаючи, за даними різних авторів, від 40% до 200%), а при вагітності вищого порядку цей показник ще більший [1–7].

Мега дослідження: підвищення ефективності профілактики перинатальних ускладнень у жінок з багатоплідною вагітністю на основі розробки діагностичних і прогностичних критеріїв внутрішньоутробної гіпоксії плодів з використанням клініко-біохімічних і функціональних методів досліджень.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленою метою нами було обстежено 79 жінок з багатоплідною вагітністю (двійнята) в терміні від 31 до 40 тиж вагітності. Залежно від результату пологів для плоду всі були розділені на три клінічні групи. 1

(контрольну) групу склали 31 жінок з двійнятами – пологи закінчилися народженням практично здорових дітей; 2 група – 33 двійнята, де один або обоє новонароджених перенесли середню міру асфіксії і 3 група – 15 двійнят, де один або обоє новонароджених перенесли важку міру гіпоксії. При цьому оцінка в 7–10 балів відображала задовільний стан плоду; 5–6 балів відповідала легкій асфіксії і 0–4 балів – важкій асфіксії.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, кардіотокографічні, доплерометричні, біохімічні, морфологічні і статистичні методи дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вік вагітних жінок в досліджуваних групах достовірно не відрізнявся і склав в 1 групі $30,1 \pm 5,1$ року, в 2 групі – $31,2 \pm 6,4$ року і в 3 групі – $29,6 \pm 5,3$ року ($p > 0,05$).

Із-за різних порушень репродуктивної функції обстежених жінок (в основному – первинне і вторинне безпліддя), багатоплідна вагітність у багатьох настала після гормональної стимуляції овуляції або допоміжних репродуктивних технологій (ВРТ). Так, у 26 (78,7%) жінок 2 групи і 10 (66,6%) жінок 3 групи вагітність виникла після ВРТ, що достовірно вище ($p < 0,05$) чим в контрольній групі – 13 (41,9%) жінок.

Згідно з отриманими результатами, найбільше число ускладнень вагітності і пологів наголошувалося в 3 клінічній групі, де народилися діти в стані важкої асфіксії. Особливо наочно це є видимим при аналізі таких ускладнень, як плацентарна дисфункція (1 група – 22,5%; 2 – 45,3% і 3 – 66,6%); преекслампсія (1 група – 9,6%; 2 – 15,1% і 3 – 20,0%) і передчасні пологи (1 група – 22,5%; 2 – 36,3% і 3 – 66,6%).

Як було вже відмічений вищим для оцінки функціонального стану фетоплацентарного комплексу було проведено динамічні ехографічні і доплерометричні дослідження. У ході ехографічного обстеження вироблялася фетометрія і плацентографія, визначався вигляд передлежання 1 і 2 плодів. При цьому, у більшості жінок (76,1%) перший плід знаходився в головному передлежанні.

Після виміру основних фетометричних показників визначали кількість і локалізацію плацент, їх товщину і структурність, ідентифікували амніотичну перегородку, визначали кількість навколоплідних вод, при діамніотичних двійнятах в кожному амніоні. При ультразвуковому оцінюванні внутрішніх органів плоду виключалися вроджені вади розвитку.

Аналіз даних фетометрії дозволив діагностувати в 2 клінічній групі внутрішньоутробну затримку розвитку в 16 (24,2%) плодів і в 3 клінічній групі – в 7 (23,3%), яка була підтверджена у всіх випадках після пологів. Затримка розвитку плоду характеризувалася наявністю невідповідності розмірів його живота або всіх фетометричних параметрів терміну вагітності, чисельні значення яких були нижчі 10-й перцентилі нормативних показників.

При ультразвуковій плацентографії було встановлено, що в контрольній групі всі двійнята були біхоріальні. У 2 групі виявлено 3 (9,0%) випадки і в 3

групі також 3 (20,0%) випадки де був монохоріальний тип плацентациї. При цьому, достовірних відмінностей в локалізації плаценти в обстежених клінічних групах не спостерігалось.

При доплерометричному дослідженні кровотік в спіральних артеріях успішно був виявлений в 88,7% в центральних ділянках плацентарного ложа. У 9 випадках (11,3%) свідчення кровотоку в центральній області плацентарного ложа не були отримані, через те, що ділянка плаценти була закрита частинами тіла одного з плодів і важко візуалізація. Спіральні артерії ідентифікувалися шляхом кольорового картування на їх анатомічній позиції, але здобуття чистого сигналу було утруднене в межах максимального часу дослідження в 15 хв. У 11,3% випадках плацента розташована по задній стінці матки і пульсація материнської аорти робило точний вимір неможливим. У всіх випадках криві швидкості кровотоку (КСБК) маткових артерій, середній мозковій артерії, артерії пуповини і її термінальний гілок були успішно отримані при використанні кольорового доплерометричного устаткування. Кровотік в спіральних артеріях при фізіологічному перебігу багатоплідної вагітності мав двофазний спектр і характеризувався низькою пульсацією і високими швидкостями діастол.

У випадках затримки внутрішньоутробного розвитку (ЗВР), а також у меншого близнюка при диссоційованому розвитку і сприятливому результаті вагітності значення відношення систоло-діастолічного (СДО); індексу резистентності (ІР) і плацентарного індексу (ПІ) кровотоку в спіральних артеріях були достовірно вище ($p < 0,05$). У 2 і, особливо в 3 групах компонент діастолі КСБК спіральних артерій центру плацентарного ложа понижений, а СДО, ІР і ПІ були підвищені ($p < 0,05$). Слід зазначити, що в плодів із ЗВР і що перенесли асфіксію, значення СДО, ІР і ПІ спіральних артерій були ще вищими, але відмінності не були достовірними ($p > 0,05$).

Виявлено, що в плодів із ЗВР і в менших плодів при диссоційованому розвитку, як при сприятливих результатах пологів, так і при гіпоксії значення СДО, ІР і ПІ артерій пуповини і її термінальних гілок були достовірно вище, ніж в плодів з нормальною масою тіла ($p > 0,05$). Крім того, при сприятливих результатах багатоплідної вагітності відношення СДО, ІР і ПІ термінальних гілок артерій пуповини до артерій пуповини було < 1 . При важкій мірі внутрішньоутробної гіпоксії плоду це відношення було > 1 .

При фізіологічному перебігу вагітності двійнятами індекси судинного опору поступово знижуються в перебігу ІІІ триместра. У 2 і, особливо, 3 клінічних групах при стражданні плоду відмічено підвищення швидкості діастолі кровотоку, і значення СДО, ІР і ПІ були понижені ($p < 0,05$). Слід зазначити, що в плодів із ЗВР і плодів, що перенесли асфіксію, значення СДО, ІР і ПІ середньої мозкової артерії були ще нижчими, але відмінності не були достовірними ($p > 0,05$). Представляє особливий інтерес дані стосунки СДО, ІР і ПІ середньої мозкової артерії до артерій пуповини < 1 , тобто централізація кровотоку, що спостерігалось в 8 (56,6%) плодів 3 клінічних групи, які перенесли важку асфіксію.

ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, багатоплідна вагітність є чинником ризику плацентарної недостатності. Для своєчасної діагностики і ефективного контролю за лікувально-профілактичними, що проводяться, заходами необхідно використовувати динамічні ехографічне і доплерометричне дослідження.

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

- багатоплідна вагітність є універсальним чинником ризику розвитку плацентарної недостатності з високим рівнем перинатальної захворюваності і смертності;

- жінки з багатоплідною вагітністю повинні проходити ультразвуковий скринінг в 11 половинах вагітності з обов'язковою оцінкою кровотоку в спіральних артеріях і кінцевих артеріях пуповини, що дозволяє своєчасно діагностувати плацентарну недостатність і змінювати тактику лікувально-профілактичних заходів;

- з метою контролю за ефективністю лікувально-профілактичних заходів, що проводяться, необхідний комплексний підхід з динамічною оцінкою ехографічних, доплерометричних, кардіотокографічних показників, а також рівня білків плацентарних;

- для зниження частоти перинатальної захворюваності смертності при багатоплідній вагітності необхідно проводити адекватну оцінку функціонального стану фетоплацентарного комплексу і за наявності хронічної гіпоксії і внутрішньоутробної затримки обох плодів своєчасно ставити питання про абдомінальне розродження в оптимальні терміни гестації.

Профилактика перинатальной патологии при многоплодной беременности О.В. Мельник

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что многоплодная беременность является фактором риска перинатальной патологии. Для своевременной диагностики и эффективного контроля за проводимыми лечебно-профилактическими мероприятиями необходимо использовать динамические эхографические и доплерометрические исследования.

Ключевые слова: перинатальная патология, многоплодная беременность.

Preventive maintenance of perinatal pathologies at multipara pregnancy O. V. Melnik

Results of the lead researches testify, that multipara pregnancy is a risk factor of perinatal pathology. For duly diagnostics and an effective control for spent treatment-and-prophylactic actions are necessary for using dynamic ehografical and dopplerometrical researches.

Key words: perinatal pathology, multipara pregnancy.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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

Профилактика преэклампсии и преждевременных родов у многорожавших женщин

Е. Набхан

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика

Изучены основные особенности клинического течения преэклампсии и преждевременных родов у женщин в зависимости от паритета. Как показали результаты проведенных исследований использование предлагаемой нами методики у многорожающих женщин позволяет существенно снизить частоту преждевременных родов и преэклампсии за счет тяжелых форм, а также улучшить перинатальные исходы родоразрешения. Подтверждением клинических различий между группами является функциональное состояние фетоплацентарного комплекса и снижение частоты гемостазиологических и гемодинамических нарушений у многорожающих женщин.

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

Охрана материнства и детства является приоритетным направлением охраны здоровья. Улучшение показателей материнской и перинатальной смертности является наиболее важной задачей в работе как научных коллективов, так и в практическом здравоохранении.

По заключению комитета экспертов ВОЗ (2010) многочисленные роды и частые беременности являются универсальными факторами риска. В соответствии с современными данными литературы [1–4] у многорожающих женщин, по сравнению с перво- и повторнородящими, намного чаще встречаются заболевания, которые относятся к региональной патологии: анемия, пиелонефрит, нейроциркуляторная астеня, гипертоническая болезнь и печеночная патология. Кроме того, у них имеет место более высокий уровень анемии беременных и преэклампсии, клиническое течение которых является более тяжелым. В свою очередь, это приводит к значительной частоте осложнений в родах и в послеродовом периоде [1, 2].

В течение последних десятилетий преэклампсия продолжает оставаться достаточно актуальной акушерской проблемой [1–4]. Это обусловлено постоянно меняющейся клинической картиной, высоким уровнем соматической заболеваемости среди женщин репродуктивного возраста, использованием широкого арсенала современных медикаментозных и физических факторов на материнский организм и др. [1–4]. Несмотря на тот факт, что многие научные коллективы нашей страны и за рубежом работают над решением этой важной проблемы, частота и степень вы-

раженности материнской и перинатальной патологии в этой группе остается достаточно высокой.

Несмотря на значительное количество научных публикаций по каждой проблеме самостоятельно, вопросы профилактики преэклампсии у многорожающих женщин раньше не поднимались, хотя их актуальность не вызывает сомнений.

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

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели сначала был проведен клинико-статистический анализ 150 случаев преэклампсии в зависимости от паритета, при этом были выделены следующие группы: I группа – 50 первородящих с преэклампсией; II группа – 50 повторнородящих с преэклампсией; III группа – 50 многорожающих с преэклампсией.

В последующем было проведено клинико-лабораторное и функциональное обследование 100 многорожающих женщин, которые были разделены на две группы: IV группа – 50 многорожающих женщин, получавших общепринятые лечебно-профилактические мероприятия; V группа – 50 многорожающих женщин, получавших разработанную нами методику.

Контрольную группу составили 50 первородящих без акушерской и соматической патологии, родоразрешенных через естественные родовые пути.

Общепринятые лечебно-профилактические мероприятия включали в себя использование антигипоксантов (витамин Е); антиагрегантов (курантил, трентал, компламин); спазмолитиков (но-шпа, папаверин) и комплексы витаминов и минералов [1, 2].

Основным отличием предлагаемой методики является использование лечебно-профилактического комплекса антигемотоксических препаратов фирмы «Хель» в следующие сроки беременности: 18–20 нед (формирование фетоплацентарного комплекса); 28–30 нед (в эти сроки наиболее часто развивается преэклампсия) и в 36–38 нед (начинается родовая подготовка) следующими препаратами: Коэнзиме композитум и Ангио-Инъель по следующей схеме: по 1 ампуле внутримышечно через 1, 2, 3, 4 и 5 дней (всего на курс 5 инъекций в течение 20 дней). Дополнительно к этому применяли в аналогичные сроки беременности препарат «HAES-STER-IL 6%» в дозировке 2,0–3,0 мл/кг один раз в три дня, всего 4–5 введений.

Научным обоснованием предлагаемой методики является тот факт, что многорожающие женщины имеют высокий уровень сопутствующей экстрагенитальной патологии (чаще всего заболевание желудочно-кишечного тракта и печени, а также нейроциркуляторную дистонию), а также акушерских и перинатальных осложнений на фоне выраженных гемостазиологических и гемодинамических нарушений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что частота сочетанных форм преэклампсии возрастает по мере паритета: у первородящих –

38,0%; у повторнородящих – 52,0% и у многоорожающих – 94,0%. В структуре преэклампсии у первородящих преобладает легкая степень (62,0%); у повторнородящих – легкая (46,0%) и средняя степень тяжести (28,0%); у многоорожающих женщин чаще встречается тяжелая (42,0%) и средняя степень тяжести (32,0%), а в каждом десятом наблюдении – эклампсия (10,0%).

Клинические симптомы преэклампсии появляются у первородящих женщин в большинстве случаев (68,0%) в 33–35 нед; у повторнородящих – в 33–35 нед (48,0%) и в 29–32 нед (32,0%); у многоорожающих – в 20–28 нед (34,0%), в 29–32 нед (40,0%) и в 33–35 нед (24,0%). Частота всех трех классических симптомов преэклампсии (гипертензия + отеки + протеинурия) составляет у многоорожающих женщин 62,0%; у повторнородящих – 36,0% и у первородящих – 24,0% соответственно.

Родоразрешение многоорожающих женщин с преэклампсией характеризуется высокой частотой преждевременных родов (21,0%), преждевременного разрыва плодных оболочек (48,0%); аномалий родовой деятельности (42,0%) и акушерских кровотечений (32,0%), что приводит к высокому уровню кесарева сечения (34,0%), а в структуре показаний ведущими являются неэффективное лечение преэклампсии (47,1%); эклампсия (29,4%) и преждевременная отслойка плаценты (23,5%).

Перинатальные исходы родоразрешения многоорожающих женщин с преэклампсией характеризуются высокой частотой интранатальной асфиксии (32,0%), задержки внутриутробного развития плода (26,0%) и родового травматизма (8,0%). В ранний неонатальный период имеет место значительный уровень постгипоксической энцефалопатии (24,0%); реализации внутриутробного инфицирования (12,0%); геморагического синдрома (8,0%) и гипербилирубинемии (6,0%). Суммарные перинатальные потери составляют 80,0%.

Компенсированные эхографические изменения функционального состояния фетоплацентарного комплекса у многоорожающих женщин перед родоразрешением составляют 44,0%; субкомпенсированные – 20,0% и декомпенсированные – соответственно в 10,0%. Изменения маточно-плацентарно-плодового кровотока характеризуются усилением кровотока в сосудах пуповины и матки при одновременном снижении у плода. Дисгормональные нарушения проявляются уменьшением уровня эстриола, прогестерона, хорионического гонадотропина и плацентарного лактогена на фоне одновременного увеличения уровня кортизола.

Гемостазиологические нарушения у многоорожающих женщин начинаются с 18–20 нед и касаются тромбоцитарного звена гемостаза (снижение числа тромбоцитов при одновременном увеличении их спонтанной агрегации) и активности факторов «внутреннего» пути свертывания крови (увеличение протромбинового индекса и укорочения активированного частичного тромбопластинового времени). В 28–30 нед дополнительно происходит снижение антикоагулянтного потенциала крови (уменьшение содержания антитромбина III и увеличение содержания фибриногена), что можно трактовать как хронический синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания, на фоне которого повышается риск развития преэклампсии.

У многоорожающих женщин имеет место стойкая тенденция к снижению всех показателей центральной гемодинамики (28–30 нед) и изменений кислотно-основного состояния крови (18–20 нед) в сторону метаболического ацидоза, на что указывает дефицит оснований и снижение уровня истинного бикарбоната. Указанный ацидоз частично компенсируется увеличением парциального давления O_2 и насыщения им гемоглобина с одновременным снижением насыщения крови углекислотой, что обусловлено преобладанием грудного типа дыхания.

Использование предлагаемых лечебно-профилактических мероприятий позволяет снизить частоту преждевременных родов (с 21,0% до 8,0%); различных форм преэклампсии (с 32,0% до 14,0%) и одновременно увеличить уровень легкой степени тяжести (с 25,0% до 57,1%) на фоне снижения средней (с 31,2% до 28,6%) и тяжелой степени (с 31,2% до 14,3%). Основные клинические проявления начинаются после 33 нед (60,0%), а частота максимального клинического проявления (наличие всех трех симптомов преэклампсии) снижается с 70,0% до 32,0%.

ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований использование предлагаемой нами методики у многоорожающих женщин позволяет существенно снизить частоту преждевременных родов и преэклампсии за счет тяжелых форм, а также улучшить перинатальные исходы родоразрешения. Подтверждением клинических различий между группами является функциональное состояние фетоплацентарного комплекса и снижение частоты гемостазиологических и гемодинамических нарушений у многоорожающих женщин.

Профілактика преєклампсії і передчасних пологів у жінок, які багато народжують

Е. Набхан

Вивчені основні особливості клінічного перебігу преєклампсії і передчасних пологів у жінок залежно від паритету. Як показали результати проведених досліджень використання запропонованої нами методики у жінок, які багато народжують, дозволяє істотно знизити частоту передчасних пологів і преєклампсії за рахунок важких форм, а також поліпшити перинатальні результати розродження. Підтвердженням клінічних відмінностей між групами є функціональний стан фетоплацентарного комплексу і зниження частоти гемостазиологічних і гемодинамічних порушень у жінок, які багато народжують.

Ключові слова: преєклампсія, передчасні пологи, жінки, які багато народжують, профілактика.

Preventive maintenance of preeclampsia and premature birth at multipara women

E. Nabhan

The basic features of clinical current preeclampsia and premature birth at women are investigated depending on parity. As have shown results of the lead researches use of a

technique offered by us at multipara women allows to lower essentially frequency premature birth and preeclampsia due to heavy forms, and also to improve perinatal outcomes delivery. Acknowledgement of clinical distinctions between groups is the functional condition fetoplacental a complex and decrease in frequency hemostasiological and hemodynamic infringements at multipara women.

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

СПИСОК ЛІТЕРАТУРЫ

1. Закиров И.З., Келжаев Ш.О. Течение и исход беременности и родов у многорожавших женщин // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 4. – С. 31–33.
2. Мухитдинова Т.К. Значение гемостазиологического скрининга у беременных, рожениц и родильниц в условиях Узбекистана // Физиология и патология гемостаза. – Полтава, 2010. – С. 212.
3. Радзинский В.Е. Проблемы материнской смертности в мировой перспективе // Вестн. акуш.-гинеколога. – 2013. – № 2. – С. 5–10.
4. Hammad A.E. Women and health security // Mid Hlth Statist. Quart. – 2013. – V. 49, № 2. – P. 74–77.

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

Повторний кесарів розтин з позицій перинатальних наслідків та партнерських пологів

І.П. Нецкарь

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

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

Ключові слова: повторний кесарів розтин, перинатальні результати.

Впродовж останніх 15–20 років у всьому світі наголошується зростання частоти кесарева розтину в 3–4 рази. Згідно з даними літератури, частота операції складає від 13% до 45% [1–5].

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

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

Мета дослідження: було вивчення перинатальних результатів повторного кесарева розтину.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети нами 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.

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

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

Відразу після народження і в ранньому неонатальному періоді досліджувався фізичний стан і неврологічний статус новонароджених.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

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

При аналізі екстрагенітальної патології був виявлений високий рівень захворюваності в обох групах: 58,0% жінок 1-ї групи і 62,0% жінок 2-ї групи мали будь-які хронічні захворювання. Достовірна різниця відмічена в частоті варикозного розширення вен нижніх кінцівок, яке переважало в основній групі (19,0% і 8,0%, $p \leq 0,05$).

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

У 1 групі в анамнезі одну операцію кесарева розтину перенесли 75,0% жінок, дві – 20,0%, три або чотири операції – 5,0% жінок. Інтервал між попереднім кесаревим розтином і справжньою вагітністю склав 1–2 роки у 27,0% жінок, 3–5 років – в 30%, 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, незрідка їх поєднання. Високий відсоток настання вагітностей протягом першого – другого року після операції (40,0%), кожна четверта з яких закінчувалася медичним абортom. Достовірного негативного впливу внутрішньоматкових втручань між операціями на перебування рубця на матці виявлено не було.

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

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

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

Аналіз показав, що одним з найбільш частих ускладнень вагітності у жінок з 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%, $p \leq 0,05$). 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% ($p \leq 0,05$).

Всіх обстежених жінок було розроджено шляхом кесарева розтину. Техніка операції не відрізнялася від загальноприйнятої.

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

Методом знеболення у всіх випадках була епідуральна або спінально – епідуральна анестезія.

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

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

ВИСНОВКИ

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

Повторное кесарево сечение с позиций перинатальных последствий и партнерских родов
И.П. Нецкарь

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

Ключевые слова: повторное кесарево сечение, перинатальные исходы.

Repeated cesarean section from positions perinatal outcomes and the partner labours
I.P. Netskar

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

Key words: a repeated cesarean section, perinatal outcomes.

СПИСОК 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 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. – 2007. – № 1. – С. 20–22.
4. Милованов А.П. Диагностика состояния рубца на матке у беременных, перенесших кесарево сечение / А.П. Милованов // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 1. – С. 40–44.
5. Чернуха Е.А. Вопрос диагностики состояния рубца на матке у беременных с кесаревым сечением в анамнезе не решен / Е.А. Чернуха // «Репродуктивное здоровье семьи»: материалы II международного конгресса по репродуктивной медицине. – М., 2008. – С. 81–82.

УДК 612.616.31:618.17:618.3

Прогностичне значення факторів ризику при домінуванні андрогенів при яєчниковій дисфункції для настання та перебігу вагітності

М.Є. Яроцький, Л.М. Семенюк

Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України

Гіперандрогенна форма безпліддя і репродуктивних втрат займає третє місце в структурі патології фертильності у жінок. Своєчасне встановлення чинників схильності до порушення фертильності жінок з яєчникомовою формою домінування андрогенів допоможе вибрати оптимальний, безтурботний і індивідуальний підхід до успішної реалізації гестації і знизити показник безпліддя і репродуктивних втрат в даного контингенту пацієнток.

Ключові слова: яєчникомова гіперандрогенія, передчасні пологи, репродуктивні втрати, метаболічний синдром.

Синдром гіперандрогенії (СГА) являє собою патологічний стан, обумовлений дією надлишкової секреції андрогенів на органи і тканини-мішені, і є актуальною проблемою в гінекології [1, 4, 10, 13]. Клінічні ознаки гіперандрогенії часто поєднуються з порушенням менструальної та репродуктивної функцій, надмірною масою тіла, нейроендокринними і вегетативними розладами [1, 3, 12]. Гіперандрогенна форма безпліддя та репродуктивних втрат займає третє місце в структурі патології фертильності у жінок [4, 9]. Все це визначає медико-соціальну значимість СГА, виняткову актуальність проблеми, необхідність удосконалення методів діагностики [2, 5, 7, 12].

Діагностика конкретної клінічної форми гіперандрогенії складна, що обумовлено багатofункціональністю ендокринної системи, поліморфізмом досліджуваної патології, переважанням змішаних форм. Тим часом виділення форми гіперандрогенії безумовно важливо для призначення адекватної, патогенетично обумовленої терапії [1, 3, 6, 11].

Мета дослідження: встановлення прогностичного значення факторів ризику при яєчниковій формі домінування андрогенів для настання та перебігу вагітності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для визначення гестаційних факторів ризику при домінуванні андрогенів було вивчено становлення менструальної функції та репродуктивний анамнез жінок з гірсутизмом та біохімічно встановленим домінуванням андрогенів 347

жінок. Яєчниковою формою гіперандрогенії зафіксовано у 133 пацієнток: 33 пацієнтки мали репродуктивні втрати в анамнезі – вони (група 1-а), та їхні матері (група 1) (анамнестично) склали основну групу дослідження; у 100 пацієнток з ЯГА вагітностей не було – група порівняння (2 та 2-а). Групою контролю було взято 30 здорових жінок, що готувалися до безпечного материнства. Для виконання дослідження було розроблено спеціальні анкети, до яких включені розділи дослідження: перший – відносився до визначення сімейного репродуктивного анамнезу, особливостей пренатального періоду у обстежуваних жінок з ГА, прийом гормональних препаратів матерями пацієнток, частота та особливості захворювань в ювенільному віці, час появи адренархе, тощо. Другий – дослідження становлення та перебігу менструальної функції, гінекологічні захворювання та оперативні втручання, контрацепція, дебют коїтархе, частота зміни статевих партнерів, настання вагітності та її перебіг, госпіталізація та лікування при вагітності, час закінчення вагітностей.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

1 група: середній вік менархе – $12,4 \pm 1,2$ роки. Дебют гірсутизму відбувся, в середньому, через 3 роки після менархе у переважної кількості жінок ($26(78,8\%)$). Статеве життя переважна кількість жінок розпочала в $20 \pm 0,7$ років. Даних по соматичній чи ендокринній патології на час пубертату встановити не вдалося.

Аналіз сімейного анамнезу пацієнток: середній вік матерів при народженні пробанда у пацієнток з яєчникомою гіперандрогенією та невиношуванням вагітності ($n=33$) склав $25,7 \pm 0,9$ року, батька – $26,9 \pm 0,9$. Основна втрата вагітностей відзначалася в II триместрі ($n=19$ ($57,6\%$)). Із особливостей гестаційного періоду кандидозний кольпіт у 26 ($78,8\%$); істміко-цервікальна недостатність (ПЦН) у 13 ($39,4\%$), із гормональних препаратів відзначали прийом масляного розчину прогестерону у I триместрі вагітності у зв'язку з загрозою переривань і магnezії сульфату у II триместрі у 30 ($90,9\%$) жінок. Передчасні пологи мали 2 ($6,06\%$) жінок. Середня вага дітей по групі при народженні складала $2950,7 \pm 11,6$ г. Середня частота вагітностей становила $3,9$ на жінку. Після пологів порушення лактації відзначали 13 ($39,4\%$) пацієнток. В подальшому порушення менструального циклу (п.м.ц) мали 23 ($69,7\%$); гіперпластичні процеси ендометрію – 31 ($93,9\%$), лейоміоми – 30 ($90,9\%$), патологія щитовидної залози діагностовано, в середньому, в $40-43$ роки у 22 ($66,7\%$), патологія молочної залози – у 15 ($45,5\%$), ожиріння – 19 ($57,6\%$). Характерним для цих пацієнток були висока частота цукрового діабету 2 типу в поєднанні з гіпертонічною хворобою (ГХ), атеросклероз – 14 ($42,4\%$) в молодому віці (середній вік – $38,6 \pm 2,6$ року).

1-а група: жінки з ЯГА, репродуктивними втратами, гірсутизмом, який дебютував з початком менструацій – в $14,1 \pm 0,9$ року. Середній вік обстежених склав $28,6 \pm 1,2$ року. Вік менархе $13,6 \pm 0,7$ року. Порушення менструальної функції по типу олігоменореї відзначали у кожної 4 пацієнтки 9 ($27,2\%$), подовження менструального циклу (до $30-40$ днів) – у 26 жінок ($78,8\%$), із затримками до 45 днів – у 7 ($21,2\%$) пацієнток. Середня кількість вагітностей на кожну жінку

склала $2,3$: пологами закінчилося 12 ($36,4\%$) вагітності, з них передчасними – 10 ($30,3\%$). Живих дітей 8 ($24,2\%$).

Головними захворюваннями підліткового періоду були: вегето-судинна дистонія – 12 ($36,4\%$), хронічний тонзиліт, який виявлявся в 7 ($21,2\%$); захворювання шлунково-кишкового тракту – 27 ($81,8\%$). Найчастіше зустрічалися: патологія жовчного міхура, дисбактеріоз кишківника, гастрит, хелікобактерна інфекція тощо.

Аналіз репродуктивної функції: вік матері при народженні пробанда склав $27,7 \pm 0,9$ року, батька – $27,9 \pm 0,9$ року. Самовільне переривання вагітності – 21 ($63,6\%$): з розподілом по термінам: 8 ($38,1\%$) – у I триместрі, та 13 ($61,9\%$) – у II. Головними інфекціями гестаційного періоду були кандидоз 25 ($75,7\%$) та дисбактеріоз вагіни 7 ($21,2\%$).

Із основних гінекологічних захворювань: дисбіоз вагіни – 12 ($36,4\%$); кандидоз – 11 ($33,3\%$), міко-уреаплазмоз – 33 ($69,7\%$), ВПЛ – 12 ($36,4\%$); хронічні цервіцити – 28 ($84,8\%$), гіперпластичні процеси ендометрію – 17 ($51,5\%$); лейоміома матки – 14 ($42,4$); функціональні кісти яєчників – 2 ($6,06\%$); зовнішньо-внутрішній ендометриоз – 6 ($18,1\%$), п.м.ц – у 24 ($42,4\%$).

СПКЯ діагностовано у зв'язку з гіперандрогенною дерматопатією в основній кількості жінок 19 ($57,6\%$) у віці $18-19$ років, у 2 ($6,06\%$) пацієнток в підлітковому віці, у 12 -ти – гінекологом при зверненні при плануванні вагітності. Супутня патологія у вигляді доброякісної патології молочної залози – у 5 ($15,15\%$) середній вік жінок $29 \pm 1,6$ року; щитовидної залози у 7 ($21,2\%$) середній вік жінок $34,3 \pm 1,2$ року, МС – у 17 ($51,5$) – діагностовано, в середньому, в $23 \pm 2,2$ року, ожиріння – у 11 ($33,3\%$), ГХ – у 5 ($15,2\%$) (середній вік $21 \pm 1,8$ року).

Контрацепцію жінки не використовували. Дебют коїтархе по групі склав $16,4 \pm 0,7$ року. Кількість статевих партнерів в середньому по групі – $8,5 \pm 0,2$.

2-група – матері жінок з ЯГА та первинним безпліддям ($n=100$): в сімейному анамнезі: середній вік матері при народженні пробанда у пацієнток з ЯГА склав $28,7 \pm 0,5$ року та батька – $28,9 \pm 1,7$ року. Головними захворюваннями гестаційного періоду відзначався кандидозний кольпіт, ПЦН у половини обстежених, із гормональних препаратів відзначали прийом масляного розчину прогестерону у I триместрі вагітності у зв'язку з загрозою переривань і магnezії сульфату у 100% жінок. На відміну від жінок, дочки яких мали втрати вагітності, основна втрата вагітностей у матерів по досліджуваній групі з первинним безпліддям, припадала на кінець I ($8-11$ тиж) триместру вагітності – у (77%). Достовірних відмінностей по відсотку передчасних пологів, середній вазі дітей по групі при народженні та середній частоті вагітностей у матерів цієї групи не було ($p > 0,005$). Більшість жінок (83%) після пологів мали порушення лактації, частота цукрового діабету 2-го типу в поєднанні з гіпертонічною хворобою (ГХ), атеросклероз – 66% в віці $37,1 \pm 1,2$ року. Після пологів порушення менструального циклу (п.м.ц) відзначали 94% ; гіперпластичні процеси ендометрію – 72% , лейоміоми – 77% , патологію щитоподібної залози діагностовано, в середньому, в $40-43$ роки у 70% , патологія молочної залози – у 67% , прогресуюче ожиріння – 76% . Дебют гірсутизму відбувся, в середньому, через $2-3$ роки після менархе у

переважної кількості жінок 78%. Статеве життя більшості кількість жінок розпочала в $19,7 \pm 1,2$ року.

2-а група жінки з синдромом полікістозних яєчників та первинним безпліддям, у яких гірсутизм виник, в основному, з початком менструацій. Середній вік появи гірсутизму склав $13,1 \pm 0,2$ року, його поява найчастіше збігалася з періодом порушення менструального циклу і характеризувалося збільшенням росту волосся, в основному, на гормонально-залежних областях тіла. На індивідуальних областях тіла (передпліччя, гомілка) вираженість оволосяння не перевищувала показників здорових жінок. У середньому гірсутне число становило, за нашими даними, 17,6, що значно перевищувало показники здорових жінок – 7,4. Порушення менструального циклу відзначалися у 80% пацієнток, в основному, по типу олігоменореї з періоду менархе ($p < 0,0001$) і були представлені олігоменореєю в 65 випадках, вторинною аменореєю у 25 випадках, дисфункціональними матковими кровотечами (ДМК) в 10 випадках. Звертала на себе увагу підвищена частота перенесених захворювань в дитинстві, особливо в період адренархе (6-8 років), і менархе (11-13 років). Хворі з СПКЯ мали жіночий тип статури, рівномірний розподіл підшкірної жирової клітковини з невеликим надлишком маси тіла. Індекс маси тіла, що перевищує нормальні показники (більше (26)), виявлений у 42 пацієнток з СПКЯ. У хворих з ЯГА та первинним безпліддям переважали захворювання шлунково-кишкового тракту - хронічний гастродуоденіт виявлений в 91%. Надлишкова маса тіла спостерігалася у 42% хворих, на що свідчив ІМТ, рівний 28 ± 1 ; у 21% з них визначався вісцеральний тип ожиріння з ОТ/ОС, рівний $0,91 \pm 0,5$. Достовірних відмінностей по контрацепції, дебюту коїтархе та кількості статевих партнерів від пацієнток з ЯГА та не виношуванням вагітності не було.

Кореляційний аналіз виявив у хворих з оваріальною гіперандрогенією пряму помірну лінійну залежність між зростанням кількості репродуктивних втрат від матері до потомства ($r = +0,7$; $p < 0,05$), зворотну виражену лінійну залежність між вираженістю гірсутизму та формуванням овуляторних менструальних циклів ($r = -0,92$; $p < 0,05$), пряму виражену лінійну залежність між коефіцієнтом відношення дисфункції ШКТ, МС та дисбактеріальними станами вагіни і хронічними запальними процесами каналу шийки матки ($r = -0,82$; $p < 0,05$), пряму помірну лінійну залежність між часом формування репродуктивних порушень та проліферативних захворювань молочних залоз, матки, ендометрію та щитовидної залози ($r = + 0,62$; $p < 0,05$).

ВИСНОВКИ

1. Прогностичними факторами ризику при домінуванні андрогенів у жінок з яєчником дисфункцією для настання та перебігу вагітності є: генетична схильність до гіперандрогенії, наявність метаболічного синдрому, який формується на етапі пубертату, а маніфестує в репродуктивному віці, призводячи до проблем, пов'язаних з овуляторним процесом, включаючи формування ранньої первинної хоріально-плацентарної дисфункції, репродуктивних втрат та безпліддя.

2. Патологія шлунково-кишкового тракту на етапі становлення менструальної функції є тригером в формуванні порушення детоксикаційних процесів організму жінок з СПКЯ та призводить до яєчником дисфункції з домінуванням андрогенів.

3. Яєчником гіперандрогенія – тільки верхівка патологічного айсберга, яка поєднує як патологічні стани аденогіпофіза, так і щитовидної та молочних залоз, гіперпластичні процеси ендо- та міометрію, ендометріоз.

4. Для подолання репродуктивних проблем у жінок з ЯГА повинна проводитися прегравідарна підготовка, яка може бути успішною лише при комплексному та індивідуальному підході, що дозволить отримати найкращий результат по настанню та завершенні вагітності.

Прогностическое значение факторов риска при доминировании андрогенов при яичниковой дисфункции для наступления и течения беременности

Н.Е. Яроцкий, Л.М. Семенюк

Гиперандрогенная форма бесплодия и репродуктивных потерь занимает третье место в структуре патологии фертильности у женщин. Своевременное установление факторов предрасположенности к нарушению фертильности женщин с яичниковой формой доминирования андрогенов поможет выбрать оптимальный, безопасный и индивидуальный подход к успешной реализации гестации и снизить показатель бесплодия и репродуктивных потерь у данного контингента пациенток.

Ключевые слова: яичниковая гиперандрогения, преждевременные роды, репродуктивные потери, метаболіческий синдром.

The predictiv evalue of risk factors for the androgenic domination for ovarian dysfunction in the on set and course of pregnancy

N. Yarotsky, L. Semeniuk.

Hyperandrogenism for mofinfertility and reproductive losses in third place in the structure of the pathology of fertility in women. The time lyestablishment of factors to addictionim paired fertility of women with ovarian and rogen dominance form will help you choose the best, care free and individual approach to the successful implementation of gestation and reduce ther ateofinfertility and reproductive losses in this group of patients.

Key words: ovarian hyperandrogenism, premature birth, reproductive loss, metabolic syndrome.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Манухина Е.И. Современный взгляд на механизмы нарушений репродуктивной функции у пациенток с гиперандрогенией. Проблемы репродукции / Е.И. Манухина, М.А. Геворкян, Е.М. Кузнецова. – М., 2010. – № 6. – С. 21–33.
- Кузнецова Е.М. Оценка качества жизни у пациенток с дерматопатиями / Е.М. Кузнецова, Е.И. Манухина, М.А. Геворкян. // Материалы XII Всероссийского научного форума «Мать и Дитя». – М., 2011. – С. 337.
- Синдром гиперандрогенизма в практике гинеколога / А.Л. Унанян, О.Д. Руднева. – М.: Редакция журнала Status Paesens, 2014. – 20 с.

4. Ивашкин В.Т. Липотоксичность и метаболические нарушения при ожирении / В.Т. Ивашкин, М.В. Мавевская // РЖГГК. – 2010. – Т. 20, № 1. – С. 4–13.
5. Соболева Е.Л. Дифференциальная диагностика и патогенетическая терапия врожденной гиперплазии коры надпочечников и синдрома поликистозных яичников / Е.Л. Соболева. Автореф. ... дисс. д-ра мед. наук. – СПб., 2011. – 26 с.
6. Чеботникова Т.В. Синдром поликистозных яичников / Т.В. Чеботникова, Ж.Л. Холодова / Учебно-методическое пособие. – М., 2008; 41–43.
7. Рыкова О.В. Синдром поликистозных яичников – диагноз исключения и междисциплинарная проблема / О.В. Рыкова // Здоров'я України / Квітень, 2014. – № 7. – С. 60–64.
8. National Institutes of Health evidence-based methodology workshop on polycystic ovary syndrome. Final report. U.S.: Department of Health and Human Services, 2012. – 14 p.
9. Pal L. Polycystic ovary syndrome. Current and emerging concepts / L. Pal / N.-Y.: Springer Science Business Media, 2014. – P. 340.
10. Legro R.S. Diagnosis and treatment of polycystic ovary syndrome: an endocrine society clinical practice guideline / R.S. Legro, S.A. Arslanian, D.A. Ehrmann // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2013.
11. Prapas N. Genetics of Polycystic Ovary Syndrome / N. Prapas, A. Karkanaki, I. Prapas // Hippokratia. – 2009. – Vol. 13 (4). – P. 216–223. – Vol. 98 (12).
12. Roos N. Risk of adverse pregnancy outcomes in women with polycystic ovary syndrome: population based cohort study / N. Roos, H. Kieler, L. Sahlin // BMJ. 2011. – Vol. 343. – P. 6309.
13. Pastore L.M. Beta-endorphin level in PCOS with women: relationship insulin secretion // J. Endocrinol. Metab. – 2012. – Vol. 2 (1). – P. 11–20.
14. Roos N. Risk of adverse pregnancy outcomes in women with polycystic ovary syndrome: population based cohort study / N. Roos, H. Kieler, L. Sahlin // BMJ. – 2011. – Vol. 343. – P. 6309.
15. Welt C.K. Life cycle of polycystic ovary syndrome (PCOS): from in utero to menopause. Clinical Review / C.K. Welt, E. Carmina // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2013. – Vol. 98 (12). – P. 4629–4638.

УДК 618.4-036.3

Шляхи зниження перинатальної патології у жінок з патологічним прелімінарним періодом на фоні плацентарної дисфункції

С.Я. Ткачик

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

Як показали результати проведених досліджень жінки з патологічним прелімінарним періодом на тлі фетоплацентарної недостатності складають групу високого ризику за розвитком перинатальної патології внаслідок високого рівня аномалій пологової діяльності та 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 різноманіття клінічних проявів [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 від 10% до 41% [3].

У даний час існує декілька підходів до проблеми ППП. Так, на думку деяких авторів [1–4] при цьому 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 – призводять до морфофункціональної неспроможності міометрія і шийки матки. Це вказує, що в основі розвинутої ППП лежать порушення гуморальної регуляції, що визначає роль, в якій грає стан фетоплацентарного комплексу (ФПК).

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 фоні плацентарної дисфункції (ПД) на основі вивчення особливостей функціонального стану ФПК і психосоматичного статусу, а також розробки і впровадження комплексу лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети було обстежено 120 пацієнок, 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 загальноприйняті 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 пологів шляхи.

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

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

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

У комплекс 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 тлі ПД характеризується високою частотою анемії вагітних (70,0%); бактеріального вагінозу (30,0%); преєклампсії (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 тлі ПД відзначений 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 – $11,3 \pm 1,1$ год.

Розродження жінок з ППП на тлі ПД супроводжується високою частотою пологозбудження 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 ($88,1 \pm 1,5\%$); дратівливість ($61,4 \pm 5,2\%$); підвищена стомлюваність ($56,1 \pm 2,4\%$) і порушення сну ($49,3 \pm 3,7\%$). Крім того, відбувається одночасне підвищення показників шкали СМОЛ: статичного: 4 ($51,2 \pm 2,4\%$); 6 ($51,5 \pm 2,1\%$), 9 ($56,1 \pm 1,8\%$) і астенічного: 2 ($50,2 \pm 1,1\%$) типів реагування. Це свідчить про появу внутрішнього 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; пологостимуляцій 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 суттєво зменшити рівень перинатальної смертності і захворюваності, що дозволяє рекомендувати дану методику для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Пути снижения перинатальной патологии у женщин с патологическим прелиминарным периодом на фоне плацентарной дисфункции 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 ано-

малий родової діяльності і острого дистреса плода при родорозрешенні. Використання препаратів гиніпрал і інстенон в поєднанні з коррекцією психологічного статусу дозволяє суттєво зменшити рівень перинатальної смертності і захворюваності, що дозволяє рекомендувати дану методику для широкого використання в практичному здоров'язбереженні.

Ключеві слова: патологічний предимінарний період, плацентарна дисфункція, перинатальна патологія, профілактика.

Decrease ways perinatal pathologies at women with the pathological preliminary period against placental dysfunction

S.J. Tkachik

As have shown results of the lead researches of the woman with the pathological preliminary period on a background fetoplacental to insufficiency 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: the pathological preliminary period, placental dysfunction, perinatal pathology, preventive maintenance.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. П. Сравнительная оценка гормонального и не медикаментозного способов подготовки шейки матки к родам / Т.П. Богданова // Акушерство и гинекология. – 2007. – № 4. – С. 12–14.
2. Вдовин С.В. Дискоординированные сокращения матки в конце беременности и в родах / С.В. Вдовин // Вестник Российск. ассоц. акуш.-гин. – 2010. – № 4. – С. 76–79.
3. Венцківський Б.М. Комплексна діагностика і терапія дискоординованої пологової діяльності / Б.М. Венцківський, В.Т. Жегулович, Гладкий Р.Б. // Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 2010. – № 4. – С. 69–73.
4. Репина М.А. Роды. Физиологические и патологические аспекты / М.А. Репина. – СПб., 2010. – 31 с.

УДК 618.25-08

Основні аспекти загальноприйнятої тактики ведення багатоплідної вагітності

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. В 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. У 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, преeklampsія різного ступеню важкості, невиношування та недоношування 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 шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної системи, центральної нервової системи, системи дихання, скелетно-м'язової та сечовидільної системи. 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].

Наведені вище 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 (І група) та 25 випадків самовільних багатоплідних вагітностей (ІІ 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 І групі склала $21,53 \pm 16,36$ доби, в той час, як у ІІ групі майже на 7 діб менше, $14 \pm 9,7$ доби. За структурою перебування ліжко-днів: в І групі: до пологів $16,14 \pm 14,97$ доби, після пологів $7,36 \pm 2,10$ доби. В ІІ 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 склала $8,23 \pm 3,82$ роки.

У досліджуваних груп жінок виявлені наступні дані: дана вагітність в групі, де вагітність наступила після застосування допоміжних репродуктивних технологій склала $2,23 \pm 2,1$, 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 І групи пологи були у 10 жінок (33,3%), у ІІ групі у 7 жінок (28%).

У всіх жінок обох груп була в анамнезі 1 або більше вагітностей. У 5 жінок І групи (16,6%) та у 3 жінок (12,0%) вагітності закінчилися шгучним 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 І групи (3,3%).

Завмерла вагітність в анамнезі була виявлена у 3 вагітних з групи І, та у 1 вагітної з ІІ групи. Операції на придатках матки мали місце в анамнезі у 11 (36,6%) жінок з І групи та у 4 (16%) жінок з ІІ групи. Операції на матці мали місце у 5 (16,6%) жінок 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 (50%) жінок І групи, та у 3 (12%) жінок ІІ групи. Результати узагальнені в табл. 1.

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

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

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

Перебіг вагітності був обтяжений анемією у 14 (46,6%) жінок з багатоплідною вагітністю, після застосування допоміжних репродуктивних технологій, в групі з самовільною багатоплідною вагітністю у 12 (48%) жінок. За ступенями важкості результати подані в табл. 2. Інфекція сечовидільних шляхів мала місце у 2 жінок в I групі та у 5 жінок в II групі. Вагітність обтяжена пре еклампсією різного ступеню важкості відмічена у 7 жінок в I групі та у 2 жінок в II групі.

Таблиця 1

Акушерсько-гінекологічний анамнез

Показник	Двійні після ДРТ (n=30)		Двійні самовільні (n=25)	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Штучне переривання вагітності	5	16,6	3	12
Ранній самовільний викидень	2	6,6	2	8
Пізній самовільний викидень	1	3,3	-	-
Пологи в анамнезі	10	33,3	7	28
Завмерла вагітність	3	10	1	4
Операції на придатках	11	36,6	4	16
Операції на матці	5	16,6	-	-
Запальні захворювання ОМТ	15	50	3	12
Міома матки	1	3,3	2	8

Перебіг вагітності та пологів

Показник	Двійні після ДРТ (n=30)		Двійні самовільні (n=25)	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Загроза переривання вагітності	14	46,6	10	40
Загроза передчасних пологів	10	33,3	13	52
Анемія (всього)	14	46,6	12	48
Анемія легкого ступеню важкості	12	40	9	36
Анемія середнього ступеню важкості	2	6,6	3	12
Інфекція сечовидільних шляхів	2	6,6	5	20
Прееклампсія легкого ступеню важкості	6	20	2	8
Прееклампсія середнього ступеню важкості	1	3,33	-	-
Прееклампсія легкого ступеню важкості в пологах	6	20	3	12
Прееклампсія середнього ступеню важкості в пологах	1	3,3	-	-
Пологи до 37 тижнів гестації	10	33,3	9	36
Пологи після 37 тижнів	20	66,6	16	64
Передчасне відходження навколоплідних вод	12	40	16	64
Пологова діяльність спонтанна	6	20	14	56
Пологова діяльність індукована	-	-	1	4
Слабкість пологової діяльності	-	-	1	4
Пологи через природні пологові шляхи	1	3,3	12	48
Пологи шляхом операції кесарева розтину	29	96,6	13	52
Передлежання I плода (головне)	19	63,3	19	76
Передлежання I плода (тазове)	11	36,6	6	24
Передлежання II плода (головне)	23	76,6	20	80
Передлежання II плода (тазове)	7	23,3	5	20
Кесарів розтин (плановий)	19	65,5	6	46,1
Кесарів розтин (ургентний)	11	37,93	7	53,8
Епізіотомія	1	3,3	10	40
Ручне обстеження стінок порожнини матки	-	-	3	12

Таблиця 2

Таблиця 3

Результати УЗД

Показник	Двійні після ДРТ (n=30)		Двійні самовільні (n=25)	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Плацентарна недостатність за УЗД	10	33,3	6	24
Порушення кровообігу за Допплером в системі мати-плацента-плід	5	16,6%	-	-
Багатоводдя	-	-	3	12%
Монохоріальна плацента	3	10	3	12
Біхоріальна плацента	27	90	22	88
Моноамніотична плацента	-	-	-	-
Біамніотична плацента	30	100	25	100

За ступенями важкості цей показник представлений у табл. 2. Передчасні пологи (до 37 тиж) відбулись в I групі у 10 (33,3%) жінок, в II групі у 9 (36%) жінок. Вчасно відбулись пологи в I групі у 20 (66,6%) жінок, в II групі 16 (64%) пологів. За розташуванням передлежачої частини плода суттєвих відмінностей не було. Інші показники, що були відмічені як окремі випадки представлені в табл. 2. Передчасне злиття навколоплідних вод було виявлено в групі жінок з вагітністю після допоміжних репродуктивних технологій у 12 (40%) жінок, у жінок з самовільною вагітністю у 16 (64%) жінок. Пологи в I групі відбулись через природні пологові шляхи в 1 (3,3%) випадку, шляхом операції кесарева розтину 29 (96,6%) випадків. Кесарів розтин плановий в 19 (65,5%) випадках, ургентний в 11 (37,93%) випадках. Пологи в II групі відбулись через природні пологові шляхи у 12 (48%) жінок, а шляхом операції кесарева розтину 13 (52%) випадків. Кесарів розтин плановий в 6 (46,1%) випадках, ургентний в 7 (53,8%) випадках. Загальна крововтрата при пологах через природні пологові шляхи в I групі (1 пологи – 250,0 мл), в II групі цей показник склав 304±169,8 мл, при операції кесарева розтину в I групі 753±87,7 мл, в II групі – 679,03±149,75 мл. Проміжок часу між народженням I та II плода в II групі склав 13,5±10,19. Результати ультразвукового дослідження представлені в табл. 3.

Перинатальні наслідки

За зросто-ваговими показниками 1-го плода суттєвих відмінностей не було відмічено. Маса 1 плода з I групи 2651,33±458,32 г, маса I плода з II групи 2691±645,89 г. Середній зріст 1 плода з I групи склав 48,08±2,9 см, середній зріст 1 плода з II групи склав 48,1±3,74 см. В оцінці новонароджених за шкалою Апгар на 1-й та 5-й хвилинах також не було суттєвих відмінностей. Результати подані в табл. 4. Перший новонароджений з двійні 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 етапі лікування було переведено 5 (20%) дітей, в групі з самовільної багатоплідної вагітності 2 (8%) дітей.

Таблиця 4

Неонатальні ускладнення

Показник	Вагітності після ДРТ (n=30)		Самовільні вагітності (n=25)	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Внутрішньоутробна гіпотрофія	11	36,6	3	12
Асфіксія новонародженого	21	70	8	32
Гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС	14	46,6	5	20
ЗВУР плода	10	33,3	2	8
Внутрішньошлунковий крововилив	-	-	1	4
РДС Іст.	2	6,6	3	12
Вади розвитку плода	Один новонароджений з аномалією легеневих вен; вторинним дефектом міжпередсердної перетинки.		Один новонароджений з омфалоцеле	

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. Другий новонароджений був оцінений за шкалою Апгар в I групі на 1-й та 5-й хвилини на 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 етапі 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 (43,3%) дітей, в той час як у групі з самовільної багатоплідної вагітності у 8 (16%) дітей. Структура неонатальних ускладнень представлена в табл. 4.

ВИСНОВКИ

В 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 ліжко/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 виписує і показник неплідності подружніх пар, майже 8,2 року в основній групі.

Обтяжений самотичний анамнез був відмічений 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 кесарева 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, в середньому, на 1,5 добу пізніше в групі новонароджених після застосування допоміжних репродуктивних технологій.

В кожній з груп було виявлено по 1 новонародженому з вродженими вадами розвитку.

Непристосованість 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–плід, а також народження дітей з малою масою тіла та низькою оцінкою за шкалою Апгар при народженні, переведення 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 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 дружня робота 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.

Основные аспекты общепринятой тактики ведения многоплодной беременности

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.

The basic aspects of standard tactics of conducting multiple pregnancy

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 // Педіатрія, акушерство та гінекологія 2005; 3: 89–95.
2. Вдовиченко Ю.П., Ткаченко А.В., Клініко-статистичні риси багатопліддя на сучасному етапі // Вісник наукових досліджень, 2005; 2: 11–13.
3. Вдовиченко Ю.П., Ткаченко А.В. Сучасне відношення до проблем багатоплідної вагітності // Педіатрія, акушерство та гінекологія 2004; 3: 114–119.
4. Романенко Т.Г., Завадская О.Ю. Особенности течения беременности и родов при многоплодной беременности // Репродуктивное здоровье женщины 2004; 1: 67–69.
5. Мозкова О.М. Комплексне обстеження перебігу вагітності у жінок після екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) // Вісник наукових досліджень 2012; 4: 101–102.
6. Корсак В.С., Громько Ю.Л., Исакова Э.В. Алгоритм ведения и исходы беременностей, наступивших в результате вспомогательных репродуктивных технологий // Проблемы репродуктологии 2013; 3:40–42.
7. Вдовиченко Ю.П., Шлемкевич А.М. Порівняльні аспекти клінічного перебігу I та II триместрів вагітності у пацієнток після допоміжних репродуктивних технологій // Педіатрія, акушерство та гінекологія 2005; 3: 96–97.

УДК 618.3-06

Сучасні погляди на проблему патологічної прибавки маси тіла при вагітності

С.О. Остафійчук, Н.І. Генік

Івано-Франківський національний медичний університет

У статті відображені сучасні погляди на проблему патологічної прибавки маси тіла при вагітності на основі огляду вітчизняної та зарубіжної літератури. З початком вагітності в організмі жінки відбуваються зміни всіх компонентів метаболічних процесів – води, білків, жирів, вуглеводів, мінеральних речовин з метою «побудови» нового людського життя. Гестаційне збільшення маси тіла, в основі якого і лежить зміна обміну речовин, відображає фізіологічний чи патологічний перебіг вагітності, лактації, повноцінний ріст та розвиток плода. Представлені дані про збільшення ваги з врахуванням індексу маси тіла до вагітності та сучасні підходи до ведення жінок протягом вагітності з метою попередження надмірної або недостатньої прибавки маси тіла у виникнення акушерських і перинатальних ускладнень.

Ключові слова: прибавка маси тіла, вагітність, акушерські та перинатальні ускладнення

Основними задачами сучасного акушерства є не тільки зниження материнської та перинатальної смертності, але й покращення здоров'я майбутньої мами, плода та новонародженого. В останні десятиліття однією з провідних тем, що турбують лікарів всього світу, в тому числі акушерів-гінекологів, є метаболічні порушення. В наш час серед населення земної кулі реєструється висока частота надлишкової маси тіла та ожиріння. За даними ВООЗ кожна четверта вагітна жінка має підвищений індекс маси тіла (ІМТ). Аналіз літератури демонструє збільшений інтерес науковців до вивчення ролі патологічних змін вуглеводно-жирового обміну в розвитку порушень менструальної функції, гіперпластичних процесів репродуктивної сфери, безпліддя, ускладненого перебігу вагітності та післяпологового періоду [1]. Збільшення частоти екстрагенітальної патології у вагітних суттєво впливає на показники здоров'я потомства та погіршує демографічну ситуацію в світі [2].

Харчування жінки до та під час вагітності впливає на стан не тільки її організму, але й на повноцінний розвиток і здоров'я дитини. Раціональне харчування майбутньої мами визначається збалансованістю поживних речовин, вітамінів, мікроелементів, які надходять в організм та залежить від терміну гестації, особливостей перебігу вагітності, соматичного та алергологічного анамнезу, особливостей конституції, фізичних навантажень, географічних умов та пори року [3, 4]. Вагітність вважається фізіологічним періодом життя, для якого характерні висока

метаболічна активність та підвищені енерговитрати [5]. За стандартами різних країн додаткова необхідність в енергії вагітних складає 140–300 ккал/добу. В цей період основний обмін збільшується на 25%, а отже, енергетична необхідність жіночого організму в першій половині вагітності складає приблизно 2500 ккал. На початку вагітності близько 60% енерговитрат пов'язано з адаптаційними ростовими процесами у самої жінки і тільки 40% – з ростом плода. У зв'язку з цим рання енергетична недостатність харчування матері збільшує ризик невиношування плода [6, 7]. Так, добовий раціон вагітної в I триместрі повинен включати 110 г білків, 75 г жирів і 350 г вуглеводів. У II і III триместрах зростають темпи росту плода, починається депонування енергії для наступних етапів вагітності і лактації. Важливим моментом загальносоматичної підготовки вагітної до пологів є утворення в організмі резерву з макро- та мікронутрієнтів, що позитивно впливає на адаптаційні можливості організму в післяпологовий період та нормальному становленню лактації [8, 9]. Підвищується необхідність в кальції, вітаміні D, залізі, магнії та інших мікроелементах. Добовий раціон в другій половині вагітності складає 2800–3000 ккал і включає 120 г білків, 85 г жирів, 400 г вуглеводів. Один кілограм надлишкового білка депонується, з якого половина використовується для плода і плаценти, а інша половина іде на побудову маткових скорочувальних білків, тканини грудної залози, білків плазми і гемоглобіну. Раціон повинен містити 40% жирів рослинного походження, що мають ненасичені жирні кислоти, вуглеводи в основному повинні надходити з продуктів збагачених на клітковину, а кількість цукру не повинна перевищувати 40–50 г/добу [10].

Приріст маси тіла під час вагітності – дуже важливий показник її благополуччя або неблагополуччя. Основні складові знову приданих кілограмів наступні: маса плоду, плаценти, навколоплідних вод, грудних залоз, зростаючої матки, маса додаткового обсягу циркулюючої крові, міжклітинної рідини і, нарешті, жирова тканина. У табл. 1 наведені основні середні складові прибавки маси тіла до кінця вагітності [5, 11].

Найбільш варіабельним із представлених компонентів є жировий. Його збільшення при вагітності прямо пропорційно гестаційній прибавці маси тіла. В

Таблиця 1

Основні складові прибавки маси тіла під час вагітності

Компоненти	Маса, кг
Плід	3,0-3,5
Плацента	0,7-0,8
Навколоплідні води	0,9-1,5
Грудні залози	0,4-0,8
Матка	0,8-1,0
Об'єм крові	1,5-1,8
Жирова тканина	3,5

нормі відбувається збільшення жирових запасів в I та II триместрах з наступним зменшенням до моменту пологів. Підвищення рівня естрогенів, прогестерону та інсуліну на початку вагітності призводить до посиленого синтезу жирів, гіпертрофії жирових клітин, зниженню ліполізу, що в сукупності проявляється збільшенням жирового депо [12, 13]. Накопичення ліпідів відбувається в плаценті, надниркових залозах, грудних залозах. Інтенсивне збільшення жирових запасів в материнському організмі відбувається до 30-го тижня вагітності, далі цей процес суттєво сповільнюється. Забезпечення енергетичних затрат матері і плода на даному етапі відбувається в основному за рахунок поступлення глюкози. На більш пізніх строках вагітності збільшується перехід жирних кислот і глюкози через плаценту до плода. В останні 10 тиж прогресивно збільшуються жирові відкладення в організмі плода. Так, споживання енергії різко зростає і екзогенне надходження з харчовими продуктами в звичайному режимі вже не може адекватно покрити зростаючі енерговитрати. Безперервність процесу енергозабезпечення починає підтримуватися за рахунок розпаду накопичених жирів під впливом плацентарного лактогену. Посилена утилізація жирних кислот в печінці і гіперінсулінемія призводять до збільшення синтезу тригліцеридів, холестерину, ліпопротеїдів низької щільності і ліпопротеїдів дуже низької щільності. Жирні кислоти, холестерин, фосфоліпіди і інші ліпіди використовуються на формування тканин плода [14]. Після пологів вміст жирової маси відповідає прегравідарному рівню. Така тенденція характерна для жінок з нормальною масою тіла, у яких гестаційна прибавка маси тіла знаходиться в рекомендованих межах. Однак надмірна гестаційна прибавка маси тіла веде до надмірного накопичення жирової тканини, сповільненню її післяпологової редукції з можливим розвитком метаболічного синдрому [15].

Найбільш повне керівництво по прибавці маси тіла під час вагітності було розроблено та опубліковане Інститутом медицини в США в 2009 р., переглянуто та ухвалено Американським коледжем акушерів і гінекологів у 2013 р. [ІОМ], затверджено в Сполученому Королівстві Великої Британії і Австралії [16–18]. В Україні нормативним документом, який регламентує гестаційне збільшення маси тіла є наказ МОЗ України № 417 [19]. В табл. 2 наведені рекомендовані норми прибавки маси тіла під час вагітності в залежності від вихідного індексу маси тіла, яке вираховується за формулою: $IMT = \text{маса тіла (кг)} / \text{ріст (м}^2\text{)}$.

Проте, за даними вітчизняних та закордонних джерел, на сьогоднішній день рекомендацій по збільшенню маси притримуються близько половини жінок, у той час як інші мають патологічні відхилення в ту чи іншу сторону. Згідно з даними ІОМ (2009), надмірна прибавка маси тіла відмічається в 2–3 рази частіше, ніж недостатня, і реєструється у 40–59% жінок [16, 20]. За даними міжнародних когортних досліджень, більшу вагу від рекомендованої набирають від 20% до 40% жінок з дефіцитом маси тіла до вагітності, 35–40% – з нормальною вагою та більше 40% – з вихідною надмірною масою та ожирінням [21]. Найгірші результати виявляються у жінок з надлишковою масою тіла – до 60% з них мають надмірний приріст ваги. Науковці доводять, що вагітність являється фактором ризику прогресування ожиріння, особливо на фоні патологічної гестаційної прибавки маси тіла, що пов'язано з недостатньою інформованістю жінок та неадекватним контролем зі сторони лікаря. У більшості випадків такі пацієнтки набирають вагу згідно рекомен-

Таблиця 2

Рекомендоване збільшення маси тіла впродовж вагітності в залежності від вихідного ІМТ (кг/м²)

Тип маси тіла	ІМТ, кг/м ²	Рекомендована прибавка маси тіла протягом всієї вагітності	Рекомендована прибавка маси тіла за тиждень в II-III триместрах
Недостатня маса тіла	< 18,5	12,5-18 кг	0,51 (0,44-0,58) кг/тиж.
Нормальна маса тіла	18,5-24,9	11,5-16 кг	0,42 (0,35-0,50) кг/тиж.
Надлишкова маса тіла	25-29,9	7-11,5 кг	0,28 (0,23-0,33) кг/тиж.
Ожиріння*	≥30	5-9 кг	0,22 (0,17-0,27) кг/тиж.

* – недостатні докази для забезпечення окремих рекомендацій для лікування ожиріння I, II і III ступенів.

дацій для жінок з нормальною вихідною масою тіла, що не відповідає сучасним стандартам [22].

Згідно протоколів для медичних працівників, розроблених інститутом медицини (ІОМ), невід'ємною складовою антенатального догляду повинно становити консультування вагітних щодо особливостей харчування та фізичної активності для попередження патологічної прибавки маси тіла [16, 18]. Однак, мало що відомо про те, як ці настанови впливають на проведення лікарями консультування пацієнток про гестаційну прибавку маси тіла, і як пацієнтки відносяться до даних розмов. В одному дослідженні, майже 27% вагітних жінок повідомили, що вони взагалі не отримували порад щодо ГПВ, а 36% повідомили, що їм порадили таку прибавку маси тіла, що виходила за межі міжнародних рекомендацій [23]. Опитування акушерок і лікарів показали, що медики були стурбовані психологічним аспектом впливу розмов на дану тематику і що в порівнянні з конкуруючими питаннями, такими, як куріння, токсикоманія і домашнє насильство, вага не є пріоритетом у допологовому догляді [24]. Настрій вагітної та її інформованість відіграють важливу роль у прибавці маси тіла. За даними проспективного когортного дослідження більше ніж 50% жінок з вихідним дефіцитом маси тіла визначали для себе цільові прибавки маси тіла значно менше рекомендованих. Серед жінок з надмірною масою до вагітності до 20% свідомо намагалися набирати масу тіла більше нормативної. В той час вагітні з нормальною прегравідарною вагою планували перевищити рекомендації лише в 4,3% випадку [25].

Не дивлячись на неоднозначне ставлення жінок та медичних працівників на проблему гестаційної прибавки ваги, більшість науковців схиляються до думки, що відхилення маси тіла як в сторону збільшення так і зниження негативно впливає на перебіг вагітності, пологів та утробний стан плода. Структура ускладнень залежить як від показника збільшення маси тіла під час вагітності, так і від ваги жінки до зачаття. В масштабному дослідженні, проведеному в США, було встановлено, що у жінок з нормальною масою тіла та її збільшенням в період вагітності на 11–16 кг ризик прееклампсії, невдалої стимуляції пологової діяльності, операції кесаревого

розтину невисокий. Проте при збільшенні ваги менш ніж на 11 кг зростає ризик народження дитини з низькою масою тіла. А при гестаційній прибавці маси тіла більш ніж на 16 кг зростає ризик макросомії, преєклампсії, аномалій скоротливої діяльності матки, оперативного розродження [26]. За даними російських авторів, у пацієнок з вихідним нормальним ІМТ та надмірною прибавкою маси тіла в 3 рази збільшується вірогідність розвитку преєклампсії. Недостатнє збільшення маси тіла, незначне для розвитку материнських ускладнень, більш ніж в 2 рази збільшує ймовірність затримки утробного розвитку плода [27].

Особливо небезпечним для розвитку материнських та перинатальних ускладнень є надмірна вага жінок до вагітності та ожиріння. Та найбільший ризик складають вагітні з надмірною гестаційною прибавкою ваги у даної категорії пацієнок. Аналіз масштабних досліджень свідчить, що ризик розвитку крупного плода та ускладнень, пов'язаних з даною патологією, достовірно підвищується тільки у жінок з надлишковою масою тіла до вагітності, а також з її прибавкою під час гестаційного періоду. Авторами також встановлено, що у жінок з прегравідарним ожирінням та патологічною прибавкою ваги частота кесаревого розтину становила 48,8%, в той час, як у жінок з нормальною прибавкою – 25,7%. Материнська ожиріння пов'язане також з такими негативними наслідками вагітності як преєклампсією, гестаційним діабетом, зростанням частоти передчасних пологів, мертвонародження [27].

За результатами когортного дослідження в Швеції значно зростала частота передчасних пологів та ризик дитячої смертності внаслідок асфіксії в пологах серед доношених новонароджених у матерів з надмірною прибавкою маси тіла при вагітності та ожирінням. Ожиріння 2–3 ступенів супроводжувалося підвищенням дитячої смертності внаслідок вроджених аномалій розвитку та синдрому раптової дитячої смерті [28].

Дискутабельним на даний час залишається питання про вплив патологічної гестаційної прибавки маси тіла на віддалені результати для розвитку дитини. Дослідження демонструють, що навіть при неускладненій вагітності недостатнє або надлишкове харчування вагітної сприяє патології обміну речовин і у плода. Так, за даними одних авторів, найбільш вагомим фактором ризику ожиріння у дітей є останні 2 міс вагітності, коли збільшується перехід жирних кислот і глюкози через плаценту і відбувається накопичення жирових відкладень у плода [29]. Інші дослідники доводять пріоритетне значення прибавки на ранніх термінах вагітності. Так, при збільшенні маси майбутньої мами більше 7 кг в першій половині в 4,5 разу зростає ризик ожиріння дітей в підлітковому віці. Найбільш несприятливий вплив на фізичний розвиток дитини відзначають у пацієнок з вихідним дефіцитом маси тіла та ожирінням [30].

Таким чином, досягнення оптимальної прибавки маси тіла під час вагітності є важливим питанням для збереження здоров'я популяції в цілому. Інформаційне забезпечення вагітних та контроль за виконанням рекомендацій повинно здійснюватися медичними працівниками впродовж усієї вагітності. Дані попередніх досліджень свідчать, що зміна харчового стилю життя та помірна фізична активність дозволить профілакувати надмірну гестаційну прибавку маси тіла. Основний напрямок роз'яснювальної та лікувальної роботи повинен реалізуватися на прегравідарній нормалізації маси тіла, враховуючи кращі акушерські та перина-

тальні наслідки у жінок з нормальним вихідним ІМТ та важливість патологічної прибавки у вазі вже в I триместрі вагітності. Враховуючи те, що неадекватні обмежувальні дієти можуть негативно вплинути на розвиток плода, основним механізмом корекції метаболічного дисбалансу при вагітності є регулювання режиму і характеру харчування. Зменшення вмісту в раціоні легкозасвоюваних вуглеводів, особливо цукру, на фоні помірного вмісту жирів та достатньої кількості білків, частий, до 6–8 разів на добу, прийом їжі сприяють усуненню відчуття голоду та отриманню необхідних поживних речовин.

Експерти Інституту медицини (ІОМ) рекомендують лікарям заохочувати жінок до принаймні 30 хв фізичних вправ помірної інтенсивності три рази на тиждень. Дослідження Barakat (2013) довели, що фізична активність під час вагітності знижує ризик макросомії, кесаревого розтину і надмірної прибавки маси тіла [31]. Додаткові переваги вправ під час вагітності є поліпшення настрою, підвищення тону організму, нормалізація сну.

Современные взгляды на проблему патологической прибавки массы тела при беременности С.А. Остафийчук, Н.И. Геник

В статье отражены современные взгляды на проблему патологической прибавки массы тела при беременности на основе обзора отечественной и зарубежной литературы. С началом беременности, в организме женщины происходят изменения всех компонентов метаболических процессов – воды, белков, жиров, углеводов, минеральных веществ с целью «построения» новой человеческой жизни. Гестационное увеличение массы тела, в основе которого и лежит изменение обмена веществ, отражает физиологическое или патологическое течение беременности, лактации, полноценный рост и развитие плода. Представлены данные об увеличении веса с учетом индекса массы тела до беременности и современные подходы к ведению женщины в течение беременности с целью предупреждения чрезмерной или недостаточной прибавки массы тела в возникновение акушерских и перинатальных осложнений.

Ключевые слова: прибавка массы тела, беременность, акушерские и перинатальные осложнения.

Current views on the problem of pathological weight gain during pregnancy S.A. Ostafichuk, N.I. Henyk

The article reflected modern view on the problem of pathological weight gain during pregnancy based on a review of national and foreign literature. Since the onset of pregnancy, the all components of metabolic processes – water, proteins, fats, carbohydrates, minerals in order to «build» a new human life change in a woman's body. Gestational weight gain, based on changes in metabolism, reflects the physiological or pathological course of pregnancy, lactation, growth and full development of the fetus. It is represented the weight gain according to prepregnancy body mass index and modern approaches to the management of women during pregnancy to prevent excessive or insufficient weight gain in the occurrence of obstetric and perinatal complications.

Key words: weight gain, pregnancy, obstetric and perinatal complications.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Масютина О.В. Метаболические нарушения у женщин репродуктивного возраста: акушерские аспекты / Масютина О.В., В.Н. Покусаева // «Сохрани мне жизнь. Проблемы репродуктивного здоровья». Материалы научно-практической конференции с международным участием. – Смоленск, 2011. – С. 83–85.
2. Кисляк О.А. Прибавка массы тела во время беременности и факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний / О.А. Кисляк, А.В. Стародубова, О.В. Драенкова // *Consilium medicum*. – 2009. – № 6. – С. 79–82.
3. Серов В.Н. Современные тенденции в питании беременных женщин / В.Н. Серов, Ю.В. Кубицкая // *PMЖ*. – 2008. – № 19. – С. 1284–1288.
4. Фофанова И.Ю. Роль сбалансированного питания в период беременности и лактации / И.Ю. Фофанова // *Consilium medicum*. Гинекология. – 2006. – Т. 8, № 4. – С. 4–9.
5. Тутченко Л.И. Прибавка массы тела у беременных женщин: значение для исхода беременности (обзор литературы) / Л.И. Тутченко, И.М. Меллина, А.А. Гудыменко, Е.М. Горелая // *Здоровье женщины*. – 2009. – № 6. – С. 104–107.
6. Маталыгина О.А. Питание беременных и кормящих женщин. Решенные и нерешенные проблемы / О.А. Маталыгина // *Вопросы современной педиатрии*. – 2008. – Том 7, № 5. – С. 58–70.
7. Тутченко Л.И. Питание женщины во время беременности / Л.И. Тутченко // *Здоровье женщины*. – 2008. – № 3. – С. 57–62.
8. Серов В.Н. Современные тенденции в питании беременных женщин / В.Н. Серов, Ю.В. Кубицкая // *PMЖ*. – 2008. – № 19. – С. 1284–1288.
9. Bartok C.J. Role of body mass index and gestational weight gain in breastfeeding out-comes / C.J. Bartok, E.W. Schaefer, J.S. Beiler et al. // *Breastfeed Med*. – 2012. – Vol. 7, № 6. – P. 448–456.
10. Мурашко А.В. Основы здорового питания беременной женщины / А.В. Мурашко, Т.С. Аль-Сейкал // *Consilium medicum*. Гинекология. – 2003. – Т. 5, № 3. – С. 117–121.
11. Skouteris H. Preventing excessive gestational weight gain: a systematic review of in-terventions / H. Skouteris, L. Hartley-Clark, M. McCabe et al. // *Obes. Rev*. – 2010. – Vol. 11, № 11. – P. 757–768.
12. Покусаева В.Н. Роль жирового компонента в гестационном увеличении массы тела / В.Н. Покусаева, Е.А. Трошина, Е.Н. Никифоровская, А.С. Вахрушина // *Ожирение и метаболизм*. – 2013. – № 4. – С. 16–20.
13. Ryan E.A. Hormones and insulin resistance during pregnancy // E.A. Ryan // *Lancet*. – 2003. – Vol. 362, № 9398. – P. 1777–1778.
14. Hautero U. Proportions and concentrations of serum n-3 fatty acids can be increased by dietary counseling during pregnancy / U. Hautero, P. Laakso, K. Linderborg et al. // *Eur. J. Clin. Nutr*. – 2013. – Vol. 67, № 11. – P. 1163–1168.
15. Kinnunen T.I. Reducing postpartum weight retention – a pilot trial in primary health care / T.I. Kinnunen, M. Pasanen, M. Aittasalo et al. // *Nutr. J*. – 2007. – Vol. 10, № 6. – P. 21.
16. IOM, Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Institute of Medicine and National Research Council of the National Academies, Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines, Food and Nutrition Board on Children, Youth, and Families, ed. Rasmussen KM and Yaktine AL. 2009, Washington, D.C.: The National Academies Press.
17. NICE, Dietary interventions and physical activity interventions for weight management before, during and after pregnancy. NICE public health guidance: Weight management before, during and after pregnancy. 2010: London, UK.
18. Weight Gain During Pregnancy. US Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Maternal and Child Bureau. Child Health USA, 2013.
19. Наказ МОЗ України № 417 від 15.07.2011 «Методичні рекомендації щодо організації амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
20. ACOG, Weight gain during pregnancy. Committee Opinion No. 548. American College of Obstetricians and Gynecologists // *Obstet. Gynecol*. – 2013. – № 121. – P. 210–215.

21. Asvanarunat E. Outcomes of gestational weight gain outside the Institute of Medicine Guidelines / J. Med. Assoc. Thai. – 2014. – № 97 (11). – P. 1119–11125.
22. Колосова Т.А. Течение беременности и родов, перинатальные исходы у женщин с ожирением / Т.А. Колосова, Е.Г. Гуменюк // *Вестник РУДН. Серия Медицина*. – 2008. – № 7. – С. 311–317.
23. Elizabeth A. Duthie Patient-Provider Communication About Gestational Weight Gain Among Nulliparous Women. A Qualitative Study of the Views of Obstetricians and First-time Pregnant Women / A. Duthie Elizabeth, Elaine M. Drew, Kathryn E. Flynn // *BMC Pregnancy Childbirth*. – 2013. – № 13. – P. 231–240.
24. Chang T. Perspectives about and approaches to weight gain in pregnancy: a qualitative study of physicians and nurse midwives / Chang T., Llanes M., Gold K.J., Fetters M.D. // *BMC Pregnancy Childbirth*. – 2013. – № 13. – P. 47–57.
25. Interventions to reduce or prevent obesity in pregnant women: a systematic review / Thangaratnam S., Rogozicka E., Jolly K., Glinkowski S., Duda W., et al. // *Health Technol. Assess*. – 2012. – № 16 (31). – P. 1–191.
26. DeVader S.R. Evaluation of gestational weight gain guidelines for women with normal prepregnancy body mass index / *Obstetrics and Gynecology*. – 2007. – № 110 (4). – P. 745–751.
27. Покусаева В.Н. Патологическая девиация гестационного прироста массы тела как фактор риска акушерских и перинатальных осложнений / В.Н. Покусаева, Н.К. Никифоровский, А.С. Вахрушина // *Материалы XIII Всероссийского научного форума «Мать и дитя», 2012*. – С. 12.
28. Maternal Overweight and Obesity in Early Pregnancy and Risk of Infant Mortality: A Population Based Cohort Study in Sweden / Stefan Johansson, Eduardo Villamor, Maria Altman, Anna-Karin Edstedt Bonamy, Fredrik Granath, Sven Chantingius – 2014. – № 349. – P. 6572.
29. Нетребенко О.К. Метаболическое программирование в антенатальном периоде / О.К. Нетребенко // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. – 2012. – Т. 11, № 6. – С. 58–65.
30. Laitinen J. Maternal weight gain during the first half of pregnancy and offspring obesity at 16 years: a prospective cohort study / J. Laitinen, A. Jääskeläinen, A.L. Hartikainen // *BJOG*. – 2012. – Vol. 119, № 6. – P. 716–723.
31. Barakat R. Exercise during pregnancy and gestational diabetes-related adverse effects: a randomised controlled trial / R. Barakat, M. Pelaez, C. Lopez, A. Lucia // *Br. J. Sports Med*. – 2013. – Vol. 47, № 10. – P. 630–636.

УДК 618.146-089-06:618.177-089.888.11-08-035

Влияние перенесенной патологии шейки матки на тактику вспомогательных репродуктивных технологий

М.М. Адамов

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

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности предлагаемого алгоритма дифференцированного подхода к проведению вспомогательных репродуктивных технологий у женщин с различной патологией шейки матки с учетом наличия сопутствующих дисгормональных нарушений. Представленные данные позволяют рекомендовать усовершенствованный алгоритм для широкого использования в кабинетах и клиниках репродуктологии.

Ключевые слова: патология шейки матки, вспомогательные репродуктивные технологии, оптимизация.

Частота бесплодного брака по данным отечественных и зарубежных исследователей составляет от 10% до 20% [1]. В структуре женского бесплодия разная генитальная патология занимает ведущее место, причем, наиболее частой патологией является заболевания шейки матки (ШМ), частота которых в репродуктивном возрасте достигает 30–40% [2]. Как свидетельствуют данные современной литературы, причинами высокой частоты патологических изменений ШМ у женщин репродуктивного возраста является раннее начало половой жизни, инфицированность половых партнеров, нерациональное использование разных методов контрацепции и др. [3].

Основными методами лечения патологии ШМ являются консервативный и оперативный с широким спектром использования разных методик и модификаций [5]. Лечение разных форм женского бесплодия у пациенток с патологией ШМ вызывает определенные трудности, которые часто являются одной из причин негативных результатов лечения [6].

В последние годы в Украине широко используются вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) при женском бесплодии разного генеза, причем иногда тактика их проведения стандартизирована без учета сопутствующей генитальной патологии, в том числе и заболеваний ШМ, пролеченных разными способами и методиками [7].

В связи с изложенным выше представляет значительный интерес изучение особенностей проведения ВРТ у пациенток этой группы, а также разработка тактики ведения у них ранних сроков беременности.

Цель исследования: восстановление репродуктивной функции у женщин после разных методов оперативного лечения патологии ШМ на основе изучения у них

клинико-функциональных и морфологических особенностей, а также усовершенствования и внедрения алгоритма хирургических и лечебно-профилактических мероприятий с использованием ВРТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели и задач было проведено обследование и лечение 96 пациенток репродуктивного возраста с бесплодием на фоне воспалительно-дистрофических и гиперпластических процессов эндоцервикса.

Основную группу из 70 больных составили женщины, которым было выполнено лечение изучаемой патологии ШМ методами криодеструкции или радиоволновой хирургии (в частности методом криодеструкции – 30 пациенток, методом радиоволновой хирургии – 40 пациенток); в группу сравнения вошли 26 женщин, которым были выполнены хирургические операции – кюретаж и бужирование по поводу изучаемой патологии ШМ.

Лечения патологии ШМ проводили на аппарате «Сургитрон ТМ» фирмы Ellman International (США) в следующих случаях: деформация шейки матки в результате послеродовых разрывов, гипертрофия шейки матки, полипы цервикального канала, лейкоплакия шейки матки, дисплазия шейки матки I и II степени, конизация шейки матки при дисплазии III степени, коагуляция очагов эндометриоза (субэпителиальный эндометриоз), гемангиомы слизистой, кондиломы, папилломы половых органов, в том числе множественные осложненные формы, эрозия шейки матки.

Метод радиоволновой хирургии является оптимальным, поскольку это атравматический метод разреза и коагуляции мягких тканей с помощью высокочастотных волн. Радиоволновой разрез выполняется без физического давления или дробления клеток тканей. Из электрода, в качестве которого используется вольфрамовый провод, эмитируются высокочастотные волны. Эффект разреза достигается за счет тепла, которое выделяется при сопротивлении, которое осуществляют ткани проникновению высокочастотной радиоволны. Высокочастотная энергия концентрируется на кончике электрода и повышает образование молекулярной энергии внутри каждой клетки. Радиоволновой разрез и коагуляция выполняются без разрушения тканей, чего не удается избежать при использовании электрохирургических низкочастотных приборов. Следовательно, преимуществами радиоволновой хирургии является скорость лечения, отсутствие электроожога, ускоренное и безрубцовое заживление тканей. Результаты радиоволнового лечения намного превышают результаты после применения традиционных методов лечения патологии ШМ. Также важным преимуществом метода является практически отсутствующие стенозирование и облитерация цервикального канала.

Криохирургическое лечение изучаемой патологии ШМ, проводили в следующих случаях: эктопия цилиндрического эпителия, хронический цервицит, лейкоплакия шейки матки, дисплазия шейки матки I и II степени.

С целью проведения криодеструкции применяли аппарат «Криотон-3» методикой двучастичного замораживания, заключающейся в повторном замораживании ткани через 10-12 минут после первого.

Основными показаниями для проведения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) 60 пациенток было следующие:

- 10 пациенток с трубным фактором бесплодия (отсутствие маточных труб или их непроходимость);

- 5 пациенток с выраженным спаечным процессом органов малого таза;

- 10 пациенток с нарушением функции яичников, в частности: нарушение роста фолликулов и овуляции, с синдромом лютеинизации фолликула, эндометриоидными кистами яичника;

- 5 пациенток, где бесплодие связано с возрастом (женщины 36 лет и старше) и преждевременным истощением яичников;

- 15 пациенток, у которых ведущим фактором было мужское бесплодие (обструктивная азооспермия, астенозооспермия, олигозооспермия, олигоастенотерозооспермия, ретроградная эякуляция, анэякуляция, эректильная дисфункция, иммунологические факторы и заболевания, требующие генетическое обследование для исключения достоверности рождения ребенка с наследственной патологией);

- 8 пациенток – шеечный фактор (включает в себя стриктурные изменения цервикального канала ШМ);

- 7 пациенток с сочетанными формами бесплодия (женский и мужской фактор).

При проведении ВРТ у пациенток с патологией ШМ были использованы следующие отличительные моменты:

- в зависимости от результатов обследований, а именно данных цитологического исследования, кольпоскопии, данных гистологического исследования – пациентам дополнительно было проведено обследование на HPV-высокоонкогенные штаммы;

- после основных методов лечения (криохирургического и радиоволнового) было дополнительно назначено антибактериальная, противовирусная и иммуномодулирующая терапия;

- у определенной группы пациентов был отменен эмбриотрансфер и проведена криоконсервация эмбрионов по причине рецидива заболеваний и необходимости проведения повторного лечения.

Исходя из принципа, что сопоставление эффективности применяемых методов лечения необходимо проводить на сравнимых группах больных, мы выбрали группы пациенток, однородных по возрастному составу (от 19 до 36 лет – репродуктивный возраст).

Из исследования были исключены больные с нейроэндокринными синдромами, острыми и подострыми воспалительными процессами, доброкачественными опухолями матки и придатками и эндометриозом. На каждую пациентку заполнялась карта обследования, которая позволяла учитывать данные анамнеза, объективного исследования, дополнительного метода исследования, протоколы операций.

Среди основных методов исследования, использованных в работе, мы выделяли следующие:

- лабораторные методы исследования: клинический и биохимический анализ крови; оценка эндокринологического статуса; исследование свертывающей системы;

- микроскопическое исследование отделяемого из влагалища;

- инструментальные методы исследования: обзорная рентгеноскопия органов грудной клетки и брюшной полости; УЗД и доплерометрическое исследование

внутренних половых органов; магнитно-резонансная томография органов малого таза; кольпо- и цервикоскопия; гистероскопия;

- гистологическое исследование материала.

Для уточнения состояния ШМ всем больным выполняли расширенную кольпоскопию на бинокулярном кольпоскопе фирмы SKANER colposcope МК-200 Украина. В начале исследования осуществляли простую (обзорную) кольпоскопию, при которой определяли величину и форму ШМ и внешнего зева, цвет и рельеф слизистой оболочки, особенности сосудистого рисунка, границу плоского и цилиндрического эпителия. Для выявления более четких кольпоскопических картин на влагалищную часть ШМ наносили 3% раствор уксусной кислоты, а затем раствор Люголя (проба Шиллера). При отклонении от нормальной кольпоскопической картины брали мазки-отпечатки с поверхности ШМ с последующим цитологическим исследованием [3].

Для исключения трубно-перитонеального и эндокринного бесплодия пациенткам был предложенный комплекс обследований. При подозрении на эндокринное бесплодие:

- измерение базальной температуры в 2–3 последовательных циклах (диагностика форм инфертильности);

- рентгенография черепа с визуализацией турецкого седла, компьютерная или магнитно-резонансная томография (исключить микроаденомы);

- определение в крови содержания гормонов щитовидной железы (Т3, Т4) и тиреотропного гормона (исключить гипотиреоз);

- определение базального уровня ФСГ (первичная или вторичная яичниковая форма бесплодия);

- тест толерантности к глюкозе (выявление нарушения углеводного обмена).

Оценку эффективности проведенного лечения проводили через 2 месяца после операции, на основании клинических данных и трансвагинального ультразвукового исследования, а также данных цервиго- и гистероскопии. Контрольная цервиго- и гистероскопия через 2–9 мес после операции была выполнена у 32 пациенток. Из 70 пролеченных больных контрольной группы рецидив заболевания отмечен в 18 случаях. Этой группе больных через один месяц выполнено повторное лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что патология ШМ является одной из основных причин женского бесплодия, причем в 45,8% - первичного и в 54,2% - вторичного. Сопутствующие нарушения менструальной функции у этих пациенток встречаются в 89,6%, а хронические воспалительные процессы матки и придатков – в 33,4% соответственно.

У женщин со вторичным бесплодием после разных методов оперативного лечения патологии ШМ имеет местоотягощенный репродуктивный анамнез за счет высокой частоты искусственных (73,7%) и произвольных абортов (44,7%), причем уровень воспалительных осложнений после разных внутриматочных вмешательств составляет 86,4%.

Кольпоскопическая картина у женщин с бесплодием на фоне патологии ШМ характеризуется преобладанием лейкоплакии (35,4%) и атрезии внутреннего зева

(27,1%) по сравнению с полипами цервикального канала (14,6%), плоскими папилломами (8,3%), эктопией цилиндрического эпителия (7,3%) ретенционными кистами ШМ (7,3%). Частота разных форм сочетанной патологии составляет 15,7%.

При проведении цервикоскопии у женщин с бесплодием на фоне патологии ШМ установлено преобладание фиброзных сращений и рубцовых деформаций (37,1%) и полипов цервикального канала (27,1%) в сравнении с доброкачественными гиперпластическими процессами (20,0%) и фоновыми заболеваниями ШМ (15,7%).

Основные параметры индукции суперовуляции у женщин после разных методов оперативного лечения патологии ШМ зависят от наличия сопутствующих дисгормональных нарушений:

- среднее количество циклов на одну пациентку при отсутствии дисгормональных нарушений составляет $1,95 \pm 0,18$; при наличии – $4,13 \pm 0,38$ (больше в 2,1 раза);
- суммарная доза гонадотропинов была выше в 1,5 раза при наличии дисгормональных нарушений у женщин с патологией ШМ;
- наибольшая длительность стимуляции отмечена при наличии сопутствующих дисгормональных нарушений: $12,9 \pm 1,2$ и $11,3 \pm 1,4$ – при их отсутствии;
- по количеству ооцита самый высокий показатель имел место при отсутствии дисгормональных нарушений: $14,5 \pm 1,6$ и $13,8 \pm 1,7$ при их наличии;
- при оценке толщины эндометрия в день перенесения эмбриона самые высокие параметры наблюдались при наличии дисгормональных нарушений – на $1,2 \pm 0,1$ мм больше, чем при их отсутствии.

Клинические результаты ВРТ зависят от наличия сопутствующих дисгормональных нарушений у женщин после разных методов оперативного лечения патологии ШМ: частота имплантации – выше в 1,7 раза, наступления беременности – в 2,0 раза и роды живым плодом – у 2,1 раза.

ВЫВОДЫ

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют об эффективности предложенного алгоритма дифференцированного подхода к проведению ВРТ у женщин с патологией шейки матки с учетом наличия сопутствующих дисгормональных нарушений. Представленные данные позволяют рекомендовать усовершенствованный алгоритм для широкого использования в кабинетах и клиниках репродуктологии.

Вплив перенесеної патології шийки матки на тактику допоміжних репродуктивних технологій

М.М. Адамов

Отримані результати свідчать про ефективність запропонованого алгоритму диференційованого підходу до проведення допоміжних репродуктивних технологій у жінок з патологією шийки матки з врахуванням наявності супутніх дисгормональних порушень. Представлені дані дозволяють рекомендувати вдосконалений алгоритм для широкого використання в кабінетах і клініках репродуктології.

Ключові слова: патологія шийки матки, допоміжні репродуктивні технології, оптимізація.

Influence of transferred pathology of cervix uterus on tactics of auxiliary reproductive technologies

M. M. Adamov

The received results testify to efficiency of offered algorithm of the differentiated approach to carrying out auxiliary reproductive technologies at women with a various pathology of cervix uterus taking into account presence accompanying dysghormonal infringements. The presented data allows to recommend advanced algorithm for wide use in offices and clinics reproductology.

Key words: pathology of cervix uterus, auxiliary reproductive technologies, optimisation.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гойда Н.Г. Стан та проблеми організації надання медичної допомоги жінкам з онкогінекологічною патологією / Н.Г. Гойда // Зляккісні новоутворення. – Київ: Телеоптик, 2013. – С. 5–6.
2. Дубініна В.Г. Оптимізація лікування цервікальної інтраепітеліальної неоплазії II / В.Г. Дубініна, Н.Г. Кузева // Репродуктивне здоров'я жінки. – 2013. – № 5. – С. 216–217.
3. Значення місцевої протизапальної терапії для профілактики рецидивів передпухлинних захворювань шийки матки / [Сенчук А.Я., Шень Ю.М., Квартальний О.А. та ін.] // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2013. – № 6. – С. 84–87.
4. Клюкіна Л.Б. Цитологічний метод виявлення дисплазії епітелія шийки матки / Л.Б. Клюкіна, Г.И. Кузіна, О.К. Клецький // Лабораторне дело. – 2013. – № 3. – С. 55–57.
5. Лакатош В.П. Сучасні підходи до діагностики. Лікування та прогнозування захворювань шийки матки, асоційованих з папіломавірусною інфекцією: автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.01.01 «Акушерство та гінекологія» / В.П. Лакатош. – К., 2001. – 21 с.
6. Радзинский В.Е. Эффективность радиохирургического лечения доброкачественных заболеваний шейки матки: мат. науч.- практ. конф. акушеров-гинекологов / В.Е. Радзинский, И.М. Ордянц. – М., 2008. – С. 26–27.
7. Юзько О.М. Оптимізація допоміжних репродуктивних технологій у жінок з різною геніальною патологією / О.М. Юзько, Т.А. Юзько // Буковинський медичний вісник. – 2010. – № 2. – С. 78–83.

УДК 618.146-002.446-005.25-035.256.3:615.357

Порівняльні аспекти використання гормональної контрацепції у молодих жінок з ектопією шийки матки, які не народжували

Н.В. Адамчук

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

Результати проведених досліджень свідчать про позитивний вплив різних варіантів гормональної контрацепції на ектопію шийки матки у молодих жінок, які не народжували. При цьому треба використовувати диференційований підхід для призначення різних варіантів гормональної контрацепції. Отримані результати дають нам підставу для рекомендації вдосконаленого алгоритму для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: *гормональна контрацепція, ектопія шийки матки, порівняльні аспекти.*

У даний час ранній початок статевого життя, погана обізнаність про методи контрацепції і про інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), збільшують ризик настання небажаної вагітності, призводять до зростання у молодих жінок числа штучних абортів, що негативно впливає на репродуктивний потенціал молодого покоління [1, 2].

Особливе місце серед гінекологічних захворювань у молодих жінок, які не народжували, займає ектопія шийки матки (ЕШМ), частота в окремих групах ризику складає до 40% [3, 4]. Відомо, що в МКХ-10 ектопія циліндрового епітелію шийки матки (ШМ) не внесена як захворювання, оскільки є фізіологічним станом, але лікарі часто дотримуються активної тактики, використовуючи різні методи для лікування ектопії у молодих жінок, які не народжували, що робить цю проблему дуже актуально.

Неускладнена ектопія є варіантом норми для дівчат-підлітків. Це, як правило, тимчасовий стан, що не призводить до малігнізації. Проте, саме на тлі ектопії у сексуально-активних підлітків і молодих жінок можуть виникати патологічні процеси ШМ: диспластичні зміни, екзо- і ендocerвіцити, що обов'язково зажадає специфічного лікування [5-8].

Актуальність проблеми, що розглядається нами, зв'язана і з тим, що у молоді останніми роками спостерігаються ранній початок статевого життя, зростання сексуальної активності, відсутність контрацептивної культури. Все це призводить до збільшення числа запальних захворювань статевих органів і у тому числі ЕШМ. Оскільки це категорія молодих жінок і, як правило таких, що не народжували, збереження їх репродуктивного потенціалу має дуже велике значення.

Усе наведене вище свідчить про актуальність наукової проблеми, що вивчається, особливо в плані ефективної контрацепції у молодих, сексуально-активних жінок з ЕШМ.

Мета дослідження: підвищення ефективності лікувально-профілактичних заходів при неускладненій ЕШМ у молодих жінок, які не народжували, на основі використання диференційованого підходу до вживання різних методів гормональної контрацепції.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставлених в роботі завдань було обстежено 154 жінки раннього репродуктивного віку – від 18 до 25 років.

Для виявлення особливостей сексуальної і контрацептивної поведінки і соціального для визначень статусу сексуально-активних молодих жінок всім пацієнткам було проведено анонімне анкетування по загальноприйнятій методиці.

50 жінок були практично здорові; спостереження і лікування не потребували.

При огляді і обстеженні у 104 пацієнток була виявлена ЕШМ (ектопію в МКХ-10 розглядають не як хворобу, а як гістофізіологічну особливість ШМ, яка може піддаватися ятрогенним змінам і не завжди потребує терапевтичних заходів).

Оскільки більшість пацієнток зверталися в кабінет гінеколога для підбору засобів-контрацепції, але надалі вони були розподілені на групи залежно від методу призначеної контрацепції.

Гормональні контрацептиви підбирали індивідуально з врахуванням конституційно-біологічного фенотипу жінок, соматичної і гінекологічної патології.

Критерії включення в групи:

- сексуально-активні жінки, які не народжують, у віці 18–25 років;
- наявність ЕШМ без дисплазії;
- використання гормональної або бар'єрної контрацепції.

Критерії виключення з груп:

- жінки, які не живуть статевим життям;
- сексуально-активні молоді жінки без захворювань ШМ;
- сексуально-активні молоді жінки з ЕШМ, ускладненою диспластичними процесами.

До основної групи увійшли 79 пацієнток, яким була призначена гормональна контрацепція. Після проведеного обстеження пацієнток було розподілено на 3 підгрупи, залежно від використовуваного препарату (мікродозовані монофазні КОК – 36 жінок; інтравагінальні гормональні контрацептиви – 10 обстежених і трифазні КОК – 33 пацієнтки).

Контрольну групу склали 25 пацієнток, що використовують бар'єрну контрацепцію.

Були призначені наступні препарати: мікродозовані монофазні комбіновані контрацептиви; вагінальне кільце, що виділяє 15 мкг етінілестрадіолу і 120 мкг етоногестрела на добу; трифазні оральні контрацептиви.

Вік обстежених пацієнток коливався від 18 до 25 років і склав, в середньому, в першій підгрупі 20,16±2,26 року, в другій – 20,08±2,18 року, в третій – 21,40±2,54 року і в контрольній групі 20,39±2,27 року (p>0,05).

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, кольпоскопічні, цитологічні, мікробіологічні, морфологічні та статистичні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що для молодих жінок з ЕШМ, які не народжували, характерний ранній сексуальний дебют (15,87±0,25 року), причому в 100,0% випадків – поза шлюбом, високий відсоток (42,3%) наявність 2 і більш статевих партнерів, обтяжений абортами репродуктивний анамнез (40,7%), порушення менструальної функції з пубертатного періоду: альгоменорея (51,2%) і гіперполіменорея (10,4%), а також хронічні запальні захворювання придатків матки (17,4%).

Стан соматичного здоров'я у молодих жінок, які не народжували, характеризується високою частотою різної екстрагенітальної патології (83,7%), причому в 41,7% мають місце 2 і більше захворювань. У структурі соматичної патології переважають захворювання травного тракту (31,4%), тиреоїдна дисфункція (27,3%) і нейроциркуляторна дистонія (19,6%).

Використання різних методів гормональної контрацепції позитивно впливає на кольпоцитологічні зміни: при монофазних КОК – збільшення числа нормальних цитогам на 19,5% і зменшення числа запальних типів мазка на 27,8%; на тлі вагінального кільця – збільшенню числа нормальних цитогам на 10% і зменшення числа запальних типів мазка на 10%; при трифазних КОК – збільшення числа нормальних цитогам на 15,1% і зменшення запальних типів мазків на 24,2%.

При оцінці результатів досліджень бактеріоскопій встановлений позитивний вплив різних методів контрацепції на ступінь чистоти вагінального відокремлюваного: при однофазних КОК – збільшення частоти I ст. на 11,2% при одночасному зниженні II і III ст. – на 8,3%; при вагінальному кільці – зростання рівня I ст. на 20,0% за рахунок зменшення II і III ст. на 20,0%; при трифазних КОК – збільшення частоти I ст. на 22,2% при одночасному зниженні II і III ст. на 18,2%.

Різні методи гормональної контрацепції позитивно впливають на стан місцевого імунітету, що підтверджується достовірним збільшенням у вагінальному відокремлюваному рівня лактоферрину ($p < 0,05$), C5 компонента комплементу ($p < 0,01$), вмісту імуноглобулінів M і G ($p < 0,05$), а також секреторного імуноглобуліну A ($p < 0,01$).

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

- природжена ЕШМ згідно МКХ-10 є фізіологічним станом, що не вимагає лікування, проте сучасні медико-соціальні особливості молодих жінок диктують необхідність динамічного кольпоскопічного спостереження з інтервалом в 3–6 міс і обов'язкового призначення сучасних контрацептивних засобів;

- за наявності ектопії циліндрового епітелію ШМ у підлітків необхідно провести обстеження (просту і розширену кольпоскопію, кольпоцитологію, бактеріологічне і бактеріоскопічне дослідження, обстеження на ПІСШ) і підібрати оптимальний варіант гормональної контрацепції;

- молодим жінкам, які мають постійного партнера і не плануючим реалізацію репродуктивної функції, доцільно рекомендувати гормональні контрацептиви останнього покоління (мікродозовані монофазні і трифазні оральні контрацептиви, а за наявності захворювань травного тракту – вагінальне кільце).

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про позитивний вплив різних варіантів гормональної контрацепції на ектопію шийки матки у молодих жінок, які

не народжували. При цьому треба використовувати диференційований підхід для призначення різних варіантів гормональної контрацепції. Отримані результати дають нам підставу для рекомендації вдосконаленого алгоритму для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Сравнительные аспекты использования гормональной контрацепции у молодых нерожавших женщин с эктопией шейки матки

Н.В. Адамчук

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о позитивном влиянии различных вариантов гормональной контрацепции на эктопию шейки матки у молодых нерожавших женщин. При этом необходимо использовать дифференцированный подход к назначению различных вариантов гормональной контрацепции. Полученные результаты дают нам основание для рекомендации усовершенствованного алгоритма для широкого использования в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: гормональная контрацепция, эктопия шейки матки, сравнительные аспекты.

Comparative aspects to use of hormonal contraception at young not giving birth women with ectopia of cervix uterus

N. V. Adamchuk

Results of the spent researches testify to positive influence of various variants of hormonal contraception on ectopia cervix uterus at young not giving birth women. Thus it is necessary to use the differentiated approach to appointment of various variants of hormonal contraception. The received results make to us the basis for the recommendation of advanced algorithm for wide use in practical public health services.

Key words: hormonal contraception, ectopia of cervix uterus, comparative aspects

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Айдамазян Э.К. Планирование семьи, методы контрацепции / Э.К. Айламазян, – СПб., 2012. – 182 с.
2. Асецкая И.Л. Гормональные контрацептивы химического завода «Гедеон Рихтер»: Лекции / И.Л. Асецкая, Ю.Б. Белоусов. – М., 2012. – 56 с.
3. Бакшеев С. Н. Применение пролонгированного режима КОК при лечении заболеваний шейки матки / С. Н. Бакшеев, С. Ю. Пустоваров // Здоровье женщины. – 2009. – № 4. – С. 130–133.
4. Бриль К. Опыт клинического применения низкодозированного орального контрацептива, содержащего гестоден, среди подростков / К. Бриль. Дж. Шниткир // Вест. Рос. ассоц. акушеров- гинекологов. – 2012. – Т. 3. – С. 69–73.
5. Вакулenco Г.О. Стан мікробіоценозу піхви у хворих на початковий рак шийки матки / Г.О. Вакулenco // Буковинський мед. вісник. – 2010. – № 2. – С. 36–41.
6. Вовк И.Б. Новые критерии использования средств контрацепции // Планирование семьи междунар. мед. журн. – М., 2012. – № 4 (15). – С. 9–18.
7. Гормональная контрацепция и тромбофилические состояния / Под ред. А.Д. Макацария, Р.А. Саидовой. – М., 2011. – 239 с.
8. Гормональная контрацепция: Пособие для практикующих врачей / Под ред. профессора А.И. Давыдова. – М., 2013. – 24 с.

УДК 618.3-06:618.1-002

Профілактика невиношування вагітності у жінок з запальними захворюваннями статевих органів після першого медичного аборт

С.М. Бакшеєв

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

В результаті проведеного клініко-лабораторного, функціонального і статистичного аналізу результату вагітності і пологів в даних групах жінок стає очевидною перевага пропонованих методів діагностики і етіопатогенетичної терапії загрозового переривання вагітності на тлі запальних захворювань після першого медичного аборт в порівнянні із загальноприйнятими лікуваннями.

Ключові слова: невиношування, запальні захворювання, перший медичний аборт, профілактика.

Невиношування вагітності є однією з найважливіших проблем охорони здоров'я у всьому світі. Частота передчасного переривання вагітності коливається в межах 10–25% [1–4]. Не дивлячись на велику кількість досліджень, присвячених профілактиці і лікуванню невиношування, частота передчасних пологів складає 5–10% [1].

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 [1–4].

Серед різних чинників ризику невиношування все більшого значення набувають початкові фонові запальні захворювання після першого медичного аборт. 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 уrogenітального тракту [1–4].

В той же час, патогенез невиношування на тлі запальних процесів після першого медичного аборт вивчено недостатньо. Відсутні чіткі дані про особливості формування і функціонального стану фетоплацентарного комплексу і порушень стану внутрішньоутробного плода і новонародженого залежно від початкових особливостей мікробіоценозу статевих шляхів. Крім того, відсутні дані про ефективний

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

Усе наведене вище є достатнім обґрунтуванням актуальності вибраного наукового завдання.

Мета дослідження: зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з невиношуванням і запальними захворюваннями після першого медичного аборт в анамнезі на основі вивчення особливостей мікробіологічного статусу і функціонального стану фетоплацентарного комплексу, а також удосконалення комплексу лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети і завдань було відібрано 100 жінок з невиношуванням вагітності після першого медичного аборт в анамнезі по наступних критеріях:

- наявність в анамнезі першого медичного аборт;
- відсутність хромосомних аномалій в каріотипі подружжя;
- відсутність грубих анатомічних дефектів внутрішніх статевих органів (вади розвитку матки, внутрішньоматковій синехії, непрохідність маткових труб);
- відсутність оперативних втручань на матці (кесарів розтин, ушивання перфоративного отвору, консервативна міомектомія);
- відсутність виражених соматичних і ендокринних захворювань.

Крім того, в дослідження увійшли лише ті жінки, вік яких не перевищував 35 років. Це було зроблено з метою нівелювати вплив залежних для віку чинників на результати дослідження, оскільки після 35 років підвищується частота утворення яйцеклітин з аномальними наборами хромосом, зокрема трисомією по 21 і 18 парам хромосом [1].

Для виявлення ефективності пропонованих нами лікувально-профілактичних заходів був проведений порівняльний аналіз перебігу вагітності і пологів в трьох групах жінок:

- 1-а група (основна) – 50 жінок із загрозовим перериванням вагітності в терміні 18-22 тижні гестації із запальними захворюваннями після перенесеного першого медичного аборт, які отримували розроблену нами методіку;
- 2-а група (порівняння) - 50 жінок із загрозовим перериванням вагітності в терміні 18-22 тижні гестації із запальними захворюваннями після перенесеного першого медичного аборт, які отримували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи;
- 3-я група (контрольна) – 50 соматично і гінекологічно здорових перовіагітних.

На момент обстеження всі жінки знаходилися в II триместрі вагітності (18–22 тиж) з явищами загрозового переривання інфекційного генезу, тобто мав місце запальний процес уrogenітального тракту. При цьому, основна група вагітних була зіставлена з групою порівняння за найбільш важливими показниками (термін вагітності, вік, паритет, соціально-економічне положення, генітальна і екстрагенітальна патологія, результат попередніх вагітностей).

Загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи включали використання за свідченнями антибактеріальних препаратів, гормональну терапію, комплекси вітамінів і мікроелементів; засоби, що поліпшують мікроциркуляцію (курантил, трентал, компламін); імунокорегуючу терапію [3].

Запропонована методика складається з наступних моментів:

1 етап – передравідарна підготовка: 6–12 міс.

- гормональна корекція – логест; утрожестан.
- корекція мікробіоценозу статевих шляхів – гравагін; бетадін.
- імунокорегуюча терапія – протекфлазид; віферон; плацентоль;
- підготовка статевого партнера – протекфлазид; віферон;
- корекція дисметаболических порушень – кртал.

2 етап (8–10 тиж і 18–20 тиж) – до 20 тиж вагітності:

- гормональна терапія – утрожестан до 12 тиж, після 12 тиж – дуфастон;
- корекція мікробіоценозу статевих шляхів – пімафуцин; кандибене після 12 тиж;
- комплексна метаболічна терапія – кртал;
- імунокорегуюча терапія – протекфлазид.

Окремо хотілося б зупинитися на двох моментах запропонованої методики – використанні препаратів кртал (корекція дисметаболических порушень) і протекфлазид (антивірусна терапія).

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, функціональні, імунологічні, ендокринологічні, мікробіологічні і статистичні методи дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що провідними чинниками ризику розвитку 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 більше (40,0%); хронічні тонзиліт (28,0%), бронхіт (18,0%), пієлонефрит (16,0%), гастрит (14,0%), коліт (10,0%) і хронічні запальні захворювання статевих органів – кольпіт (78,0%), псевдоерозія шийки матки (66,0%) і сальпінгофорит (62,0%).

Найчастішими ускладненнями гестаційного періоду у жінок із запальними захворюваннями уrogenітального тракту і невиношуванням в анамнезі є загрозливе переривання вагітності в ранніх термінах (68,0%), ранній токсикоз вагітних легкої і середньо-тяжкої форми (40,0%), фетоплацентарна недостатність (54,0%), зміна об'єму навколоплодових вод (28,0%) і низька плацентарність (32,0%). Частота мимовільного переривання вагітності складає 20,0%.

Встановлено, що «мікробіологічними» чинниками ризику у жінок з невиношуванням вагітності запального генезу є наявність в уrogenітальному тракті змішаного паразитоценозу, представленого активними анаеробним (T. Vaginalis, M. Hominis, Ur. Urealiticum), вірусним (CMV, HCV type 1,2, Coxsackieviruses A,B) і грибовим компонентами, а також високим рівнем інвазії лямбліями (40,0%), токсокарами (28,0%) і гостриками (26,0%).

Стан фетоплацентарного комплексу у жінок з невиношуванням запального генезу в анамнезі характеризується високою частотою затримки внутрішньоутробного розвитку плода (42,0%); порушеннями гемодинаміки в системі мати–плацента–плід (56,0%); зниженням вмісту основних гормонів (ПЛЛ, ЕЗ, К, ДГЕА-с і 17-ОП) і білків плацентарних (SP1 і PP14).

Розродження жінок з невиношуванням запального генезу характеризується високим рівнем (25,0%) передчасних пологів; абдомінального розродження (25,0%);

асфіксії новонароджених (20,0%); внутрішньоутробного інфікування (17,5%) і постгіпоксичної енцефалопатії.

Використання запропонованого комплексу лікувально-профілактичних заходів із застосуванням препаратів кртал і протекфлазид дозволяє знизити частоту мимовільного переривання вагітності в 3,3 разу; передчасних пологів в 2,9 разу; асфіксії новонароджених в 2 рази; внутрішньоутробного інфікування в 2,8 разу і постгіпоксичної енцефалопатії в 2,1 разу.

Підтвердженням ефективності запропонованої методики з використанням препаратів кртал і протекфлазид є результати проведених мікробіологічних досліджень.

Так, аналізуючи основні зміни частоти виділення мікроорганізмів в цервікальному каналі, уретрі і піхві у обстежених жінок нами встановлено істотне зниження рівня обсіменіння Chlamydia trachomatis (основна група – 62,0% і порівняння – 86,0%); Trichomonas vaginalis (основна група – 36,0% і порівняння – 50,0%); Micoplasma hominis (основна група – 34,0% і порівняння – 52,0%); Ureaplasma urealiticum (основна група – 44,0% і порівняння – 28,0%), а також всіх видів вірусів, анаеробів і грибів роду Candida.

При оцінці середніх геометричних титрів антитіл IgG до Chlamydia trachomatis у основній групі відмічено зниження всіх варіантів титрів, починаючи з низьких (основна група – 40,0% і порівняння – 40,0%) і закінчуючи високими титрами (основна група – 8,0% і порівняння – 2,0%). В порівнянні з цим, істотних змін з боку частоти розповсюдження персистентних і метаболічно активних форм Chlamydia trachomatis в різних групах нами не встановлено. Вельми показовими є і дані, що свідчать про виявлення зниження частоти розповсюдження Trichomonas vaginalis всіма методами, але особливо культуральним (основна група – 20,0% і порівняння – 64,0%).

На особливу увагу заслуговують результати уринарного екскретування мікроорганізмів у обстежених жінок різних груп. Тут необхідно відзначити істотне зниження рівня обсіменіння сечі Chlamydia trachomatis (основна група – 26,0% і порівняння – 16,0%); Trichomonas vaginalis (основна група – 54,0% і порівняння – 32,0%); Micoplasma hominis (основна група – 46,0% і порівняння – 22,0%); Ureaplasma urealiticum (основна група – 24,0% і порівняння – 12,0%), а також всіх видів вірусів, анаеробів і грибів роду Candida.

Аналогічна закономірність відмічена нами і при оцінці частоти виявлення паразитів у обстежених жінок, причому всіх видів: Jiardia lamblia (основна група – 40,0% і порівняння – 20,0%); Toxosaga canis (основна група – 28,0% і порівняння – 12,0%) і Enterobius vertikularis (основна група – 26,0% і порівняння – 14,0%).

На завершальному етапі проведених мікробіологічних досліджень була дана оцінка частоти зустрічання асоціацій мікроорганізмів в паразитоценозах в різних групах жінок. Отримані результати підтверджують ефективність запропонованих лікувально-профілактичних заходів.

ВИСНОВКИ

Таким чином, в результаті проведеного клініко-лабораторного, функціонального і статистичного аналізу результату вагітності і пологів в даних групах жінок стає очевидною перевага запропонованих методів діагностики і етіопатогенетичної терапії загрозливого переривання вагітності із запальними захворюваннями після перенесеного першого медичного аборту в порівнянні із загальноприйнятим лікуванням.

Профилактика невынашивания у женщин с воспалительными заболеваниями после первого медицинского аборта
С.Н. Бакшеев

В результате проведенного клинико-лабораторного, функционального и статистического анализа исхода беременности и родов в рассматриваемых группах женщин становится очевидным преимущество предлагаемых методов диагностики и этиопатогенетической терапии угрожающего прерывания беременности на фоне воспалительных заболеваний после первого медицинского аборта по сравнению с общепринятым лечением.

Ключевые слова: невынашивание, воспалительные заболевания, первый медицинский аборт, профилактика.

Preventive maintenance incompetent pregnancy at women with inflammatory diseases after first medical abortion
S.N. Baksheev

As a result of the lead clinical-laboratory, functional and statistical analysis of an outcome of pregnancy and sorts in considered groups of women there is obvious an advantage of offered methods of diagnostics and etiopatogenetical therapies menacing interruption of pregnancy on a background of inflammatory diseases after first medical abortion in comparison with the standard treatment.

Key words: incompetent pregnancy, inflammatory diseases, the first medical abortion, preventive maintenance.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Голота В.Я., Бенюк В.О. Перинатальні аспекти недоношування вагітності // Проблеми медицини. – 2009. – № 1–2. – С. 32–35.
2. Новікова Н.В., Стукалова О.М., Руденко А.В. Урогенітальна інфекція як основний чинник невиношування вагітності // Педиатрія, акушерство і гінекологія. – 2010. – № 6. – С. 105–107.
3. Назаренко Л.Г., Салами Омар. Привычное невынашивание беременности: микробиологическая характеристика и лечение // Буковинський мед. вісник. – 2011. – № 2–3. – С. 134–136.
4. Малюк В.В., Оладенко И.Б., Архипов М.В. Особенности течения беременности и ее исход у женщин с TORCH-инфекцией / 36 наукових праць. Асоціація акушерів-гінекологів України. – К.: «Фенікс». – 2001. – С. 397–399.

УДК 618.17-007.415:616.441-008.64:612.018.2

Особенности репродуктивной системы у пациенток с наружным генитальным эндометриозом на фоне гипотиреоза

Д.Ю. Берая

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной роли эндокринологического статуса в оценке функционального состояния репродуктивной системы у пациенток с наружным генитальным эндометриозом на фоне гипотиреоза. Полученные результаты указывают, что гиперпродукция тиреотропного гормона у больных с наружным генитальным эндометриозом при гипофункции щитовидной железы способствует уменьшению уровня фолликулостимулирующего гормона и повышению продукции пролактина, что приводит к снижению эстрогенпродуцирующей функции яичников. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке тактики ведения этих пациенток.

Ключевые слова: наружный генитальный эндометриоз, гипотиреоз, гормональная функция.

В настоящее время эндометриоз представляет собой одну из наиболее важных проблем гинекологии. Несмотря на более чем столетний период, прошедший с момента описания этого заболевания, данная проблема не только не утратила своей актуальности, но напротив, остается эпицентром дискуссий и предметом постоянных научных изысканий.

Генитальный эндометриоз в структуре гинекологической заболеваемости занимает третье место. Частота его колеблется от 10% до 59% [1–5], и является наиболее распространенной причиной, приводящей к госпитализации и гистерэктомии.

Наружный генитальный эндометриоз является медико-социальной проблемой, так как ему подвержены женщины молодого репродуктивного возраста (21–40 лет), и при выраженном поражении гениталий ведет к частой и длительной нетрудоспособности и бесплодию. Эндометриоз чаще встречается у женщин интеллектуального труда, с высоким социальным уровнем, большим эмоциональным напряжением, хроническим стрессом, живущих в неблагоприятной экологической обстановке и имеющих небольшое количество родов [6–9].

Патогенез этого заболевания до конца не изучен и представляется хроническим, многофакторным, прогрессирующим, рецидивирующим заболеванием, с признаками автономного роста гетеротопий и нарушением биологической активности клеток эктопического эндометрия [2, 4].

Результаты исследований последних лет свидетельствуют о существенной роли экстрагенитальной патологии в генезе наружного генитального эндометриоза, особенно в том плане, что данная патология развивается на фоне нарушенного иммунного равновесия, а именно активации В-лимфоцитарной системы при одновременном развитии Т-клеточного иммунодефицита [7, 9].

Одним из основных вариантов соматической заболеваемости у женщин репродуктивного возраста является гипофункция щитовидной железы в виде гипотиреоза. Отклонения от физиологической секреции тиреоидных гормонов, являющихся модуляторами действия эстрогенов на клеточном уровне, могут способствовать прогрессированию нарушений гисто- и органогенеза гормоночувствительных структур и формированию эндометриоза [5, 6].

Вместе с тем, научные данные о состоянии гормонального статуса при наружном генитальном эндометриозе и его роли в возникновении, развитии и течении заболевания весьма немногочисленны и противоречивы, что определяет актуальность настоящего исследования.

Цель исследования: установить особенности гормональной функции репродуктивной системы при наружном генитальном эндометриозе на фоне гипотиреоза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели были обследованы 110 больных репродуктивного возраста от 20 лет до 41 года с наружным генитальным эндометриозом.

Все женщины были разделены на две группы. В первую группу вошли 50 пациенток с наружным генитальным эндометриозом (НГЭ) без патологии ЩЖ, во вторую – 60 женщин с НГЭ и сопутствующим гипотиреозом.

Клинические группы пациенток сформированы следующим образом: первую группу составили 10 (20%) больных, которые лечились по поводу бесплодия и в ходе обследования были выявлены очаги НГЭ по брюшине малого таза; 15 (30%) обратившихся к гинекологу с жалобами на дисменорею, диспареунию, боли в области таза и при комплексном обследовании был выявлен НГЭ; 25 пациенток (50%), которые поступили на плановое оперативное лечение по поводу эндометриоидных кист яичников.

По локализации процесса распределение больных в первой группе было следующим образом: 8 больных (16%) имели ретроцервикальный эндометриоз (РЦЭ); 17 (34%) эндометриоз брюшины малого таза (ЭБ); 25 (50%) – эндометриоидные кисты яичников (ЭКЯ).

Вторую клиническую группу составили 39 женщин (65%), которые первично обращались к эндокринологу и лечились по поводу гипотиреоза, возникшего вследствие аутоиммунного тиреоидита (АИТ), но в связи с жалобами на боль внизу живота и дисменорею были обследованы у гинеколога, у всех был выявлен наружный генитальный эндометриоз, причем 12 (20%) из них обратились к гинекологу с жалобами на бесплодие, при дообследовании у пяти женщин из них были эндометриоидные кисты яичников, у семи – очаги НГЭ по брюшине малого таза; 21 пациентка (35%) жаловалась на постоянную боль в области таза и диспареунию, при лапароскопии у них выявлен НГЭ (малые формы и эндометриоидные кисты), в анамнезе был перенесенный АИТ, а на момент исследования – гипотиреоз.

Из 60 пациенток второй группы у 30 был выявлен субклинический гипотиреоз и у 30 – манифестный, что позволило разделить эту группу женщин на две подгруппы: 2.1 подгруппа – больные с субклиническим гипотиреозом и 2.2 – пациентки с манифестным гипотиреозом.

Во 2.1 подгруппу вошли 4 пациентки (13,3%) с ЭБ; 6 (20%) – с распространенными формами НГЭ; 8 (26,7%) – с ЭКЯ и 12 (40%) – с РЦЭ.

Во 2.2 подгруппу вошли 4 женщины (13,3%) с распространенными формами НГЭ; 4 (13,3%) – с РЦЭ; 9 (30%) – с ЭБ и 13 (43,3%) – с ЭКЯ.

Средний возраст женщин в первой группе составил $31,7 \pm 1,7$ года оказался достоверно ниже ($p < 0,05$) по сравнению с больными во второй группе ($35,4 \pm 1,3$ года).

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

Всем пациенткам в периферической венозной крови определялись репродуктивные и тиреоидные гормоны: фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), лютеинизирующий гормон (ЛГ), пролактин (ПЛ), эстрадиол (E_2), прогестерон (ПГ), тестостерон, ДГЭА-С, тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (св.ТД свободный трийодтиронин (ТзХ антитела к тиреопероксидазе (АТ-ТПО), антитела к тиреоглобулину (АТТГ) по общепринятым методикам.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На предварительном этапе был проведен сравнительный анализ клинического течения НГЭ без патологии ЩЖ и при гипотиреозе.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о наличии особенностей клинического течения наружного генитального эндометриоза в сочетании с гипофункцией щитовидной железы. При гипотиреозе имеет место значительно более частая локализация ретро-цервикального эндометриоза и наличие распространенных форм наружного генитального эндометриоза. Несмотря на отсутствие гиперполименореи при наружном генитальном эндометриозе, сочетание его с гипотиреозом часто сопровождается анемией легкой степени. Женщины репродуктивного возраста с наружным генитальным эндометриозом на фоне гипофункции щитовидной железы достоверно чаще отмечают бесплодие и невынашивание беременности на ранних сроках, причем в подавляющем большинстве случаев на фоне неразвивающейся беременности. Выявлено также более частое инфицирование пациенток с наружным генитальным эндометриозом в сочетании с гипотиреозом герпесвирусной и уреоплазменной инфекциями.

С целью патогенетического обоснования клинических особенностей НГЭ при гипотиреозе у женщин репродуктивного возраста нами были изучены основные показатели гормональной функции репродуктивной системы у обследованных пациенток.

Согласно собственным исследованиям, установлены некоторые особенности состояния гормонального статуса у больных с НГЭ в сочетании его с гипофункцией ЩЖ. Так, несмотря на то, что средние величины фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) у всех пациенток в обеих группах укладывались в нормативные показатели, их секреция у женщин с НГЭ и сопутствующей патологией ЩЖ (субклиническим гипотиреозом – 2.1 подгруппа) составила $4,7 \pm 0,4$ мМЕ/мл, что до-

стоверно ($p < 0,05$) ниже в сравнении с группой больных с НГЭ без патологии ЩЖ ($7,4 \pm 0,7$ мМЕ/мл). Количество ФСГ у женщин с манифестным гипотиреозом (2.2 подгруппа – $4,3 \pm 0,5$ мМЕ/мл), также достоверно ($p < 0,01$) ниже этого показателя у пациенток 1 группы ($7,4 \pm 0,7$ мМЕ/мл). При анализе выявлена средней силы обратная корреляционная связь между ТТГ и ФСГ в группе больных с субклиническим ($r = -0,538$) и манифестным ($r = -0,51$) гипотиреозом.

Аналогичная ситуация прослеживается по отношению к эстрадиолу. Хотя средние величины секреции эстрадиола в обеих группах несколько превышают лабораторные нормы, его количество во 2 группе достоверно ниже в сравнении с больными без тиреоидной патологии. Так, секреция эстрадиола (Е2) у женщин во 2.1 подгруппе ($471,2 \pm 43,4$ пмоль/л) и во 2.2 подгруппе (491 ± 31 пмоль/л) достоверно ($p < 0,05$) ниже в сравнении с этим показателем в 1 группе больных ($591,3 \pm 35,7$ пмоль/л). У женщин с НГЭ и субклиническим гипотиреозом выявлена средней силы отрицательная корреляционная связь по отношению ТТГ к эстрадиолу ($r = 5,48$).

Собственные исследования выявили достоверное ($p < 0,05$) увеличение секреции пролактина у женщин во 2 группе как с субклиническим, так и с манифестным гипотиреозом ($17,7 \pm 0,98$ пг/мл, $17,1 \pm 1,1$ пг/мл) по сравнению с пациентками первой группы ($13,3 \pm 1,6$ пг/мл), хотя уровни данного гормона не выходят за лабораторные нормы. При корреляционном анализе выявлена средняя прямая корреляция у больных с субклиническим гипотиреозом ($r = 0,63$) между уровнем секреции ТТГ и количеством в сыворотке крови пролактина.

Что касается ЛГ, ДГЭА и тестостерона, то достоверных различий в секреции этих гормонов у пациенток обеих групп не установлено, хотя выявлена тенденция к снижению в секреции тестостерона.

Закономерно, что секреция ТТГ у женщин с НГЭ и с субклиническим и манифестным гипотиреозом ($4,8 \pm 0,9$ мМЕ/мл и $5,1 \pm 0,7$ мМЕ/мл соответственно) была значительно ($p < 0,01$) выше по сравнению с таковой в группе больных с НГЭ без патологии ЩЖ ($1,6 \pm 0,4$ мМЕ/мл), а также выше нормативных показателей ($0,34 - 3,0$ мМЕ/мл).

Известно, что при явном или манифестном гипотиреозе наряду с повышением уровня ТТГ определяется сниженный уровень fT4 (свободный тироксин). Количество секреции fT4, у больных во 2.2 подгруппе составило $2,57 \pm 1,5$ пмоль/л, что значительно ниже лабораторной нормы ($9 - 19$ пмоль/л) и достоверно ($p < 0,001$) ниже в сравнении с женщинами с НГЭ без патологии ЩЖ ($13,88 \pm 3,7$ пмоль/л). Секреция fT4 в 2.1 подгруппе (субклинический гипотиреоз) в нашем исследовании составила $9,3 \pm 0,5$ пмоль/л, что достоверно ниже ($p < 0,05$) в сравнении с первой группой ($13,9 \pm 3,7$ пмоль/л) и выше ($p < 0,001$) в сравнении с 2.2 подгруппой ($2,57 \pm 1,5$ пмоль/л). Выявлена прямая средней силы корреляционная связь между концентрацией СВ.Т4 и ФСГ в группе женщин с субклиническим ($r = 0,52$) и манифестным гипотиреозом ($r = 0,54$), а также прямая средняя корреляция между fT4 и эстрадиолом во 2.1 ($r = 0,59$) и 2.2 ($r = 0,67$) подгруппах.

Средние величины свободного трийодтиронина (fT3) у всех пациенток в обеих группах укладывались в лабораторные нормы. Однако секреция fT3 у женщин с НГЭ и сопутствующим субклиническим и манифестным гипоти-

реозом ($5,53 \pm 0,6$ пг/мл, $5,6 \pm 0,8$ пг/мл соответственно) имела незначительную тенденцию к увеличению в сравнении с больными в 1 группе ($4,76 \pm 0,8$ пг/мл; $p > 0,05$).

Итак, гиперпродукция ТТГ у больных с НГЭ при гипофункции щитовидной железы способствует уменьшению уровня ФСГ и повышению продукции пролактина, что приводит к снижению эстрогенпродуцирующей функции яичников.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной роли эндокринологического статуса в оценке функционального состояния репродуктивной системы у пациенток с наружным генитальным эндометриозом на фоне гипотиреоза. Полученные результаты указывают, что гиперпродукция тиреотропного гормона у больных с наружным генитальным эндометриозом при гипофункции щитовидной железы способствует уменьшению уровня фолликулостимулирующего гормона и повышению продукции пролактина, что приводит к снижению эстрогенпродуцирующей функции яичников. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке тактики ведения этих пациенток.

Особливості репродуктивної системи у пацієнок із зовнішнім генітальним ендометріозом на фоні гіпотиреозу

Д.Ю. Берая

Результати проведених досліджень свідчать про істотну роль ендокринологічного статусу в оцінці функціонального стану репродуктивної системи у пацієнок із зовнішнім генітальним ендометріозом на тлі гіпотиреозу. Отримані результати вказують, що гіперпродукція тиреотропного гормону у хворих із зовнішнім генітальним ендометріозом при гіпофункції щитовидної залози сприяє зменшенню рівня фолікулостимулювального гормону і підвищенню продукції пролактину, що призводить до зниження естроген продукуючої функції яєчників. Отримані результати необхідно враховувати при розробці тактики ведення цих пацієнок.

Ключові слова: зовнішній генітальний ендометріоз, гіпотиреоз, гормональна функція.

Features of reproductive system at patients with external genital an endometriosis against hypothyreosis.

D.J. Beraja

Results of the spent researches testify to an essential role endocrinological status in an estimation of a functional condition of reproductive system at patients with external genital endometriosis against hypothyreosis. The received results specify that hyperproduction thyreopropical hormone at patients with external genital endometriosis at thyroid gland hypofunction promotes level reduction folliculostimulation hormone and to production increase prolactinum that leads to decrease estrogenproduction function of ovariums. The received results are necessary for considering by working out of tactics of conducting these patients.

Key words: external genital endometriosis, hypothyreosis, hormonal function.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРЫ

1. Абдуллаева У.А. Актуальные вопросы лечения наружного генитального эндометриоза с хроническими тазовыми болями / У.А. Абдуллаева, А.И. Ищенко, Д. Озген // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2011. – № 1. – С. 41–45.
2. Адамян Л.В. Нарушение электронно-транспортной цепи как проявление оксидативного стресса при эндометриозе / Л.В. Адамян, Е.Н. Бугрова, В.Д. Микоян // Проблемы репродукции. – 2012. – № 5. – С. 103–107.
3. Адамян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков, Е.Н. Андреева. – М.: Медицина, 2009. – 411 с.
4. Айламазян Э.К. Генитальный эндометриоз / Э.К. Айламазян, В.В. Потин, М.А. Тарасова // Гинекология от пубертата до постменопаузы. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – С. 284–302.
5. Баскаков В.П. Эндометриозная болезнь / В.П. Баскаков, Ю.В. Цвелев, Е.Ф. Кира. – СПб.: Н-Л, 2012. – 452 с.
6. Браверманн Л.И. Болезни щитовидной железы / Л.И. Браверманн / Под редакцией Л.И. Бравермана (Перевод с английского). – М.: Медицина, 2010. – 377 с.
7. Галкина Н.В. Диффузный аутиреоидный зоб (эпидемиология, этиология и патогенез, роль генетических факторов в развитии, лечение) / Н.В. Галкина, Н.В. Мазурина, Е.А. Трошина // Пробл. эндокринологии. – 2012. – Т. 52, № 4. – С. 49–56.
8. Гатаулина Р.Г. Функциональное состояние щитовидной железы у больных с опухолевидными образованиями яичников, страдающих бесплодием / Р.Г. Гатаулина // Вестн. акуш. и гинек. – 2011. – № 2. – С. 38–40.
9. Герасимов А.М. Причины бесплодия при наружном эндометриозе / А.М. Герасимов // Проблемы репродукции. – 2007. – № 3. – С. 66–69.

УДК 618.17-02:618.14-007.66

Роль ехографічних досліджень у діагностиці аномалій розвитку матки і піхви до та під час вагітності

В.І. Бойко, Ю.С. Воліна-Стаخورна

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Результати проведених досліджень свідчать, що ультразвукова ехографія дозволила виявити природжені аномалії розвитку матки і піхви в 89,4%, встановити їх форму у 51,8% дівчаток-підлітків. Найчастіше встановлена часткова аплазія піхви при функціонуючій матці і повна аплазія матки і піхви (82,1%), подвоєння матки і піхви (79,2%), рідше – однорога матка з додатковим рудиментарним рогом (40,0%). Великі труднощі виникли в диференціальній діагностиці між внутрішньо-матковою перегородкою і дворогою маткою. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: аномалії розвитку матки і піхви, ехографічна 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, тазовими болями [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. Серед основних додаткових методів дослідження останніми роками найбільш ефективною і прийнятною є ехографія.

Мета дослідження: вивчення можливостей ехографічної діагностики ВАР матки і піхви.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети були обстежені 91 дівчинку і дівчину у віці 10–18 років з ВАР матки і піхви (1 група).

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

Залежно від форми ВАР матки і піхви в I групі виділено 5 підгруп:

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

- підгрупа 1.2 – 24 дівчинка-підлітки з повним подвоєнням матки і піхви, з них 16 без порушення відтоку менструальної крові і 8 з частково аплазованою однією піхвою;
- підгрупа 1.3 – 14 дівчатка-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 дівчатка-підлітків з внутрішньоматковою перегородкою: 7 з повною і 8 – з неповною внутрішньоматковою перегородкою;
- підгрупа 1.5 – 15 дівчатка-підлітків з двоорогою маткою, з них 7 з сідловидною, 3 з неповною і 5 з повною формою.

У 6 дівчаток-підлітків з хронічними тазовими болями при проведенні лапароскопії і гістероскопії, у зв'язку з порушенням менструального циклу, виявлено природжене одностороннє укорочення зв'язкового апарату матки з її латеропозицією. Цей вид вади на справжній момент включений в МКХ-10 (2005).

У анамнезі детально з'ясовували перенесені гострі і хронічні екстрагенітальні захворювання, вік настання менархе, порушення менструальної функції (тривалість, ритм, хворобливість) і характер її становлення, перенесені гінекологічні захворювання, оперативні втручання на органах статевої системи та їх об'єм, кількість вагітностей і їх результат.

Оцінювали загальний стан дівчаток і підлітків: зріст, маса тіла з визначенням індексу маси тіла, ступінь статевого розвитку і його відповідність зросту. При клінічному обстеженні оцінювали стан шкірних покривів, периферичних лімфатичних вузлів, розвиток підшкірно-жирової клітковини, щитовидної залози, температуру тіла, дихальної і серцево-судинної системи (артеріальний тиск, пульс), форму живота, хворобливість при пальпації, наявність симптомів роздратування очеревини.

Гінекологічний статус вивчали при огляді зовнішніх статевих органів (ступінь розвитку, розташування уретри, тип обволосіння, стан клітора і невинної 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 вагінально-абдомінальне дослідження.

Ехографічне дослідження у дівчаток і підлітків проводили із застосуванням методики наповненого сечового міхура, у планових хворих після попередньої підготовки. Зображення сечового міхура застосовувалося за еталон зображення кістозного утворення, необхідного для диференціювання щільних і рідких структур. Сканування здійснювали переміщенням перетворювача по передній стінці нижньої частини живота подовжно і поперечно. При подовжному скануванні визначали положення матки, оцінювали її внутрішню структуру, контури, вимірювали довжину і передньо-задній розмір. При поперечному скануванні визначали ширину матки і розміри яєчників, їх внутрішню структуру, звукопровідність.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік пацієнток 1 групи склав $15,9 \pm 0,5$ року. При вивченні вікового складу дівчаток по підгрупах достовірної різниці не наголошувалося. Кількість дівчаток з аплазією піхви (підгрупа 1.1) у віці 10–14 років і 15–18 років була однаковою, в останніх підгрупах переважав вік 15–18 років.

Аномалії розвитку сечовидільної системи виявлені у 34 (40,0%) пацієнток. Найбільш рідко (11,8%) ця патологія зустрічалася у дівчаток з частковою аплазією піхви при функціонуючій матці і частіше (78,6%) – з однорогою маткою і додатковим рудиментарним рогом ($p < 0,01$). У 16 (18,8%) пацієнток виявлена аплазія нирки. У 8 (100%) дівчаток з частковою аплазією однієї піхви при подвоєнні матки (підгрупа 1.2) виявлена аплазія нирки з боку аплазованої піхви. З 16 пацієнток цієї підгрупи без порушення відтоку менструальної крові лише в одній виявлена ВАР сечовидільної системи у формі подвоєння нирки. З 14 дівчаток з однорогою маткою в 5 (35,7%) наголошувалося аплазія нирки на стороні рудиментарного рогу. Дистопія нирки в цій підгрупі на стороні основного і рудиментарного рогу, а також подвоєння єдиної нирки зустрілися по 1 випадку. Подвоєння чашечно-мискової системи (ЧМС) (2 випадки) було на стороні основного рогу. З 15 пацієнток з внутрішньоматковою перегородкою (підгрупа 1.4) лише в 3 (20,0%) виявлена аномалія розвитку у формі подвоєння ЧМС і дистопії нирки. У пацієнток з двоорогою маткою (підгрупа 1.4) аплазія нирки наголошувалося 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 двоорогої матки. У дівчаток з природженим укороченням зв'язкового апарату матки аномалії сечовидільної системи не виявлені.

У 1 групі гінекологічне дослідження під час вступу проведене всім, ректоабдомінальне – 54, вагінально-абдомінальне – 37 пацієнткам. У 3 дівчаток-підлітків з аплазією матки і піхви (1.1 підгрупа) при гінекологічному дослідженні виявлено: зовнішні статеві органи розвинені правильно, обволосіння за жіночим типом. Передвірря піхви у вигляді невинної пльви з невеликим поглибленням. При ректоабдомінальному дослідженні: матка в типовому місці не визначалася, в малому тазу пальпувався поперечний тяж, придатки не визначалися.

Отже, результати проведених клінічних досліджень свідчать, що використання лише клінічних методів діагностики дозволяє встановити наявність природжених аномалій розвитку матки і піхви у 30,6% пацієнток. У 34,1% спостережень діагностика була сумнівною, а в 35,3% випадків діагноз аномалій розвитку матки і піхви не був встановлений.

Ехографічне дослідження органів малого тазу проведене у 85 дівчаток і підлітків з ВАР матки і піхви, з них в 76 (89,4%) виявлені різні вади, в 44 (51,8%) встановлена форма ВАР, і в 9 (10,6%) – ВАР не виявлена. У 6 дівчаток з укороченням зв'язкового апарату матки і її латеропозицією при ехографічному дослідженні патології не виявлено. Найбільші складнощі при ехографічній діагностиці складала пацієнтки підгрупи 1.4 і диференціальній діагностиці між однорогою маткою з наявністю додаткового рудиментарного рогу і двоорогою маткою (підгрупи 1.3 і 1.5).

Ехографічна картина в підгрупі 1.1 дівчаток з вираженими клінічними даними дозволила виявити ВАР матки і піхви у всіх, при цьому встановити форму – у 14 (82,1%) дівчаток і підлітків. У 3 дівчаток з повною аплазією матки і піхви матка у вигляді одного м'язового валика розмірами $2,0 \times 1,0 \times 0,5$ см була в 2 і в 1 – двох м'язових валиків однакових розмірів $1,5 \times 1,0 \times 1,0$ см, розташованих симетрично. Розміри яєчників у цих дівчаток відповідали віку з добре вираженими премордальними фолікулами, в одній з них діагностовано жовте тіло.

З 14 дівчаток з частковою аплазією піхви при функціонуючій матці (підгрупа 1.1) в 9 матка візуалізувалася, розміри тіла матки відповідали віку ($14,8 \pm 1,3$ року). Товщина ендометрія склала $6,0 \pm 3,2$ мм. Кіста яєчника виявлена у 1 пацієнтки. В 11 з 14 дівчаток візуалізувалося утворення з дрібнодисперсною суспензією, що розцінювалося як гематокольпос. Гематометра виявлена у 5 пацієнток з аплазією верхньої і середньої третини піхви по розширенню порожнини матки до 1–2 см і наявності гематосальпінксу в одному випадку у дівчинки з частковою аплазією верхньої третини піхви.

З 24 дівчаток з повним подвоєнням матки і піхви ВАР виявлена в 22 (91,7%), форма ВАР встановлена в 19 (79,2%), не виявлена у 2 (8,3%) дівчаток. У 8 дівчаток встановлена часткова гіпоплазія однієї піхви, з них в 4 на ехограмі лоціювався гематокольпос і в 1 – гематометра. Гіпоплазія матки на стороні аплазрованої піхви виявлена у 2 дівчаток.

З 14 пацієнток підгрупи 1.3 (однорога матка з рудиментарним додатковим рогами) ВАР виявлена в 11 (78,6%), форма ВАР встановлена в 3 (21,4%). На ехограмі додатковий рудиментарний ріг лоціювався у вигляді утворення, прилеглого до матки, і розцінювався як дворога матка (4) і подвоєння матки (2). У 1 випадку діагностований перекрут маткової труби на стороні рудиментарного рогу.

З 15 дівчаток і підлітків з внутрішньоматковою перегородкою ехографічно ВАР виявлена у всіх. Форма ВАР встановлена лише в 2 (13,3%). По ехографічній картині у 6 пацієнток передбачалася дворога матка.

З 15 дівчаток і підлітків з дворогою маткою ВАР виявлена в 11 (73,3%). Форма ВАР встановлена в 6 (40,0%). З 7 пацієнток з сідлоподібною формою дворогої матки, в 3 встановлена ця форма ВАР.

У пацієнток з повним подвоєнням матки і піхви розміри правої і лівої матки, товщина ендометрія і об'єм яєчників достовірно не відрізнялися ($p > 0,05$). Об'єм яєчників у обстежуваних дівчаток відповідав віковій нормі. У пацієнток підгруп 1.3, 1.4 і 1.5 виявлена кіста яєчника по 1 випадку і параоваріальна кіста у дівчинки з внутрішньоматковою перегородкою.

ВИСНОВКИ

Таким чином, ультразвукова ехографія дозволила виявити ВАР матки і піхви в 89,4%, встановити форму ВАР у 51,8% дівчаток-підлітків. Найчастіше встановлена часткова аплазія піхви при функціонуючій матці і повна аплазія матки і піхви (82,1%), подвоєння матки і піхви (79,2%), рідше – однорога матка з додатковим рудиментарним рогами (40,0%). Великі труднощі виникли в диференціальній діагностиці між внутрішньоматковою перегородкою і дворогою маткою. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму лікувально-профілактичних заходів.

Роль эхографических исследований в диагностике аномалий развития матки и влагалища до и во время беременности **В.И. Бойко, Ю.С. Волина-Стахорна**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что ультразвуковая эхография позволила выявить врожденные аномалии развития матки и влагалища у 89,4%, установить их форму у 51,8% девочек-подростков. Наиболее часто установлена частичная апла-

зия влагалища при функционирующей матке и полная аплазия матки и влагалища (82,1%), удвоение матки и влагалища (79,2%), реже – однорогая матка с добавочным рудиментарным рогами (40,0%). Большие трудности возникли в дифференциальной диагностике между внутриматочной перегородкой и двурогой маткой. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: аномалии развития матки и влагалища, эхографическая диагностика.

Role ehografical researches in diagnostics of anomalies of development of uterus and vagina to and during pregnancy **В.И. Бойко, Ю.С. Волина-Стахорна**

Results of the spent researches testify, that ultrasonic ehografia has allowed to reveal congenital anomalies of development of a uterus and a vagina at 89,4 %, to establish their form at 51,8 % of girls-teenagers. It is most often established partial aplasia of vaginas at a functioning uterus and full aplasia of uterus and vaginas (82,1%), uterus and vagina doubling (79,2%), is more rare – one-horn uterus with an additional rudimentary horn (40,0%). The big difficulties have arisen in differential diagnostics between intrauterine partition and a two-horned uterus. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of treatment-and-prophylactic actions.

Key words: anomalies of development of a uterus and a vagina, ehografical diagnostics.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамьян Л.И., Богданова Е.Д. Оперативная гинекология детей и подростков. М.: Элком, 2009. – 208 с.
2. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков. – М: Медицинское информационное агентство. – 2010. – 332 с.
3. Коколина В.Ф. Гинекология детского возраста. – М.: Медпрактика-М, 2009. – 267 с.

УДК 618.14-072-06:618.173

Роль гістероскопії в діагностиці поєднаної патології матки

М.Л. Кузьоменська, С.Е. Гладенко

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Результати проведених досліджень свідчать про високий ступінь інформативності гістероскопічного оцінювання при поєднаній патології матки у жінок в період постменопаузи. Встановлені особливості слід врахувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у цих пацієнток.

Ключові слова: поєднана патологія матки, гістероскопія.

Актуальність вивчення особливостей клініки, діагностики і тактики ведення жінок в постменопаузі з поєднаною патологією матки обумовлена широким поширенням даної патології в цьому віці (15-35% кількості звернень в гінекологічні відділення) і значною частотою рецидивів - до 38% [1-4]. Клінічні прояви при цьому характеризуються виникненням рецидивуючих маткових кровотеч на тлі гіперпластичних або атрофічних станів ендометрія, що призводять до тимчасової втрати працездатності і зниження якості життя, що найактуальніше в плані онкологічної настороженості [5-8].

Складність ведення даного контингенту хворих обумовлена тим, що в постменопаузі вже є, як правило, соматичні захворювання: гіпертонічна хвороба, остеохондроз, ендокринна патологія, метаболічні порушення, функціональні зміни центральної нервової системи. Цей контингент пацієнток, як правило, не організований, що знижує частоту профілактичних оглядів і збільшує ступінь занедбаності захворювання [1, 6].

Не дивлячись на тривалу історію досліджень періоду постменопаузи, до теперішнього часу не можна вважати до кінця з'ясованими причини і механізм розвитку поєднаної патології матки саме в цьому періоді, а також гістероскопічну оцінку даної патології.

У зв'язку з викладеним представляється актуальним і перспективним обґрунтування і розроблення клінічної системи діагностики і тактики ведення жінок з поєднаною патологією матки в період постменопаузи.

Мега дослідження: гістероскопічне оцінювання поєднаної патології матки в період постменопаузи.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети був проведений ретроспективний аналіз історії хвороби 128 жінок і проспективне вивчення 171 пацієнтка з кровотечами в період постменопаузи. Серед ретроспективно вивчених пацієнток виділена група порівняння, що складається з 61 жінки з поєднаною патологією матки (ППМ) в постменопаузі (для порівняння методів лікування даного контингенту).

Із дослідження були виключені пацієнтки, в яких при патоморфологічному дослідженні були виявлені злоякісні або передракові зміни ендометрія. В той же час не можна не відзначити, що такі поєднання патологій як метаболічний синдром (МС), лейоміома матки (ЛМ) і атрофія ендометрія (АЕ) (на тлі метроррагії); МС, ЛМ і гіперплазія ендометрія (ГЕ); рецидивуюча гіперплазія ендометрія (РГЕ), є добро-якісними з точки зору патоморфолога, проте враховуючи вік пацієнток і комплексність ушкодження, можуть розглядатися передраковими з позицій клініциста.

Матеріалом дослідження з'явилися дані проспективного обстеження 171 хворої в постменопаузі. Всі пацієнтки пройшли повне клінічне, лабораторне і інструментальне обстеження. У ході поглибленого обстеження були сформовані дві клінічні групи.

До основної групи увійшли 89 жінок з наявністю МС; контрольну групу склали 82 жінки, що не мають МС. У середині основної групи виділено дві підгрупи жінок: 1 - з ізольованою формою патології ендометрія (30) і 2 - із ППМ (59); у контрольній групі відповідно спостерігалися: 1 підгрупа - 48 пацієнток з ізольованою патологією ендометрія і 2 підгрупа - 34 жінки з поєднаною формою проліферативних процесів матки.

Діагностика МС ґрунтувалася на критеріях, затверджених ВООЗ.

У поняття ППМ ми об'єднали патологію ендометрія: патологія ендометрія у поєднанні з ЛМ, патологія ендометрія і аденоміоз (АМ), АМ і ЛМ, а також всі три патології одночасні. У поняття патологія ендометрія ми включили гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ), поліпи ендометрія (ПЕ), залозисту гіперплазію ендометрія (ЗГЕ) і АЕ (за умови наявності метроррагії).

У комплекс обстеження жінок, що знаходилися під спостереженням, входили: ретельний збір анамнезу життя і захворювання, об'єктивне обстеження, додаткові методи обстеження: гістероскопія по загальноприйнятій методиках.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При обстеженні пацієнток обох груп були виявлені наступні види ППМ:

- ЛМ і АЕ - у 18 (20,22±2,25%) спостережуваних групи з МС і в 14 (17,07±1,15%) груп без МС;

- ЛМ і ПЕ - у 30 (33,71±3,01%) обстежуваних основної групи і в 18 (21,95±2,57%) - контрольної (p<0,01);

- ЛМ у поєднанні з ЗГЕ - у 7 (7,87±1,85%) жінок основної групи, в контрольній групі не виявлена (p<0,001);

- ЛМ у поєднанні з АМ і ПЕ - у 4 (4,49±1,19%) пацієнток, що мають МС, і в 2 (2,44±0,74%) - без ознак МС.

Ізольована патологія ендометрія в основній і контрольній групах представлена таким чином:

- АЕ в групі з МС - у 10 (11,24±1,34%) жінок і в 23 (28,05±2,96%; p<0,001) без МС;

- ПЕ - у 16 (17,98±1,01%) пацієнток основної групи і в 25 (30,49±3,08%; p<0,001) груп контролю;

- ЗГЕ - 4 (4,49±1,19%; p<0,001) основних групи, в групі контролю залозиста гіперплазія ендометрія не діагностована.

Отже, в основній групі достовірно частіше діагностовані поєднання ЛМ і ЗГЕ, ЛМ і ПЕ, при ізольованій формі патології ендометрія також в групі з МС частіше

зустрічалися ГЕ. У групі контролю при ізольованій формі патології ендометрія достовірно частіше виявлені АЕ і ПЕ.

При аналізі віку проспективно обстежених хворих в підгрупах, у свою чергу розподілених по наявності ізольованої або поєднаної форм патології ендометрія, було відмічено, що в основній групі з наявністю ізольованої патології ендометрія середній вік склав $60,51 \pm 1,51$ року, із ППМ - $57,86 \pm 0,99$ року, в контрольній групі з ПЕ - $60,54 \pm 1,34$ і із ППМ - $58,02 \pm 1,53$ року ($p > 0,05$). Отже, вік хворих був трохи меншим в підгрупах із ППМ ($p > 0,05$) обох груп.

Аналіз віку настання менопаузи показав наступні особливості: у пацієток, що мають МС, з ізольованою формою патології ендометрія менопауза настала в $50,64 \pm 0,66$ року, при поєднаній формі патології міо- і ендометрія - в $50,75 \pm 0,32$ року; у групі жінок, що не мають МС - $50,47 \pm 0,36$ і в $51,11 \pm 0,56$ року відповідно.

Кожну з проспективно обстежених груп, у свою чергу, було розподілено на підгрупи по тривалості постменопаузи: до 5 років, 6-10 років, більше 11 років.

Жінок з проявами МС і ізольованою патологією ендометрія за тривалістю постменопаузи було розподілено таким чином: тривалість постменопаузи до 5 років - в 10 (33,33±3,06%), 6-10 років - в 10 (33,33±3,06%), більше 11 років - у 10 (33,34±3,06%) пацієток. Серед пацієток без проявів МС з ізольованою формою патології ендометрія було 17 (35,42±3,90%), 17 (35,42±3,90%), 14 (29,17±2,56%) жінок відповідно.

Клінічна симптоматика у спостережуваних жінок відрізнялася значною різноманітністю симптомів, що обумовлене різними чинниками: тривалістю захворювання, поєднанням декілька патологічних процесів статевих органів, особливостями попереднього лікування, що проводиться, соматичною патологією. У основному клінічна картина гіперпластичних процесів матки у обстежуваних жінок характеризувалася матковими кровоточами (різного ступеня вираженості і тривалості) і больовим синдромом.

При проведенні гістероскопії удалося виявити підслизову локалізацію вузла в групі жінок з МС в 4 (6,78±0,27%) випадках і в групі пацієток, що не мають МС - в 3 (8,82±0,86%). Збіг результатів з морфологічним діагнозом склав 87,50%.

У наших дослідженнях аденоміоз 1 стадії удалося виявити в основній групі в 3 (5,08±1,85%) випадках, збіг з гістологічним діагнозом - 80,0%; у групі контролю відповідно в 2 (5,88±1,03%), збіг з гістологічним діагнозом - 85,71%.

Поліпи в постменопаузі часто зустрічаються на тлі атрофічного ендометрія, при цьому видно поліповидні розростання від 0,5 см до 2,0 см і більше. У нашому дослідженні при гістероскопії поліпи ендометрія виявлені в групі із ППМ і МС у 30 (50,85±4,50%) жінок, в групі без МС і ППМ - у 20 (58,82±5,44%); в основній групі з ПЕ - у 18 (60,00±5,99%) жінок, в контрольній з ізольованою патологією ендометрія - у 22 (45,83±4,19%; $p < 0,05$). Збіг гістероскопічного і гістологічного висновків склав в групі пацієток з МС і поєднаною патологією матки 90,62% і з ізольованою патологією ендометрія - 94,44%; у групі без МС - 93,10% і 90,90% відповідно.

Атрофія ендометрія зазвичай мала наступну картину: тонка, бліда слизова оболонка, через яку видно варикозно-розширені вени, крововиливи різної величини від дрібноточечних до великих. Подібна картина виявлена в групі з МС і ППМ у 20 (33,90±3,16%) пацієток, в групі без МС із ППМ - у 12 (35,29±3,19%); в основній

групі з ПЕ - у 8 (26,67±2,07%) жінок, в контрольній з ПЕ - в 25 (52,08±4,21%; $p < 0,001$). Збіг результатів з морфологічним дослідженням склав в основній групі із ППМ 91,66, з ПЕ - 88,88%; у групі контролю - 88,88 і 92,85% відповідно.

Ознаками, характерними для гіперпластичного процесу ендометрія (простої форми) були наступні: потовщення ендометрія більше 5 мм; ендометрій, створюючий складки різної висоти (феномен "пастки"), блідо-рожевого кольору з вираженим судинним рисунком. На поверхні слизової при кістозній формі гіперплазії була видимою велика кількість проток залоз (прозорі крапки) і кістозних порожнин діаметром 2-3 мм. При зміні швидкості подачі рідини наголошувався хвилеподібний рух ендометрія (феномен "водних рослин").

Гістероскопічна картина гіперплазії ендометрія виявлена у жінок основної групи із ППМ у 9 (15,25±2,08%) випадках, в контрольній групі - у 2 (5,88±1,03%; $p < 0,001$), в основній групі з ізольованою патологією ендометрія - у 4 (13,33±1,20%), в аналогічній контрольній групі в 1 (2,08±0,05%; $p < 0,001$). Збіг результатів гістероскопії з морфологічним діагнозом склав в групі жінок з проявами МС і ППМ 87,50, у цих же пацієток з ізольованою патологією ендометрія - 80,00%, у групі без МС відповідно 82,95%.

Отже, при гістероскопічному дослідженні у жінок основної групи (в обох підгрупах) частіше зустрічалася гіперплазія ендометрія, тоді як в контрольній групі жінок, що мають ПЕ, частіше відмічена атрофія ендометрія.

Збіг висновків морфологічного дослідження зіскрібків ендометрія і гістероскопічних досліджень виявлених у 156 жінок (91,22%).

У комплексне обстеження хворих входила також проста і розширена кольпоскопія шийки матки з подальшою прицільною біопсією Патологія екзоцервікса підтверджувалася даними морфологічного дослідження біоптатів.

Найбільшою кольпоскопічною ознакою, що часто зустрічається, був ендодервіцит, який виявлений у 16 (27,12±3,78%) пацієток основної групи із ППМ, в контрольній - у 5 (14,71±3,07%; $p < 0,01$) жінок; доброякісна зона трансформації з відкритими і закритими залозами без острівців циліндрового епітелію виявлена в групі жінок з МС і ППМ у 13 (22,03±2,39%) випадках, в групі без проявів МС і ППМ - у 7 (20,59±2,93%).

Залозисто-м'язова гіпертрофія шийки матки відмічена у 7 (11,86±2,24%) пацієток основної групи із ППМ і в 3 (8,82±0,86%) - в контрольній групі. Частим було поєднання доброякісної зони трансформації із залозисто-м'язовою гіпертрофією. Дифузна атрофія епітелію шийки матки у поєднанні із запаленням слизової оболонки піхви і екзоцервікса діагностована у 6 (10,57±1,93%) жінок, які страждають МС і у 4 (11,76±2,04%) пацієток без МС. Рубцева деформація шийки матки діагностована у 5 (8,47±1,62%) жінок із ППМ в основній групі, в групі контролю - в 4 (11,76±2,04%).

Поліп цервікального каналу виявлений у 5 (8,47±1,62%) пацієток із ППМ в основній групі; у групі контролю із ППМ - в 3 (8,82±0,86%). У поліпах ендодервікса в 75,65% випадків наголошувалася плоскоклітинна гіперплазія з резервних клітин циліндрового епітелію, що виникає, як правило, на тлі запальних процесів. Елонгація шийки матки виявлена у 3 (5,08±0,85%) пацієток із ППМ в групі з ознаками МС і у 2 (5,88±1,03%) жінок із ППМ - в групі без МС.

Ендоцервіцит в основній групі з ізольованою патологією ендометрія виявлений в 8 (26,67±3,07%) і в контрольній групі - у 3 (6,25±0,49%; $p < 0,001$) пацієнток. Дифузна атрофія епітелію у поєднанні із запаленням слизової оболонки піхви і екзоцервікса діагностована в 4 (13,33±1,20%) і в 4 (8,33±0,98%) обстежених відповідно.

Доброякісна зона трансформації з відкритими і закритими залозами в групі з МС і ІПЕ діагностована у 3 (10,00±1,47%) жінок, в групі без МС і ІПЕ - в 3 (6,25±0,49%). Поліп каналу шийки матки в основній групі з ІПЕ виявлений у 2 (6,67±0,55%) пацієнток і в 10 (20,83±3,86%; $p < 0,001$) - групи контролю.

Залозисто-м'язова гіпертрофія шийки матки в групі з ознаками МС і ізольованою патологією ендометрія виявлена у 2 (6,67±0,55%) пацієнток, в групі без МС - в 3 (6,25±0,49%); рубцева деформація в основній групі з ізольованою патологією ендометрія відмічена в 2 (6,67±0,55%) і 3 (6,25±0,49%) жінок групи контролю.

Приведені дані дозволяють дійти висновку про те, що у обстежених хворих вельми значно поширені супутні патологічні стани шийки матки з переважанням фонових процесів. Ендоцервіцит і поліп каналу шийки матки мають достовірно значимі відмінності в обох підгрупах основної і контрольної груп, що вказує на безперечну роль запального компонента в патогенезі даної патології. Достовірно частіше в обох підгрупах основної групи зустрічалися поєднання декількох фонових процесів шийки матки.

Слід зазначити, що найбільшу достовірність діагностики поєднаної патології матки у хворих віку (97,3%) постменопаузи удалося досягти послідовним вживанням даних методів, тоді як кожен з них окремо міг давати діагностичні помилки. Підтвердженням високої діагностичної цінності подібного алгоритму з'явилася значна доля збігів клінічного і морфологічного діагнозу у прооперованих пацієнток. Крім того, в алгоритм обстеження хворих даної групи, враховуючи безперечну синхронність розвитку проліферативних процесів статевої сфери жінки, необхідно включати адекватне ендоскопічне обстеження ендо- і екзоцервікса.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про високий ступінь інформативності гістероскопічної оцінки поєднаної патології матки у жінок періоду постменопаузи. Встановлені особливості необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у цих пацієнток.

Роль гістероскопії в діагностиці сочетанної патології матки

М.Л. Куземенская, С.Е. Гладенко

Результаты проведенных исследований свидетельствует о высокой степени информативности гистероскопической оценки при сочетанной патологии матки у женщин постменопаузального периода. Данные особенности необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у этих пациенток.

Ключевые слова: сочетанная патология матки, гистероскопия.

The role of hysteroscopia at diagnostice of complex uterus pathologies

M.L. Kuzemenskya, S.E. Gladenko

Results of the spent researches testifies about high degree information hysteroscopic estimation complex pathologies of a uterus at women postmenopausal period. The established features are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions at these patients.

Key words: complex uterus pathology, hysteroscopia.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков. - М.: Медицина, 2012. - 320 с.
2. Аккер Л.В. Течение постовариэктомиического синдрома в постменопаузальном периоде. Особенности метаболических изменений и их коррекция заместительной гормональной терапией / Л.В. Аккер, А.И. Гальченко, Т.С. Таранина // Акушерство и гинекология. - 2014. - № 5. - С. 34-38.
3. Афанасьева А.А. Гистероскопический контроль терапии гиперпластических процессов эндометрия в перименопаузе / А.А. Афанасьева, В.А. Кулавский // Проблемы пери- и постменопаузального периода. - М., 2013. - С. 6-7.
4. Беляков Н.А. Метаболический синдром у женщин / Н.А. Беляков и др. - СПб.: СПб МАПО, 2012. - 438 с.
5. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии / Я.В. Бохман. - СПб: Фолиант, 2009. - 542 с.
6. Бреусенко В.Г. Значение современных методов диагностики опухолей яичников у женщин в период постменопаузы / В.Г. Бреусенко, Л.Н. Демина, Ю.А. Голова и др. // Рос. вестн. акушера-гинеколога. - 2009. - № 2. - С. 67-72.
7. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии: Руководство для врачей / Е.М. Вихляева. - М.: МИА, 2009. - 768 с.
8. Григорян О.Р. Терапия метаболического синдрома: коррекция углеводного обмена и артериальной гипертензии. Возможности коррекции метаболического синдрома у женщин в период постменопаузы / О.Р. Григорян // Справочник поликлинического врача: журн. - 2012. - № 1. - С. 61-63.

УДК 618.14-006.36

Влияние консервативной миомэктомии на менструальную функцию женщин

А.А. Довгань

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского
Таврического федерального университета

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-пла-

стических 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 больных 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%).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

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-х 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% пациенток 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, 2х узлов – у 17,0%, что в сумме составляет 67,0%. У 18,0% пациенток было удалено более 5 узлов, причем у 10,0% их количество превысило 10.

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 миометрия и вскрытие полости происходило в связи с энуклеацией интерстициальных узлов с центрипетальным ростом, что наблюдалось у 12,0% пациенток. При этом размер опухоли был от 3 до 12 см, причем в 8,0% случаях он превышал 5 см.

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 бу-

дущем, 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 сальпингоооарилизисом, 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 перевязка 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, размерам 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-й день менструального цикла, а остальным 30,0% – только во 2-ю 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 А.А. Довгань

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 conservative myomectomy on menstrual function of women A.A. Dovgan

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., Иванян А.Н., Доросевич А.Е. Клинико-морфологические параллели состояния рубца на матке после консервативной миомэктомии. // Вестник Смоленской медицинской академии, Смоленск, 2013, 4: 26–28.
2. Коржув С.И., Иванян А.Н., Густоварова Т.А. Миомэктомия как метод сохранения и восстановления репродуктивной функции женщин // Вестник Смоленской медицинской академии, Смоленск, 2012, 4: 136–138.
3. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А. Оперативная гинекология – хирургические энергии: Руководство. – М.: Медицина, 2010. – 860 с.
4. Руководство по эндокринологической гинекологии / Под ред. Е.М. Вихляевой. – М.: МИА, 2007. – С. 487–570.
5. Хирш Х.А., Кезер О., Икле Ф.А. Оперативная гинекология / Пер. с англ. М.: ГЭОТАР, 2006. – 649 с.

УДК [618.17+618.17-053.2] – 06: 616-056.52-084

Профилактика нарушений менструальной функции у девочек, родившихся от матерей с плацентарной дисфункцией

Т.С. Зорина

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

Результаты проведенных исследований показали, что проблема патологии пубертатного периода у девочек, родившихся от матерей с плацентарной дисфункцией, имеет очень важное медико-социальное значение, особенно в плане сложности патогенетических нарушений, которые происходят за счет дисгормональных изменений. Дифференцированный подход на основе использования медикаментозной коррекции позволяет улучшить клиническое течение пубертатного периода, снизить частоту патологических изменений и подготовить репродуктивную систему девочек к будущему материнству. Полученные результаты позволяют нам рекомендовать усовершенствованный алгоритм для широкого использования в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: нарушения менструальной функции, плацентарная дисфункция, профилактика.

Репродуктивное здоровье девочек и девушек является основной нормальной демографической ситуацией в стране. В последние годы развитие детской и подростковой гинекологии имеет очень важное значение, так как именно в пубертатном периоде закладывается основа возможной гинекологической и соматической заболеваемости [1–6].

Среди различных проблем современного акушерства плацентарная дисфункция (ПД) является одной из наиболее актуальных. Это обусловлено ростом экстрагенитальной патологии, неблагоприятным влиянием экологических факторов, увеличением частоты интраамниального инфицирования и др. [1, 3]. Рождение детей с низкой массой тела часто сопровождается гипоксическими поражениями, отклонениями в постнатальной адаптации, нарушениями защитно-приспособительных механизмов и др. [2, 4]. По мнению ряда авторов [5, 6] в своем последующем развитии такие дети предрасположены к эндокринопатиям, иммунодефицитным состояниям, отклонениям в нервно-психическом статусе и др.

В последние годы в отечественной и зарубежной литературе [1–6] все чаще поднимается вопрос о наличии взаимосвязи между развитием акушерской патологии у матери и состоянием репродуктивного здоровья девочек и девушек, особенно нарушения менструальной функции. В тоже время, в современной литературе имеются лишь единичные публикации [1, 3] о физическом и половом развитии девочек, родившихся

с задержкой внутриутробного развития (ЗРП). Хотя здесь можно предположить о выявлении определенных закономерностей, которые позволят расширить имеющиеся данные о патогенезе нарушений менструальной функции и научно обосновать необходимость изменения алгоритма ведения таких девочек.

Все изложенное выше явилось для нас основанием к проведению настоящего научного исследования.

Цель исследования: снижение частоты патологии пубертатного периода у девочек, рожденных от матерей с ПД на основе изучения клинических, эхографических и эндокринологических особенностей, а также разработки и внедрения алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с поставленной целью было проведено комплексное клиничко-лабораторное (эндокринологический статус) и функциональное обследование 150 девочек пубертатного периода, которые были разделены на три группы:

- контрольная группа – 50 соматически здоровых девочек, которые родились через естественные родовые пути от матерей без акушерской и экстрагенитальной патологии;
- I группа – 50 девочек, которые родились от матерей с ПД и ЗРП, при этом они получали общепринятые диагностические и лечебно-профилактические мероприятия;
- II группа – 50 девочек, которые родились от матерей с ПД и ЗРП и получали усовершенствованный нами алгоритм диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

На первом этапе проведенных исследований (возраст девочек до 12 лет) были изучены сравнительные аспекты клинического течения раннего пубертатного периода и основные функциональные и лабораторные показатели. На втором этапе (возраст от 14 до 16 лет) была оценена по тем же критериям эффективность общепринятых и усовершенствованных лечебно-профилактических мероприятий.

Общепринятые лечебно-профилактические мероприятия включали следующие моменты: витаминотерапия (Е, С, фолиевая кислота); физиотерапия (эндоназальный электрофорез) и биостимуляторы.

Дифференцированный подход к коррекции патологии пубертатного периода включал следующие моменты:

- при наличии интраамниального инфицирования предпочтение следует отдавать препаратам для профилактики – ле-кран, афлазин и дисменорм; для лечения – дистрептаза, вибуркол и полижинакс;
- при эндокринном генезе плацентарной дисфункции необходимо использовать для профилактики тазалок, циклодинон и йодомарин; для лечения – фемостон 1/10, новинет или овариум-композитум;
- при сочетанном варианте ПД использовали комплекс вышеперечисленных препаратов.

Начало проведения лечебно-профилактических мероприятий было в возрасте 12–12,5 года, что опережает на 3–6 мес начало менструальной функции девочек Одесского региона.

Методика лечения подбиралась индивидуально с учетом результатов клиничко-эхографических и эндокринных показателей.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основными причинами ПД у матерей девочек с последующей патологией пубертатного периода являются экстрагенитальная патология (47,0%), интраамниальное инфицирование (30,0%) и эндокринное бесплодие (23,0%). По срокам развития в половине случаев (48,0%) это осложнение развивалось после 33 нед, немного реже в 29–32 нед (33,0%) и до 28 нед (19,0%), а основным проявлением была ЗРП (89,0%).

Основными вариантами перинатальной патологии у девочек, рожденных от матерей с плацентарной дисфункцией являются внутриутробное инфицирование (31,0%), асфиксия новорожденных (22,0%), постгипоксическая энцефалопатия (18,0%), гипербилирубинемия (7,0%) и геморрагический синдром (5,0%) на фоне сниженной массы тела ($2674,3 \pm 71,1$ г).

Наличие плацентарной дисфункции у матери приводит к высокой частоте патологии пубертатного периода, причем как в 14, так и в 16 лет: нарушения менструальной функции (14 лет – 18,0% и 16 – 22,0%); воспалительные заболевания гениталий (14 лет – 12,0% и 16 – 16,0%); патология грудных желез (14 лет – 10,0% и 16 – 12,0%) и гипоталамический синдром (14 лет – 4,0% и 16 – 6,0%).

В структуре нарушений менструальной функции в девочек, рожденных от матерей с плацентарной дисфункцией преобладают гипоменструальный синдром (14 лет – 27,8% и 16 – 27,3%), альгодисменорея (14 лет – 27,8% и 16 – 27,3%), ювенильные маточные кровотечения (14 лет – 27,8% и 16 – 22,7%), а также первичная и вторичная аменорея (14 лет – 16,6% и 16 – 22,7%).

Дисгормональные нарушения у девочек, рожденных от матерей с плацентарной дисфункцией, характеризуются наличием их высокой суммарной частоты (14 лет – 36,0% и 16 – 46,0%) с незначительным преобладанием гиперпролактинемии (14 лет – 12,0% и 16 – 14,0%) по сравнению с гипер- (14 лет – 8,0% и 16 – 12,0%) и гипоестрогенией (14 лет – 8,0% и 16 – 10,0%), а также с гиперандрогенией (14 лет – 8,0% и 16 – 10,0%).

Использование разработанного алгоритма лечебно-профилактических мероприятий позволяет снизить частоту суммарной патологии пубертатного периода в 14 лет на 16,0% и в 16 – на 32,0% при одновременном снижении уровня дисгормональных нарушений (14 лет – на 22,0% и 16 – на 30,0%) и нормализации эхографических параметров внутренних половых органов и грудных желез.

ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, проблема патологии пубертатного периода у девочек, родившихся от матерей с плацентарной дисфункцией, имеет очень важное медико-социальное значение, особенно в плане сложности патогенетических нарушений, которые происходят за счет дисгормональных изменений. Дифференцированный подход на основе использования медикаментозной коррекции позволяет улучшить клиническое течение пубертатного периода, снизить частоту патологических изменений и подготовить репродуктивную систему девочек к будущему материнству. Полученные результаты позволяют нам рекомендовать усовершенствованный алгоритм для широкого использования в практическом здравоохранении.

Профілактика порушень менструальної функції у дівчат, які народились від матерів з плацентарною дисфункцією Т.С. Зоріна

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что проблема патологии пубертатного периода у девочек, які народилась від матерів з плацентарною дисфункцією, має важливе медико-соціальне значення, особливо у плані складності патогенетичних порушень, які відбуваються за рахунок дисгормональних змін. Диференційований підхід на підставі використання медикаментозної корекції дозволяє покращити клінічний перебіг пубертатного періоду, знизити частоту патологічних змін та підготувати репродуктивну систему дівчат до майбутнього материнства. Отримані результати дозволяють нам рекомендувати удосконалений алгоритм для широкого використання у практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: порушення менструальної функції, плацентарна дисфункція, профілактика.

Pathology preventive maintenance menstrual function at the girls who were born from mothers with placental dysfunction T.S. Zorina

Results of the spent researches have shown, that a pathology problem pubertate period at the girls who were born from mothers with placental dysfunction, has very important medical-social value, especially in respect of complexity of pathogenetic infringements which occur for the account dyshormonal changes. The differentiated approach on the basis of use of medicamentous correction allows to seize a clinical current pubertate period, to lower frequency of pathological changes and to prepare reproductive system of girls for the future motherhood. The received results allow us recommend advanced algorithm for wide use in practical medicine.

Key words: menstrual fuction, placental dysfunction, preventive maintenance.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вдовиченко Ю.П., Палагусенец А.Ю., Данкович Н.О. Особливості фізичного і статевого розвитку дівчаток, які народилися з крупною масою тіла // Науковий вісник Ужгородського ун-та, серія «Медицина». – 2007. – Вип. 13. – С. 170–172.
2. Вовк І.Б. Сучасні функціональні методи дослідження в дитячій та підлітковій гінекології // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2014. – № 4. – С. 36–38.
3. Гуркин Ю.А., Соломкина Н.Ю., Кропотин П.Н. Перспективы реабилитации в детской гинекологии // Пути развития современной гинекологии. – М., 2013. – С. 94–98.
4. Данкович Н.О., Палагусинец А.Ю., Бакучава Р.О. Взаємозв'язок соматичного статусу і порушень менструального циклу у дівчаток у пубертатному періоді // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2007. – № 2. – С. 80–81.
5. Ромашенко О.В. Запальні захворювання органів малого тазу у юних жінок // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2012. – № 1. – С. 113–117.
6. Шабанова Л.Ф., Ландина О.Ю., Куликов А.М. Оценка эффективности реабилитации при соматических заболеваниях у подростков // Международный журнал иммунореабилитации. – 2013. – № 4. – С. 53–55.

УДК 618.19-006-097

Вплив доброякісної патології грудних залоз на зміни імунологічної реактивності

А.В. Заболотін

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

Результати проведених досліджень свідчать, що у переважній більшості пацієнок з наявністю патології в грудній залозі спостерігався гіпореактивний стан імунітету (73,9%), який пояснюється підвищеним антитілоутворенням, що свідчить про персистенцію хронічної інфекції і наявності хронічного захворювання. Нормореактивними виявилися лише кожна п'ята пацієнтка групи контролю і лише кожна десята пацієнтка групи з дифузною формою доброякісної дисплазії грудних залоз. Отримані результати необхідно використовувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: імунологічна реактивність, захворювання грудних залоз.

У даний час наголошується підвищений інтерес до вивчення різних аспектів розвитку патології грудних залоз, обумовлений зростанням частоти доброякісних і злоякісних захворювань даної локалізації. Доброякісні дисплазії грудних залоз (ДДМЗ) є лідерами по частоті виникнення і спостерігаються у 20–80% жінок репродуктивного віку [1–3]. Статистичні дані свідчать про неухильне зростання захворюваності раком грудної залози. У структурі злоякісних новоутворень у жінок частота пухлин грудних залоз (19,8%) перевищує таку пухлин тіла (6,8%), шийки матки (5,2%) і яєчників (4,9%) [1–3].

За даними різних авторів до 92% жінок репродуктивного віку страждають дисплазією грудних залоз. У зв'язку з цим, вочевидь, що останніми роками інтерес до доброякісних захворювань значно зріс, а зниження захворюваності мастопатією – реальний шлях до зниження частоти раку грудної залози. Не дивлячись на те, що дисгормональна природа захворювань грудної залози не викликає сумнівів, дані світової літератури про патогенез різні, зокрема існують інші думки про чинники, сприяючі розвитку мастопатії: порушення процесів апоптозу, дисбаланс імунної системи, стан рецепторного апарату [1–3].

У виникненні і розвитку дисгормональних захворювань грудних залоз величезна роль відводиться стану гіпоталамо-гіпофізарної системи. Порушення нейрогуморальної складової репродуктивного циклу веде до активації проліферативних процесів в гормонально залежних органах, у тому числі і в тканинах грудних залоз, які є мішенню для стероїдних гормонів яєчників, пролактину, гормонів плацентарних і опосередковано гормонів інших ендокринних залоз організму [1–3].

На спільність дисгормональної патології грудних залоз і низки гінекологічних захворювань вказують багато авторів, які одноставні в тому, що серед різноманіття екзо- і ендогенних чинників визначальним в патогенезі доброякісних захворювань грудних залоз є порушення ритму секреції гонадотропних гормонів, а виниклий при цьому гормональний дисбаланс виражається в абсолютній або відносній гіперестрогенії і недоліку Прогестерону [1–3].

У той же час, захворювання грудної залози незрідка спостерігаються у жінок з овуляторними циклами і непорушеною репродуктивною функцією. В даному випадку вирішальна роль у виникненні патології грудних залоз відводиться не абсолютній величині гормонів в плазмі крові, а стану рецепторів статевих стероїдів в тканині залози, оскільки стан рецепторного апарату визначає виникнення патологічного процесу [1–3].

Не дивлячись на значне число наукових публікацій з проблеми доброякісної патології грудних залоз, не можна всі питання вважати повністю вивченими. На нашу думку, в першу чергу, це стосується особливостей імунологічної реактивності у пацієнок з доброякісними захворюваннями грудних залоз.

Мета дослідження: вивчення особливостей імунологічної реактивності у пацієнок з доброякісною патологією грудних залоз.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було обстежено 119 пацієнок у віці від 18 до 53 років, яких було розподілено на 3 групи:

- 1 група – група контролю – 36 жінок без патології в грудних залозах;
- 2 група – 43 пацієнтки з дифузною формою доброякісної дисплазії грудних залоз (ДДМЗ);
- 3 група – 40 пацієнок з вузловою формою ДДМЗ.

Критеріями включення в 1 групу були відсутність скарг, відсутність клінічних проявів, відсутність патологічного процесу при клінічному обстеженні.

Критеріями включення в другу і третю групи були: наявність скарг на біль, ущільнення в грудних залозах, виділення з сосків; також до цих груп увійшли пацієнтки без клінічних проявів, при обстеженні яких виявилися патологічні зміни в грудних залозах. Усіх пацієнок було обстежено за спеціально розробленою програмою.

Відповідно до поставленої мети була розроблена програма досліджень що передбачає:

- клініко-статистичний аналіз;
- ультразвукове дослідження органів малого тазу;
- мамографія;
- ультразвукове дослідження грудних залоз;
- гістологічне дослідження операційного матеріалу;
- статистична обробка отриманих результатів.

З метою вивчення сироваткової імунореактивності був застосований метод «ЕЛІ-Р-тест» (ELISA-detected Probably of pathology), заснований на стандартному імуноферментному аналізі. Цей метод заснований на визначенні вмісту ембріотропних антитіл в крові жінок.

Для аналізу за допомогою методу ЕЛІ-П-тест використовувалася свіжа сироватка крові обстежуваної пацієнтки. Результати визначення рівнів аутоантитіл до білків ОБМ, S100, АСВР 14/18 і МР65 в зразках сироватки обстежуваних виражалися у відсотках (умовних одиницях) від рівня реакції контрольної сироватки (етапону) з вказаними білками. Визначення е-АТ до білків ОБМ, S100, АСВР 14/18 і МР65 проводили за допомогою стандартних ІФА наборів ЕЛІ-П-тест.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Основними скаргами, хворими, що пред'являються, з ДДМЗ був біль у грудній залозі, що посилюється, як правило, за декілька днів до настання менструації; нагрубання і дифузне ущільнення всієї грудної залози або її ділянки; також хворими пред'являлися скарги на виділення з проток грудної залози

Серед пацієнток з ДДМЗ 19,3% не пред'являли жодних скарг, захворювання було виявлене випадково, в результаті маммологічного або ультразвукового дослідження.

Більшість пацієнток 2 групи пред'являли скарги на хворобливість, напругу, що посилюються в передменструальний період (62,8%), причому інтенсивність варіювала від легкого ступеня до важкого, коли білі починала з'являтися за 2–3 тиж до менструації.

Пацієнтки з вузловою формою ДДМЗ пред'являли скарги на наявність утворення (45,0%), виділення з сосків (2,5%), хворобливість різної інтенсивності (30,0%).

Отже, в частини пацієнток захворювання протікало безсимптомно, але більшість пацієнток з ДДМЗ пред'являли декілька скарг.

За результатами ЕЛІ-П-тесту всіх пацієнток було розподілено на 3 групи: гіпоактивний аналіз крові, нормореактивний і гіперреактивний. Аналіз сироваткової реактивності показав, що порушення в імунологічному статусі були виявлені в переважного числа пацієнток (80–91%); при цьому в більшості спостережень вміст ембріотропних аутоантитіл був понижений. Найбільш характерним для пацієнток з ДДМЗ були поєднані зміни у вмісті антитіл до білків ОБМ, АСВР 14/18 і S-100. Вміст антитіл до білка ОБМ був понижений в 82% випадків, тобто у всіх гіпоактивних пацієнток. Діапазон значень рівня реакцій з даним білком склав від – 39% до – 70%.

У групі контролю було виявлено найбільшу кількість нормореактивних пацієнток (32,4%). Але і в цій групі у більшості пацієнток вміст ембріотропних антитіл в сироватці крові був пониженим (62,5%). У даній групі наголошувалися поєднані відхилення показників рівня е-АТ до білків АСВР 14/18 і МР-65, причому як у бік зниження, так і у бік підвищення. Діапазон значень склав від 35% до -70%, в разі підвищеної продукції е-АТ від +42% до +180%. Ізольоване підвищення е-АТ в даній групі зустрічалося в два рази рідше, ніж в групах з ДДМЗ.

У групі з дифузною формою ДДМЗ нормореактивних пацієнток виявилось в два рази менше, ніж в інших групах (9,3%). Так само в цій групі виявилася найбільша кількість пацієнток з підвищеним рівнем ембріотропних аутоантитіл (11,6%). Аналіз ступеня відхилення показників рівня е-АТ показав, що найбільш сильні відхилення кількостей ембріотропних аутоантитіл спостерігаються у пацієнток з дифузною формою ДДМЗ. Діапазон значень рівня реакцій з білками

АСВР 14/18, S-100, ОБМ у випадках зниженої продукції е-АТ склав від -72% до -142%) і при підвищеній їх продукції коливався від +52% до +228%.

Гіпоактивний стан імунітету пояснюється підвищеним антитілоутворенням, що свідчить про персистенцію хронічної інфекції. У більшості пацієнток дуже високий коефіцієнт гінекологічної захворюваності (1,84), а індекс соматичного здоров'я низький навіть в групі контролю. Пацієнтки групи контролю достовірно частіше, ніж пацієнтки з вузловою формою ДДМЗ були нормореактивними, але і в цій групі у 62,5% пацієнток понижена продукція ембріотропних аутоантитіл.

Більшість жінок, що мають гінекологічну патологію відносилося до категорії гіпоактивних. У жінок з кістами яєчників в 100% була понижена продукція ембріотропних аутоантитіл. У розподілі інших гінекологічних захворювань достовірних відмінностей виявлено не було.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що у переважної більшості пацієнток з наявністю патології в грудній залозі спостерігався гіпоактивний стан імунітету (73,9%), який пояснюється підвищеним антитілоутворенням, що свідчить про персистенцію хронічної інфекції і наявністю хронічного захворювання. Нормореактивними виявилися лише кожна п'ята пацієнтка групи контролю і лише кожна десята пацієнтка групи з дифузною формою доброякісної дисплазії грудних залоз. Отримані результати необхідно використовувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Влияние доброкачественной патологии грудных желез на изменение иммунологической реактивности А.В. Заболотин

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у подавляющего большинства пациенток с наличием патологии в грудной железе наблюдалось гипореактивное состояние иммунитета (73,9%), которое объясняется повышенным антителообразованием, свидетельствующем о персистенции хронической инфекции и наличием хронического заболевания. Нормореактивными оказались лишь каждая пятая пациентка группы контроля и только каждая десятая пациентка группы с диффузной формой доброкачественной дисплазии грудных желез. Полученные результаты необходимо использовать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: иммунологическая реактивность, заболевания грудных желез.

Influence of a good-quality pathology of mammary glands on changes immunological reactivity A.V. Zabolotin

Results of the spent researches testify, that at the overwhelming majority of patients with pathology presence in a mammary gland the hypojet condition of immunity (73,9 %) which speaks raised autoantibody, testifying about persistence chronic infection and presence of

chronic disease was observed. Normoreactive there was only every fifth patient of group of the control and only every tenth patient of group with diffusion the form good-quality dysplasia of mammary glands. The received results are necessary for using by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: immunological reactance, diseases of mammary glands.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ардус Ф.А., Асриян Я.Б., Овсянникова Т.В. Возможности терапии дисгормональной патологии молочных желез у женщин гинекологическими заболеваниями // Русский медицинский журнал. – 2008. – № 16. – С. 1064–1068.
2. Бурдина Л.М. Особенности состояния молочных желез и гормонального статуса у больных с доброкачественными гиперпластическими заболеваниями внутренних половых органов // Маммология. – 2009. – № 1. – С. 4–11.
3. Габуния М.С., Лобова Т.А., Егорова Л.Г. Состояние молочных желез при заместительной гормональной терапии// Акушерство и гинекология. – 2009. – № 2. – С. 50–53.

УДК 618.145-007.415-06:619.19-037-07

Роль патології грудних залоз у клінічному перебігу генітального ендометріозу

Б.М. Лисенко

Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини
Державного управління справами, м. Київ

Результати проведених досліджень показали, що наукове завдання підвищення ефективності діагностики і лікування доброякісної патології грудних залоз на тлі генітального ендометріозу є досить актуальним і вимагає індивідуалізованого комплексного підходу з урахуванням даних додаткових методів дослідження. Пропонований нами алгоритм дозволяє підвищити ефективність діагностики і лікування даної поєднаної патології і знизити захворюваність жінок репродуктивного віку.

Ключові слова: генітальний ендометріоз, патологія грудних залоз, діагностика, прогнозування.

Серед основної патології репродуктивної системи в умовах сьогодення одне з основних місць посідає ендометріоз [1–5]. Основними причинами розвитку даної патології є високий рівень дисгормональних порушень в репродуктивному періоді, значна частота запальних змін органів малого тазу, несприятливий вплив екологічних чинників, істотний рівень супутньої соматичної захворюваності тощо [1, 5].

У даний час фіброзно-кістозне ураження 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, 3]. Серед широкого спектру причин такої несприятливої ситуації виділяють початкові дисгормональні порушення, які можуть починатися з пубертатного періоду, обтяжений репродуктивний анамнез, медико-соціальні причини і ін. [1–5].

Не дивлячись на значне число наукових публікацій по проблемах генітального ендометріозу і фіброзно-кістозному ураженню грудних залоз окремо, наукові дослідження, що стосуються взаємозв'язку цих двох патологій, практично, відсутні, а наявні в даному напрямку поодинокі публікації носять фрагментарний характер. Все вищевикладене свідчить про актуальність наукового завдання, що піднімається.

Мета дослідження: підвищення ефективності діагностики і прогнозування патології грудних залоз у жінок з генітальним ендометріозом на підставі вивчення клініко-ехографічних, доплеромеричних і ендокринологічних особливостей, а також удосконалення і впровадження алгоритму діагностичних і прогностичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети і завдань роботи було проведено обстеження 50 жінок з генітальним ендометріозом (основна група) і 50 практично здорових жінок (контрольна група) з регулярним менструальним циклом.

Критерієм вибору з'явилася наявність ендометріозу у вказаних категорій, а критерієм виключення – поєднання ендометріозу з лейоміомою матки, гіперплазією ендометрія і придатковими утвореннями. Дослідження проводилися до лікування ендометріозу на 5–7-й і 21–23-й дні менструального циклу дворазово, потім після лікування в ці ж дні через 1, 3, 6, 9 міс після завершення курсу лікування.

Підбір в групі здійснювали методом порівняних пар. Усі групи рандомізовані за віком і паритетом.

У кожній з включених в дослідження груп використовувалися загальноклінічні, гормональні, ультразвукові, рентгенологічні, ендоскопічні і гістологічні методи дослідження. У всіх жінок в основній групі ендометріоз підтверджений лапароскопічним методом дослідження.

Загальноклінічне обстеження включало наступні моменти:

- анамнез: досліджувалися скарги з боку грудних залоз (біль, виділення, наявність осередкових утворень), вивчалися дані про травми, про оперативне лікування грудних залоз, про акушерський анамнез (кількість пологів, абортів, тривалість лактації), про гінекологічний анамнез (захворювання матки і придатків, порушення менструального циклу), про наявність соматичних захворювань;

- огляд грудних залоз проводився у вертикальному положенні спочатку з опущеними, потім з підведеними руками. Оцінювали контури і величину залоз, симетричність, стан шкірних покривів, рівні розташування сосків;

- пальпація грудних залоз здійснювалася у вертикальному і горизонтальному положенні жінок при піднятих і опущених руках з послідовним дослідженням всіх квадрантів залози, а також з пальпацією пахвових, надключичних і підключичних лімфатичних вузлів, як регіональних зон лімфовідтікання.

Серед додаткових методів дослідження були використані ендокринологічні, ехографічні та доплерометричні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що розвиток поєднаної патології характеризується наступними формами генітального ендометріозу:

- ендометріози – 48,0%;
- аденоміоз – 44,0%;
- поєднання внутрішнього і зовнішнього ендометріозу – 12,0% і патології грудних залоз:
 - фіброзно-кістозна мастопатія – 64,0%;
 - дифузний фіброаденоматоз – 22,0%;
 - фіброаденома – 12,0%;
 - осередковий фіброаденоматоз – 2,0%.

Сумарна частота екстрагенітальною патології у пацієнток з поєднанням генітального ендометріозу і патології грудних залоз складає 91,6%, а в її структурі переважають захворювання травного тракту (70,3%) і тиреоїдна патологія (40,1%) в

порівнянні з хворобами нирок (16,4%); аліментарним ожирінням (10,5%) і серцево-судинними захворюваннями (6,2%), при цьому урівень різних поєднаних форм складає 51,9%.

Поєднання генітального ендометріозу і патології грудних залоз є однією з причин високого рівня невиношування (24,3%) і порушень репродуктивної функції (90,7%) з переважанням вторинного безпліддя (52,6%) в порівнянні з первинним (38,1%) при середній його тривалості – $5,67 \pm 0,54$ року.

Основними клінічними проявами поєднаної патології статевих органів і грудних залоз є масталгія (82,3%); альгодисменорея (76,4%); галакторея (38,3%) і постійний тазовий біль (24,2%), частота яких пов'язана з фазою менструального циклу і зростає в кінці лютеїнової фази.

Дисгормональні зміни у пацієнток з генітальним ендометріозом і патологією грудних залоз характеризуються наявністю гіперестрогенії в 1 фазу менструального циклу, підвищенням рівня ФСГ впродовж всього циклу і гіперпролактинемією в 8,6% спостережень.

При оцінюванні особливостей кровотоку в грудних залоз в жінок з генітальним ендометріозом встановлено, що не дивлячись на наявність проліферативних змін структури, спостерігаються дегенеративні зміни судинної мережі, що виражаються в зниженні показників кровотоку (Ri) в осередках ураження грудних залоз.

Найбільш інформативними маркерами в розвитку і прогресі патологічного процесу в грудних залозах при генітальному ендометріозі є наступні показники:

- концентрація естрадіолу в плазмі крові;

- величина індексу резистентності;

- кількість кістозних порожнин в залозах і їх максимальний розмір.

Ефективність пропонованого прогностичного правила складає 78,6%.

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

- з метою прогнозування розвитку патології грудних залоз у пацієнток з генітальним ендометріозом необхідно використовувати діагностичний індекс S по формулі:

$$S = 0,1 * X1 + 0,001 * X2 + 0,56 * X3 + 0,4 * X4 - 4,24$$

X1 – величина індексу резистентності

X2 – концентрація естрадіолу в плазмі крові, пг/мл

X3 – кількість кіст в грудних залозах

X4 – максимальний розмір кісти, мм

- при значенні діагностичного індексу $S < 0$ діагностують низьку вірогідність виникнення патології грудних залоз;

- при значенні діагностичного індексу $0 < S < 5$ діагностують середній ступінь виникнення патології грудних залоз;

- при значенні діагностичного індексу $S > 5$ судять про високий ризик виникнення патології грудних залоз.

- тактика ведення пацієнток з поєднанням генітального ендометріозу і патологією грудних залоз за відсутності показань до оперативного лікування полягає в лікуванні супутньої екстрагенітальної патології, використанні направленої гормональної корекції з врахуванням даних ендокринологічного статусу і метаболічної терапії під контрольним результатом біохімічних досліджень.

ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, наукове завдання підвищення ефективності діагностики і лікування доброякісної патології грудних на тлі генітального ендометріозу є досить актуальним і вимагає індивідуалізованого комплексного підходу з врахуванням даних додаткових методів дослідження. Пропонований нами алгоритм дозволяє підвищити ефективність діагностики і лікування даної поєднаної патології і знизити захворюваність жінок репродуктивного віку.

Роль патологии грудных желез в клиническом течении генитального эндометриоза
Б. М. Лысенко

Результаты проведенных исследований показали, что научная задача повышения эффективности диагностики и лечения доброкачественной патологии грудных желез на фоне генитального эндометриоза является достаточно актуальной и требует индивидуализированного комплексного подхода с учетом данных дополнительных методов исследования. Предлагаемый алгоритм позволяет повысить эффективность диагностики и лечения данной сочетанной патологии и снизить заболеваемость женщин репродуктивного возраста.

Ключевые слова: генитальный эндометриоз, патология грудных желез, диагностика, прогнозирование.

Role of pathology of mammary glands in clinical current an genital endometriosis
B.M. Lusenko

Results of the spent researches have shown, that the scientific problem of increase of efficiency of diagnostics and treatment of a good-quality pathology of mammary glands against genital endometriosis is enough actual and demands the individualised complex campaign with the account data additional methods of research. The offered algorithm allows to raise efficiency of diagnostics and treatment given complex pathologies and to lower disease of women of reproductive age.

Key words: genital endometriosis, a pathology of mammary glands, diagnostics, forecasting.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков. – М.: Медицина, 2012. – 317 с.
2. Айламазян Э.К. Генитальный эндометриоз: новые подходы к терапии: Руководство для врачей / Э.К. Айламазян, С.А. Сельков, М.И. Ярмолинская. – СПб., 2013. – 25 с.
3. Актуальные вопросы гинекологии / Под ред. Е.В. Коханевич. – К.: ООО «Книга-плюс», 2008. – 161 с.
4. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза – 2-е изд., испр. и доп. / В.П. Баскаков. – Л.: Медицина, 2010. – 235 с.
5. Вдовиченко Ю.П. Некоторые наследственные и гормональные аспекты эндометриоза / Ю.П. Вдовиченко, П.Н. Веропотвелян, Н.П. Веропотвелян, А.Н. Панасенко // Репродуктивное здоровье женщины № 3 (23) – 2009. – С. 72–76.

Профілактика новоутворень яєчників у жінок репродуктивного віку після гістеректомії

Є.В. Мотренко

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

Результати проведених досліджень свідчать, що корекція оваріальної дисфункції після гістеректомії у жінок репродуктивного віку повинна носити комплексний характер і включати окрім гормональної корекції і метаболічну терапію. Рациональне використання пропонованого підходу дозволяє знизити частоту нейроендокринних порушень і поліпшити якість життя пацієнток, що перенесли видалення органу – матки в репродуктивному віці.

Ключові слова: новоутворення яєчників, гістеректомія, репродуктивний вік.

Проблема дисфункції яєчників є однією з найбільш актуальних в сучасній гінекології, що обумовлене збільшенням в нашій країні числа жінок репродуктивного віку, які страждають різною генітальною патологією, яка вимагає оперативного лікування [1–5]. Серед різних проблем гінекологічної захворюваності в репродуктивному віці частіше за інших зустрічаються лейоміома матки і ендометріоз, в лікуванні яких оперативні методи складають близько 60%, а в структурі всіх операцій основне місце займає гістеректомія [3, 4].

Відомо, що гістеректомія з додатками супроводжується симптомокомплексом, що характеризується вегето-судинними, психоемоційними і обмінно-ендокринними змінами в організмі жінки, що призводить до істотного зниження якості життя. Проте збереження одного або навіть двох яєчників не виключає розвиток описаного патологічного симптомокомплексу, не дивлячись на відсутність будь-яких післяопераційних ускладнень [5]. У сучасній літературі наводять зведення про різке зниження функції яєчників, що залишилися після гістеректомії, а також описують гормональні зміни в організмі з розвитком серцево-судинних захворювань, остеопорозу, метаболічного синдрому, стресового нетримання сечі, зниження сексуальної функції тощо [2].

Багато дослідників пов'язують вказані ускладнення з гіпофункцією яєчників, яка настає у зв'язку з порушенням кровопостачання і іннервації яєчників, викликаних оперативним втручанням [1–5]. У даному аспекті украй цікавою, але маловивченою проблемою реабілітації жінок після гістеректомії без яєчників є психоемоційні порушення, які розвиваються у 50–70% пацієнток після гістеректомії і проявляються депресивними станами, емоційною лабільністю, безсонням, тривожним настроєм, занепокоєнням тощо.

Таким чином, одним з невіршених наукових завдань даної проблеми є дисфункція яєчників у жінок репродуктивного віку після гістеректомії.

Мета дослідження: знизити частоту клініко-ендокринологічних і психологічних проявів дисфункції яєчників у жінок після гістеректомії в репродуктивному віці на основі удосконалення і впровадження алгоритму діагностичних і реабілітаційних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно з метою і завданнями в роботу включено 150 жінок репродуктивного віку, які склали 4 групи. 125 пацієнок з них страждали на лейоміому матки, 100 з яких було виконано гістеректомію (ГЕ) – надпівову ампутацію матки (НАМ), що відповідає субтотальній ГЕ (СГЕ).

Пацієнок після тотальної гістеректомії ми не включали в дослідження, тому що в більшості випадків цей об'єм оперативного втручання проводиться в перименопаузальному віці, і, частіше, разом з яєчниками.

Першу (1) групу склали 50 пацієнок репродуктивного віку, які перенесли СГЕ та отримували загальноприйняті реабілітаційні заходи. Другу (2) групу склали також 50 жінок після СГЕ, які отримували гормональну корекцію та метаболічну терапію. Підкреслимо, що основним показанням до видалення матки у пацієнок обох груп було діагностовано лейоміому матки, більш змістовні дані щодо показань до оперативного лікування обговорюються нижче. Хворі цієї групи до моменту проведення обстеження знаходились у репродуктивному віці, а в ході операції у всіх пацієнок були повністю збережені яєчники. Пацієнок з вираженими кістозними змінами або іншою патологією яєчників в дослідження не включали.

Третю (3) групу складало 25 жінок репродуктивного віку з лейоміомою матки невеликих розмірів, які знаходяться на диспансерного обліку (так звана група порівняння).

Четверту (4) групу представлено 25 здоровими жінками репродуктивного віку, що також визначалось метою і завданнями роботи. Ці пацієнтки утворили контрольну групу.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, функціональні та лабораторні показники, які є найбільш інформативними.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що субтотальна гістеректомія в репродуктивному віці призводить протягом першого року після операції до високої частоти дисфункції яєчників (78,0%) у вигляді недостатності лютеїнової фази (56,0%) і ановуляції (22,0%).

Протягом першого місяця після субтотальної гістеректомії в репродуктивному віці відбувається компенсоване збільшення об'єму яєчників (до $6,9 \pm 0,3$ см³) при одночасній зміні кровотоку в яєчникових артеріях в 52,0% спостережень. Протягом року після операції відбувається зниження об'єму яєчників на 18,0% за рахунок зменшення числа і розмірів фолікулів, а також гомогенності яєчників і відновлення кровотоку.

Частота різних клінічних проявів депресії у жінок після субтотальної гістеректомії в репродуктивному віці складає 62,0% через місяць і 70,0% – через рік після

операції, причому має місце виражена кореляційна залежність між зниженням рівня естрадіолу і вираженістю депресивних станів ($r = -0,89$).

Зниження якості життя у пацієнок після субтотальної гістеректомії в репродуктивному віці відбувається протягом 1 місяця (з $54,06 \pm 4,66$ балів до операції – до $38,27 \pm 3,21$ – через 1 міс), а через 1 рік цей показник складає $32,13 \pm 3,09$ балу, що корелює із ступенем зниження рівня естрадіолу ($r = +0,76$).

Використання вдосконаленого алгоритму діагностичних і реабілітаційних заходів дозволяє знизити частоту дисфункції яєчників у жінок репродуктивного віці після субтотальної гістеректомії протягом року (з 78,0% до 32,0%) за рахунок як недостатності лютеїнової фази (з 56,0% до 26,0%), так і ановуляції (з 22,0% до 6,0%).

Поєднане використання гормональної корекції і метаболічної терапії у жінок репродуктивного віку після субтотальної гістеректомії вже протягом 3 місяців після операції сприяє зменшенню розмірів яєчників (на 28,0%), проявів депресивних станів (на 30,0%) і підвищенню якості життя (на $10,21 \pm 1,08$ балу), що зберігається протягом року після оперативного лікування.

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

1. Субтотальна гістеректомія в репродуктивному віці призводить до дисфункції яєчників, що вимагає динамічного клініко-ендокринологічного і психологічного обстеження з оцінкою якості життя.

2. Для зниження частоти клініко-ендокринологічних і психологічних прояви дисфункції яєчників після субтотальної гістеректомії в репродуктивному віці необхідне використання гормональної корекції і метаболічної терапії, починаючи з раннього післяопераційного періоду і в термін 3-6 місяців після операції.

3. З метою контролю за станом яєчників після субтотальної гістеректомії в репродуктивному віці необхідне динамічне використання ендокринологічних показників, об'єму яєчників і оцінки кровотоку в яєчникових артеріях.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать, що корекція овариальної дисфункції після гістеректомії у жінок репродуктивного віку повинна носити комплексний характер і включати окрім гормональної корекції і метаболічну терапію. Рациональне використання запропонованого підходу дозволяє знизити частоту нейроендокринних порушень і поліпшити якість життя пацієнок, що перенесли видалення органу – матки в репродуктивному віці.

Профілактика новообразований яєчників у женщин репродуктивного возраста после гистеректомии Е.В. Мотренко

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что коррекция овариальной дисфункции после гистеректомии у женщин репродуктивного возраста должна носить комплексный характер и включать кроме гормональной коррекции и метаболіческую терапию. Рациональное использование предложенного подхода позволяет снизить частоту нейроэндокринных нарушений и улучшить качество жизни пациенток, которые перенесли удаление органа – матки в репродуктивном возрасте.

Ключевые слова: новообразования яєчників, гістеректомія, репродуктивний вік.

Preventive maintenance of new growths of ovarium at women of reproductive age after hysterectomy
E.V. Motrenko

Results of the spent researches testify that correction of ovarial dysfunctions after hysterectomy at women of reproductive age should have complex character and include except hormonal correction and metabolic therapy. Rational use of the offered approach allows to lower frequency neuroendocrinological infringements and to improve quality of life of patients which have transferred body removal – a uterus at reproductive age.

Key words: *new growths of ovariums, hysterectomy, reproductive age.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Венцовський Б.М. Замінна гормональна терапія як патогенетичний метод профілактики та лікування клімактеричних зрушень / Б.М. Венцовський, Н.М. Нізова, Т.Ф. Татарчук // ПАГ. – К., 2008. – № 1 (додаток). – С. 49–58.
2. Замісна гормональна терапія (ЗГТ) у жінок після гістерооваріоектомії і її вплив на коагуляційні властивості крові / Т.Ф. Татарчук, Г.М. Васильчук, Т.І. Кваша [та ін.] // Здоров'я жінчини. – 2011. – № 3 (7). – С. 17–21.
3. Климактерический синдром / [Сметник В.П., Ткаченко Н.М., Глайзер Т.А., Москаленко Н.П.] // Под. ред. В. П. Сметник. – М.: Медицина, 2008. – 228 с.
4. Кулаков В.И. Гистерэктомия и здоровье женщины / Кулаков В.И., Адамян Л.В., Аскольская С.И. – М., 2012. – С. 3–8.
5. Яроцький М.Є. Розвиток системних порушень у жінок з хірургічною менопаузою / М.Є. Яроцький // Здоров'я жінчини. – 2009. – №. 2 (18). – Ч. 2. – С. 78–82.

УДК 618.17+616

Значення екстрагенітальної патології в генезі передменструального синдрому

Л.В. Пахаренко

Івано-Франківський національний медичний університет

Передменструальний синдром (ПМС) сьогодні зустрічається у переважній більшості жінок репродуктивного віку. До факторів ризику його розвитку відносять підвищене інтелектуальне та соціальне навантаження, генетичну схильність, запальні процеси статевих органів, обтяжений гінекологічний анамнез та ін. До передумов виникнення даного нейроендокринного синдрому належать і захворювання різних органів і систем. Метою дослідження було проведення оцінки характеру екстрагенітальної патології у жінок з ПМС. Проведено обстеження 200 жінок з ПМС, які становили основну групу. В контрольну групу увійшли 50 здорових жінок без цього захворювання. Верифікацію діагнозу проводили згідно з існуючим положенням наказу МОЗ України № 676 від 31.12.2004. Форму ПМС (набрякова, нейропсихічна, цефалгічна, кризова) визначали відповідно до класифікації В.П. Сметник. Для статистичного аналізу отриманих даних вираховували критерій χ^2 , відношення шансів. Було встановлено, що певні екстрагенітальні захворювання є фактором ризику розвитку ПМС. Так, захворювання серцево-судинної системи асоціювались з виникненням даного синдрому ($\chi^2=9,39$, $p=0,002$, ВШ 5,05, 95% ДІ 1,74–14,64, $p=0,003$), що особливо було характерним для хворих з кризовою формою ($\chi^2=9,23$, $p=0,002$, ВШ 7,67, 95% ДІ 2,09–28,07, $p=0,002$). Такий зв'язок виник в основному за рахунок високої частоти вегето-судинної дистонії у хворих ПМС ($\chi^2=4,29$, $p=0,04$, ВШ 3,80, 95% ДІ 1,12–12,83, $p=0,03$). А наявність в анамнезі травм та нейроінфекцій має тенденцію до виникнення цефалгічної форми ($\chi^2=3,11$, $p=0,08$, ВШ 5,33, 95% ДІ 1,01–28,28, $p=0,049$).

Ключові слова: *передменструальний синдром, екстрагенітальна патологія.*

Передменструальний синдром є одним із найбільш розповсюджених нейроендокринних синдромів. Низка фізичних та психологічних симптомів, що виникають за 2-14 днів до менструації та зникають із її завершенням, значно знижує якість життя жінки [4, 6]. Ендокринна ланка механізму ПМС є ведучою. На складні гормональні процеси регуляції менструального циклу безперечно впливає велика кількість чинників, що можуть вносити свої корективи. Крім того, гормональні механізми поєднуються з вегето-судинними, імунними, генетичними, запальними, стресовими та іншими фізіологічними процесами, що присутні в організмі будь-якої людини. Зовнішні фактори, до яких, в першу чергу, належить соціальне середовище, теж впливають на механізми регуляції та розвиток ПМС. До чинників ризику виникнення цього синдрому відносять: європеїдна раса,

прожиття у великих промислових та адміністративних центрах, інтелектуальне навантаження, пізній репродуктивний вік, наявність стресових ситуацій, часті вагітності або їх відсутність, генетична схильність, наявність викиднів, абортів, післяпологова депресія, запальні захворювання статевих органів, нейроінфекція, черепно-мозкові травми, нейрообмінні захворювання та ін. [3, 5, 7]. Деякі клінічні прояви ПМС, переважно фізичні, є і симптомами екстрагенітальних захворювань. Наприклад, головний біль, нудота, блювання, біль у ділянці серця, відчуття серцебиття, задухи, біль у кістках, м'язах та ін. Це свідчить про спільність ланок вегетативної, судинної регуляції в генезі цих патологій. Враховуючи деякі схожі механізми розвитку, властиві як для нейроендокринного синдрому, так і для екстрагенітальної патології, остання, як фактор можливого впливу на виникнення ПМС, вимагає подальшого вивчення.

Мета дослідження: оцінювання характеру екстрагенітальної патології у жінок з ПМС.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено обстеження 200 жінок з ПМС, які становили основну групу. Контрольну групу становили 50 практично здорових жінок без діагнозу ПМС. Верифікацію діагнозу проводили згідно з існуючим положенням наказу МОЗ України № 676 від 31.12.2004 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» [1]. Діагноз ПМС виставляли шляхом виявлення циклічності симптомів захворювання в лютеїновій фазі менструального циклу на основі збору анамнезу та ведення пацієнткою щоденника самостереження протягом 2–3 менструальних циклів (менструальний дистрес-опитувальник Р. Муса). Форму ПМС (набрякова, нейропсихічна, цефалгічна, кризова) визначали відповідно до класифікації В.П. Сметник [2]. В основній групі набрякову форму захворювання діагностовано у 70 жінок, нейропсихічну – у 33, кризову – у 25.

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

Критерії виключення пацієнтів із дослідження: вагітність, лактація, розлади менструального циклу, наявність вогнищевої патології молочних залоз, дисфункціональні маткові кровотечі нез'ясованої етіології, гострі запальні процеси органів малого тазу, пухлини матки та яєчників нез'ясованої етіології, гіперпластичні процеси ендометрію, генітальний ендометріоз, тяжка соматична патологія в анамнезі, органічна патологія центральної нервової системи, психічні захворювання, гормональні пухлини, цукровий діабет, захворювання наднирників, злоякісні утвори в даний час чи в анамнезі, передменструальний дисфоричний розлад, жінки, які приймали психотропні препарати або гормональну терапію на протязі останніх 3 міс.

Для статистичного аналізу отриманих даних використовували програму Statistica 6.0, вираховували критерій χ^2 , відношення шансів (ВШ). Різницю між величинами, які порівнювали, вважали достовірною при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Екстрагенітальну патологію діагностовано як у жінок контрольної групи, так і основної. Звертає на себе увагу достовірні відмінності показників захворювань серцево-судинної системи у обстежених жінок. Майже у кожній третій жінки основної групи констатовано серцево-судинну патологію, що перевищувало в 3,81 разу таку у жінок контрольної групи (30,50% проти 8,0%, $\chi^2=9,39$, $p=0,002$, ВШ 5,05, 95% ДІ 1,74–14,64, $p=0,003$). Особливо високий відсоток даної патології (40,00%) встановлено у хворих з кризовою формою ПМС, що було в 5,00 рази більше, ніж у здорових осіб ($\chi^2=9,23$, $p=0,002$, ВШ 7,67, 95% ДІ 2,09–28,07, $p=0,002$), у хворих з цефалгічною формою – в 4,16 рази більше ($\chi^2=6,99$, $p=0,008$, ВШ 5,75, 95% ДІ 1,64–20,11, $p=0,006$), нейропсихічною – в 3,82 ($\chi^2=7,67$, $p=0,006$, ВШ 5,06, 95% ДІ 1,62–25,79, $p=0,005$), набряковою – в 3,21 ($\chi^2=4,99$, $p=0,03$, ВШ 3,98, 95% ДІ 1,26–12,62, $p=0,02$). У більшості жінок основної та контрольної груп вегето-судинна дистонія займала провідне місце – у 6,00% здорових жінок та 39 (19,50%) хворих ПМС ($\chi^2=4,29$, $p=0,04$, ВШ 3,80, 95% ДІ 1,12–12,83, $p=0,03$). Особливих відмінностей частоти вегето-судинної дистонії в групах хворих з різними клінічними формами ПМС не було. Також в основній групі у 12 (6,00%) хворих виявлено артеріальну гіпертензію, якої не було в групі контролю. Більшість з цих жінок (п'ять) мали набрякову форму ПМС, по три жінки – нейропсихічну та кризову форми та одна жінка – цефалгічну форму. Пропалс мітрального клапана мали 1 (2,00%) жінка контрольної групи та 9 (4,50%) – основної, вроджену ваду серця – 1 (0,50%) хвора ПМС.

Аналогічну тенденцію ми спостерігали із патологією сечовидільної системи, яку констатовано у хворих з ПМС в 2,58 разе більше (15,50%), ніж у здорових осіб (6,00%; $\chi^2=2,32$, $p=0,13$, ВШ 2,87, 95% ДІ 0,84–9,82, $p=0,09$). Пієлонефрит займав провідне місце серед даної патології. Його діагностовано у 3 (6,00%) осіб контрольної групи та 25 (12,50%) осіб основної, цистит мали 6 (3,00%) хворих ПМС. Особливості розподілу частоти пієлонефриту у жінок з різними клінічними формами ПМС нами не відмічено.

Що стосується уражень мозку в анамнезі (травми, нейроінфекції), то, хоча рівень даної патології у жінок з ПМС і був більшим в 2,13 разе (8,50%) відносно здорових осіб (4,00%), однак, достовірної різниці між обома групами ми не встановили ($\chi^2=0,60$, $p=0,44$, ВШ 2,23, 95% ДІ 0,50–9,99, $p=0,29$). Проте, більш статистично достовірну відмінність ми визначили жінок з цефалгічною формою ПМС, у яких частота вищевказаної патології мозку була в 4,55 разе більше, ніж в контрольній групі (6 осіб (18,18%), $\chi^2=3,11$, $p=0,08$, ВШ 5,33, 95% ДІ 1,01–28,28, $p=0,049$).

За захворювання шлунково-кишкового тракту мали місце у 6 (12,00%) здорових осіб та 41 (20,50%) хворих ПМС ($\chi^2=1,38$, $p=0,24$). Відмінностей серед частоти різної патології у хворих різних клінічних груп не було.

Вегето-судинні прояви ПМС є провідними у клініці кризової форми захворювання. Біль у ділянці серця, відчуття аритмії, задухи, дискоординація рухів пов'язані з симпатoadреналовими механізмами, які також задіяні в генезі вегето-судинної дистонії. В клініці цефалгічної форми ПМС переважають неврологічні

прояви – головний біль, нудота, запаморочення та ін. У цієї категорії жінок, як видно з нашого дослідження, часто зустрічаються травми голови та нейроінфекції, що може асоціюватись з розвитком цефалгічної форми ПМС.

ВИСНОВКИ

Таким чином, певна екстрагенітальна патологія може розглядатись як фактор ризику розвитку ПМС. Так, захворювання серцево-судинної системи асоціювались з виникненням даного синдрому ($\chi^2=9,39$, $p=0,002$, ВШ 5,05, 95% ДІ 1,74–14,64, $p=0,003$), що особливо було характерним для хворих з кризовою формою захворювання ($\chi^2=9,23$, $p=0,002$, ВШ 7,67, 95% ДІ 2,09–28,07, $p=0,002$). Такий зв'язок виник в основному за рахунок високої частоти вегето-судинної дистонії у хворих ПМС ($\chi^2=4,29$, $p=0,04$, ВШ 3,80, 95% ДІ 1,12–12,83, $p=0,03$). А наявність в анамнезі травм та нейроінфекцій, можливо має тенденцію до формування цефалгічної форми ($\chi^2=3,11$, $p=0,08$, ОШ 5,33, 95% ДІ 1,01–28,28, $p=0,049$). Перспективою подальшого розвитку наукового дослідження є оцінка захворювань репродуктивної системи в генезі передменструального синдрому.

Значение экстрагенитальной патологии в генезе предменструального синдрома

Л.В. Пахаренко

Предменструальный синдром (ПМС) сегодня встречается у подавляющего большинства женщин репродуктивного возраста. К факторам риска его развития относят повышенные интеллектуальные и социальные нагрузки, генетическую предрасположенность, воспалительные процессы гениталий, отягощенный гинекологический анамнез и др. К предпосылкам возникновения данного нейроэндокринной синдрома относятся и заболевания различных органов и систем. Целью исследования было проведение оценки характера экстрагенитальной патологии у женщин с ПМС. Проведено обследование 200 женщин с ПМС, которые составляли основную группу. В контрольную группу вошли 50 здоровых женщин без этого заболевания. Верификацию диагноза проводили согласно существующим положением приказа МОЗ Украины № 676 от 31.12.2004. Форму ПМС (отечная, нейропсихическая, цефалгическая, кризовая) определяли в соответствии с классификацией В.П. Сметник. Для статистического анализа полученных данных вычисляли критерий χ^2 , отношение шансов. Нами установлено, что определенные экстрагенитальные заболевания является фактором риска развития ПМС. Так, заболевания сердечно-сосудистой системы ассоциировались с возникновением данного синдрома ($\chi^2=9,39$, $p=0,002$, ОШ 5,05, 95% ДИ 1,74–14,64, $p=0,003$), что особенно было характерно для больных с кризовой формой заболевания ($\chi^2=9,23$, $p=0,002$, ОШ 7,67, 95% ДИ 2,09–28,07, $p=0,002$). Такая связь возникла в основном за счет высокой частоты вегето-сосудистой дистонии у больных ПМС ($\chi^2=4,29$, $p=0,04$, ОШ 3,80, 95% ДИ 1,12–12,83, $p=0,03$). Наличие в анамнезе травм и нейроинфекций имеет тенденцию к возникновению цефалгической формы ($\chi^2=3,11$, $p=0,08$, ОШ 5,33, 95% ДИ 1,01–28,28, $p=0,049$).

Ключевые слова: предменструальный синдром, экстрагенитальная патология.

Meaning of Extragenital Pathology in Genesis of Premenstrual Syndrome

L. V. Pakhareno

Premenstrual syndrome (PMS) today is one of the most spread pathology in women of reproductive age. Risk factors for its development include increasing intellectual and social stress, genetic predisposition, inflammatory processes of genital organs, gynecological diseases, and others. Preconditions for this neuroendocrine syndrome are diseases of various organs and systems also. The aim of the study was to assess the nature of extragenital pathology in women with PMS. The study involved 200 women with PMS who made basic group. The control group consisted of 50 healthy women without PMS. Verification of the diagnosis was carried out according to the existing positions of the Order of Ministry of Health of Ukraine № 676 from 31.12.2004. Form of PMS (edematous, neurodevelopmental, cephalgic, crisis) determined in accordance with V.P. Smetnik's classification. For the statistical analysis of the data we used criterion χ^2 , odds ratio. We have found that certain extragenital disease can be risk factor for PMS. Thus, diseases of the cardiovascular system were associated with the occurrence of this syndrome ($\chi^2=9.39$, $p=0.002$, OR 5.05, 95% CI 1.74–14.64, $p=0.003$), which was especially typical for patients with crisis form of the disease ($\chi^2=9.23$, $p=0.002$, OR 7.67, 95% CI 2.09–28.07, $p=0.002$). Such a relationship has arisen mainly due to the high frequency of vegeto-vascular dystonia in patients with PMS ($\chi^2=4.29$, $p=0.04$, OR 3.80, 95% CI 1.12–12.83, $p=0.03$). A history of trauma and neuroinfections tends to occur cephalgic form ($\chi^2=3.11$, $p=0.08$, OR 5.33, 95% CI 1.01–28.28, $p=0.049$).

Key words: premenstrual syndrome extragenital pathology.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Наказ № 676 МОЗ України від 31.12.2004 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».
2. Сметник В.П. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. Книга 1 / В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович. – СПб.: СОТИС, 1995. – С. 129–138.
3. Татарчук Т.Ф. Діагностика, профілактика та лікування передменструального синдрому (методичні рекомендації) / Т.Ф. Татарчук, І.Б. Венціківська, І.С. Майдан. – К., 2005. – 20 с.
4. Farrokh-Eslamlou H. Premenstrual syndrome and quality of life in Iranian medical students / H. Farrokh-Eslamlou, S. Oshnouei, B. Heshmatian, E. Akbari // Sex Reprod. Healthc. – 2015. – V. 6 (1). – P. 23–27.
5. Graziottin A. Menstruation, inflammation and comorbidities: implications for woman health / A. Graziottin, P. P. Zanello // Minerva Ginecol. – 2015 – V. 67 (1). – P. 21–34.
6. Pal S.A. Premenstrual symptoms in Pakistani women and their effect on activities of daily life / S.A. Pal, L. Dennerstein, P. Leher // J. Pak. Med. Assoc. – 2011. – V. 61 (8). – P. 763–768.
7. Yamoto M. Medical care for working women / M. Yamoto, S. Tanimoto, T. Otani, Y. Takenaka // Nihon Rinsho. – 2014. – V. 72 (2). – P. 333–340.

УДК 618.19-006.2-02:618.11-08

Актуальні питання тактики ведення жінок репродуктивного віку при поєднанні патології грудних залоз та яєчників

О.А. Полюлях

Одеський національний медичний університет МОЗ України

Результати проведених досліджень свідчать, що дисфункція яєчників у жінок з ДФКМ є достатнім актуальним науковим завданням сучасної гінекології. Використання вдосконаленого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів дозволяє знизити частоту дисгормональних порушень, що призводить до зменшення клініко-функціональних проявів патології репродуктивної системи.

Ключові слова: поєднана патологія грудних залоз та яєчників, репродуктивний вік.

Серед основної патології репродуктивної системи в даний час істотне місце займає дисфункція яєчників (ДЯ) [1–3]. Основними причинами розвитку різних варіантів ДЯ є високий рівень патології пубертатного періоду, значна частота запальних змін органів малого тазу, несприятливий вплив екологічних чинників, істотний рівень супутньої соматичної захворюваності і ін. [1–3].

У даний час фіброзно-кістозне ушкодження грудних залоз є досить частою патологією, що зустрічається, серед жінок репродуктивного віку, а в структурі смертності жінок репродуктивного віку рак грудної залози займає одне з перших місць [1–3]. Серед широкого спектру причин такої несприятливої ситуації виділяють початкові дисгормональні порушення, які можуть починатися з пубертатного періоду, обтяжений репродуктивний анамнез, медико-соціальні причини і ін. [1–3].

Не дивлячись на значне число наукових публікацій по проблемах дисфункції яєчників і фіброзно-кістозному ушкодженню грудних залоз окремо, наукові дослідження, що стосуються взаємозв'язку цих двох патологій, практично, відсутні, а наявні в даному напрямі одиничні публікації носять фрагментарний характер. Усе наведене вище свідчить про актуальність наукового завдання, що вивчається.

Мета дослідження: підвищення ефективності діагностики та лікування дисфункції яєчників у поєднанні з дифузною фіброзно-кістозною мастопатією (ДФКМ) грудних залоз на підставі вивчення клініко-ехографічних, маммографічних і ендокринологічних особливостей, а також удосконалення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для з'ясування стану грудних залоз у жінок репродуктивного віку (18–40 років) з дисфункцією яєчників (ДЯ), а також основних причин цієї патології було проведено обстеження 350 жінок.

При опитуванні жінок, окрім загального і гінекологічного анамнезу (вік менархе, особливості становлення і характер порушення менструального циклу, паритет, результати вагітностей, гінекологічні захворювання), зверталася увага на суб'єктивні ознаки дифузної фіброзно-кістозної мастопатії (ДФКМ): скарги на болі, нагубання грудних залоз залежно від фаз менструального циклу, наявність патологічної секреції.

Окрім гінекологічного огляду, проводився огляд грудних залоз, при якому зверталася увага на ступінь їх розвитку, стан шкірних покривів, соска, ареолярної області, а також оцінювалися контури, величина і симетричність грудних залоз.

Пальпація грудних залоз здійснювалася у вертикальному і горизонтальному положенні жінок при піднятих і опущених руках з послідовним дослідженням всіх квадрантів залози від периферії до центру по ходу годинникової стрілки для визначення ділянок ущільнень. Потім проводилася пальпація пахової області з метою визначення стану регіонарних лімфатичних вузлів. При натисканні на навколососковий простір виявляли наявність виділень з соска грудної залози.

Усім пацієнткам проводили УЗД грудних залоз, при виявленні патологічних змін – рентгенологічна мамографія, за показаннями – додаткові методи обстеження.

У результаті проведеного обстеження у 201 (57,4%) пацієнтки з дисфункцією яєчників були діагностовані захворювання грудних залоз.

У справжнє дослідження включено 153 жінки з дифузною фіброзно-кістозною мастопатією (ДФКМ), що склало 43,7% від загального числа обстежених жінок з дисфункцією яєчників. Пацієнтки, в яких в ході обстеження були діагностовані вузлові форми ФКМ, фіброаденоми, солітарні кісти, внутрішньопротокові папіломи, були направлені для подальшого лікування і спостереження в онколога-мамолога.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що сумарна частота доброякісної патології грудних залоз у пацієнток з ДЯ складає 57,4%, причому в її структурі переважає дифузна форма фіброзно-кістозної мастопатії (76,1%) в порівнянні з солітарними кістами (8,5%); інволютивними змінами (7,5%); вузловою формою мастопатії, фіброаденомою (6,5%) і внутрішньопротоковою папіломою (1,4%) жінок.

Поєднання ДЯ і дифузної мастопатії грудних залоз розвивається на тлі високої частоти супутньої генітальної (хронічний сальпінгофорит – 51,0%; лейоміома матки – 20,3%; ендометріоз – 17,6% і синдром полікістозних яєчників – 11,8%) і екстрагенітальної патології (супутнє ожиріння – 46,4%; вегето-судинна дистонія і гіпертонічна хвороба – 34,0%; захворювання гепатобіліарної системи – 21,6% і патологія щитоподібної залози – 11,8%).

Основними клінічними скаргами пацієнток при поєднанні ДЯ і дифузної мастопатії грудних залоз є порушення менструальної функції у вигляді альго- (65,4%) і олігоменореї (54,2%), а також мастальгія (94,1%), набряклість, нагубання, збільшення об'єму грудних залоз в передменструальний період (98,0%).

Основні ехографічні і мамографічні зміни грудних залоз при їх дифузній мастопатії на тлі ДЯ характеризуються наступними варіантами: переважанням кістозного компонента – 24,2%; фіброзного компонента – 18,9%; залозистого компонента – 22,9% і змішана форма – 34,0% випадку. Частота інформативності рентгенмамографії і ультразвукового дослідження складає 96,1%.

Ендокринологічні зміни при поєднанні ДЯ і дифузної мастопатії грудних залоз носять різний характер:

- гіперпролактинемія у поєднанні із зниженням рівнів ЛГ, ФСГ, ПГ і Е2 – 41,2%;
- підвищення вмісту ЛГ, ПРЛ і Т при одночасному зниженні рівнів ФСГ і ПГ – 11,8%.
- гіперандрогенія на тлі зниження вмісту ПГ і незмінених останніх параметрах – 26,1%;
- зміна концентрації ТТГ, Т3, Т4 – 31,4% пацієнток, з переважанням підвищення рівня ТТГ (29,4% жінок) і зниження концентрації Т3 і Т4 (26,8%).

Для ефективного консервативного лікування поєднання ДЯ і ДФКМ слід використовувати диференційований підхід до вживання направленої гормональної корекції, а також проводити лікування супутньої генітальної і екстрагенітальної патології.

Ефективність удосконаленого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів склала 72,8% і залежала від форми ДФКМ:

- при переважанні залозистого компонента – 81,6%;
- при переважанні кістозного компонента – 79,4%;
- при змішаному типі – 75,0%;
- при переважанні фіброзного компонента – 55,2%.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать, що ДЯ у жінок з ДФКМ є достатнім актуальним науковим завданням сучасної гінекології. Використання вдосконаленого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів дозволяє знизити частоту дисгормональних порушень, що призводить до зменшення клініко-функціональних проявів патології репродуктивної системи.

Актуальные вопросы тактики ведения женщин репродуктивного возраста при сочетанной патологии грудных желез и яичников

О.А. Полюлях

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что дисфункция яичников у женщин с диффузной фиброзно-кистозной мастопатией является актуальной научной задачей современной гинекологии. Использование усовершенствованного алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий позволяет снизить частоту дисгормональных нарушений, что приводит к уменьшению частоты клинико-функциональных проявлений сочетанной патологии репродуктивной системы. **Ключевые слова:** сочетанная патология грудных желез и яичников, репродуктивный возраст.

Pressing questions of tactics of conducting women of reproductive age at complex pathologies of mammary glands and ovariums

O.A. Poljuljah

Results of the spent researches testify, that dysfunction of ovaries at women with diffusion fibro-cystes mastopatia is an actual scientific problem of modern gynecology. Use of advanced algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions allows to lower frequency dysgормонаl infringements that leads to reduction of frequency of clinical-functional displays complex pathology of reproductive system.

Key words: complex pathologies of mammary glands and ovariums, reproductive age.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ардус Ф.А., Асриян Я.Б., Овсянникова Т.В. Возможности терапии дисгормональной патологии молочных желез у женщин гинекологическими заболеваниями // Русский медицинский журнал. – 2012. – № 16. – С. 1064–1068.
2. Бурдина Л.М. Особенности состояния молочных желез и гормонального статуса у больных с доброкачественными гиперпластическими заболеваниями внутренних половых органов // Маммология. – 2013. – № 1. – С. 4–11.
3. Габуния М.С., Лобова Т.А., Егорова Л.Г. Состояние молочных желез при заместительной гормональной терапии// Акушерство и гинекология. – 2009. – № 2. – С. 50–53.

УДК 618.17-02:618.14-007.415-072.1-08:611.664

Сучасні аспекти ендоскопічної діагностики та лікування аденоміозу

П.М. Прудніков

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

Отримані результати свідчать, що відсутність важких ускладнень, що обтяжують репродуктивне здоров'я на тлі пропонованої терапії для відновлення репродуктивного здоров'я не збільшує, а навпаки, знижує, частоту рецидивів. Нами визначено достовірну зміну ультразвукових ознак в процесі терапії аденоміозу, які не можуть розглядатися як діагностичні його критерії, але, проте, з високим ступенем достовірності у поєднанні з клінічними даними, а також лабораторними показниками, можуть бути використані для визначення тривалості терапії, а можливо і її якості. Отримані нами дані можна широко використовувати при відновленні репродуктивної функції у пацієнток з аденоміозом. Простота виконання і економічність, а також неінвазивність досліджень підвищує можливість їх використання в широкій медичній практиці.

Ключові слова: аденоміоз, тактика лікування.

Серед основної патології репродуктивної системи в даний час одне з основних місць посідає ендометріоз (Ен) [2]. Основними причинами розвитку даної патології є високий рівень дисгормональних порушень в репродуктивному періоді, значна частота запальних змін органів малого тазу, несприятливий вплив екологічних чинників істотний рівень супутньої соматичної захворюваності тощо [1]. У структурі різних форм генітального ендометріозу (ГЕ) істотне місце займає аденоміоз (Ад), частота котрого постійно зростає, особливо у поєднанні з лейоміомою матки і гіперпластичними процесами ендометрія [3].

Виникнення і розвиток Ад супроводжується, окрім порушень менструальної і генеративної функцій, складними реакціями регулюючих систем, що спричиняють за собою зміни діяльності всього жіночого організму і що характеризують процес його дезадаптації в нових умовах, різко погіршуючи загальний стан і якість життя, а нерідко призводять до інвалідизації жінок в репродуктивному віці [4].

Не дивлячись на значне число наукових публікацій щодо проблем ГЕ, не можна вважати всі наукові питання даної проблеми повністю вирішеними. На нашу думку, наукові і практичні дослідження, що полягають в підвищенні ефективності ендоскопічної діагностики і лікуванні Ад є перспективними і мають важливе соціальне значення для збереження репродуктивного здоров'я жінок.

Мета дослідження: підвищення ефективності діагностики і лікування Ад у жінок з порушенням репродуктивної функції на підставі вивчення клініко-ехографічних, ендокринологічних та імунологічних особливостей, а також розробки і впровадження вдосконаленого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів з використанням сучасних ендоскопічних технологій та медикаментозної корекції.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети і завдань було проведено обстеження 850 жінок репродуктивного віку, що звернулися на амбулаторний прийом з приводу синдрому тазових болів і безпліддя. Після додаткового обстеження виявлено, що у 496 (58,4%) жінок є Ен геніталій, з числа яких у 127 (14,9%) пацієнток виявлений Ад у поєднанні з безпліддям, яким було проведено клініко-лабораторне обстеження в об'ємі запропонованого діагностичного комплексу.

Відповідно до програми були обстежені 30 умовно здорових жінок репродуктивного віку, що мають дітей, які склали групу контролю.

Всіх 127 жінок з Ад було розподілено на 3 групи по ступеню поширення процесу (відповідно до критеріїв відбору) – I група складала 58 жінок (45,7%) – відповідних I ступеню поширення Ад, II група – 52 жінки (40,9%) – II ступеня поширення Ад, III група – 17 жінок (13,4%) – III ступеня поширення Ад.

Після завершення обстеження 17 хворим з III ступенем поширення Ад було проведено хірургічне лікування різного об'єму: лапароскопічним доступом 15 (88,2%) пацієнток і 2 (11,8%) лапаротомічним, що зажадав екстирпації матки з придатками. При проведенні патоморфологічного дослідження макропрепарату у цих хворих було підтверджено III ст. поширення патологічного процесу.

Всіх пацієнток з I–II ступенем поширення Ад (110 жінок), з врахуванням початкових проявів патологічного процесу, було об'єднано в одну групу, в подальшому, методом вільної вибірки, з якої виділено дві групи: I група, основна, що складається з 60 пацієнтів і II група, група порівняння, що складається з 50 жінок.

I група – 60 жінок, яких було розподілено на чотири підгрупи:

1А – 15 жінок (13,6%), які отримували лікування КОК, що містять гестодени в пролонгованому режимі 63+7+63 днів;

1В – 15 жінок (13,6%), які отримували лікування КОК, які містять гестодени в пролонгованому режимі 63+7+63 днів у поєднанні з АТ – (траумель, гінекохель, оваріум-композитум);

1С – 15 жінок (13,6%), які отримували лікування КОК, що містять гестоден в пролонгованому режимі 84+7+84;

1D – 15 жінок (13,6%), які отримували лікування КОК, що містять гестоден, в пролонгованому режимі 84+7+84 у поєднанні з АТ.

II група – 50 (45,4%) жінок, які отримували стандартну терапію – агоністи гонадотропін-релізінг гормонів (а-ГнРГ) протягом 6 міс.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, ендокринологічні та статистичні методи досліджень.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними клінічними проявами аденоміозу у жінок репродуктивного віку є: больовий синдром (100,0%); порушення менструальної функції (100,0%); психоемоційні порушення (76,4%), зниження працездатності (53,6%), дизуричні розлади (33,6%), диспаревнія (28,2%), а також первинне (20,0%) і вторинне безпліддя (80,0%).

Частота супутньою гормонально-залежної патології молочних залоз у жінок репродуктивного віку з аденоміозом складає 68,2%; тиреоїдної дисфункції – 16,4%;

порушень ліпідного і вуглеводного обмінів – 14,5%. Патологія гепато-біліарної системи у цих пацієнток має місце в 67,3% і серцево-судинні захворювання – в 48,2% спостережень.

Серед основних варіантів супутньої генітальної патології у жінок репродуктивного віку з аденоміозом мають місце гіперпластичні процеси ендометрія (100,0%); хронічні запальні захворювання органів малого тазу (65,5%) з явним переважанням хронічного метроендометриту (40,3%); патологія шийки матки (26,4%) і перенесені ювенільні маткові кровотечі (16,4%). Частота оперативних втручань з приводу різної генітальної патології складає 41,9%.

Оптимізація діагностики аденоміозу у жінок репродуктивного віку дозволяє прискорити діагностику даної патології на $2,1 \pm 0,2$ року, а також встановити, що в структурі аденоміозу I ст. має місце в 45,7%; II – 40,9% і III – в 13,4%, що відіграє важливе значення у виборі тактики лікувально-профілактичних заходів.

Додаткове використання антигомотоксичної терапії в комплексі з комбінованими оральними контрацептивами з включенням гестодену дозволяє знизити частоту порушень менструальної функції на 20,0%; больового синдрому – на 16,7% рецидивів впродовж 12 міс – на 20,0%, а також підвищити ефективність лікування порушень репродуктивної функції на 20,0%.

Підвищення ефективності консервативного лікування аденоміозу з додатковим використанням антигомотоксичної терапії відбувається за рахунок прискореної нормалізації ендокринологічного статусу (естрадіол, фолікулостимулюючий і лютенізуєчий гормон), показників імунологічної реактивності (CD16+; CD19+ і CD95+), а також основних ехографічних і гістероскопічних ознак аденоміозу.

Для практичної охорони здоров'я ми можемо рекомендувати наступні моменти:
- для підвищення ефективності діагностики аденоміозу у жінок репродуктивного віку необхідне додаткове використання коефіцієнта активності аденоміозу (співвідношення СА 125 на 2–3 і 7–9 днів менструального циклу), а також раннє використання сучасних ендоскопічних технологій – лапаро- і гістероскопія;

- у комплексне консервативне лікування аденоміозу у жінок репродуктивного віку окрім комбінованих оральних контрацептивів з гестоденом необхідне додаткове включення антигомотоксичної терапії з врахуванням клінічної симптоматики і результатів додаткових методів дослідження.

ВИСНОВКИ

Таким чином, відсутність важких ускладнень, що обтяжують репродуктивне здоров'я на тлі запропонованої терапії для відновлення репродуктивного здоров'я не збільшує, а навпаки, знижує, частоту рецидивів. Нами визначено достовірну зміну ультразвукових ознак в процесі терапії аденоміозу, які не можуть розглядатися як діагностичні його критерії, але, проте, з високим ступенем достовірності у поєднанні з клінічними даними, а також лабораторними показниками, можуть бути використані для визначення тривалості терапії, а можливо і її якості. Отримані нами дані можна широко використовувати при відновленні репродуктивної функції у пацієнток з аденоміозом. Простота виконання і економічність, а також неінвазивність досліджень підвищує можливість їх використання в широкій медичній практиці.

Современные аспекты эндоскопической диагностики и лечения аденомиоза П.М. Прудников

Полученные результаты свидетельствуют, что отсутствие тяжелых осложнений, которые отягощают репродуктивное здоровье на фоне предлагаемой терапии для восстановления репродуктивного здоровья не увеличивает, а наоборот, снижает частоту рецидивов. Нами показаны достоверные изменения ультразвуковых признаков в процессе терапии аденомиоза, которые не могут рассматриваться как диагностические критерии, но, с высокой степенью достоверности в сочетании с клиническими данными, а также лабораторными показателями, могут быть использованы для определения длительности терапии, а возможно и ее качества. Полученные нами данные могут быть широко использованы при восстановлении репродуктивной функции у пациенток с аденомиозом. Простота исполнения и экономичность, а также неинвазивность исследований повышают возможность их применения в широкой медицинской практике.

Ключевые слова: аденомиоз, тактика лечения.

Modern aspects of endoscopic diagnostics and treatments adenomyose P.M. Prudnikov

The received results testify that absence of heavy complications which burden reproductive health against offered therapy for restoration of reproductive health does not increase, and on the contrary, reduces frequency of relapses. By us authentic changes of ultrasonic signs in the course of therapy adenomyose which cannot be considered as diagnostic criteria, but, with high degree of reliability in a combination with clinical given are shown, and also laboratory indicators, can be used for definition of duration of therapy, and is possible also its qualities. The data obtained by us can be widely used at restoration of reproductive function at patients with adenomyose. Simplicity of execution and profitability, and also noninvasiveness researches raise possibility of their application in wide medical practice.

Key words: adenomyose, treatment tactics.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Актуальные вопросы гинекологии / Под. ред. Е.В. Коханевич. – К.: ООО «Книга-плюс», 2010. – 161 с.
2. Венцьківська І.Б. Вибір тактики лікування при генітальному ендометріозі / І.Б. Венцьківська // Лікар. справа. – № 1. – 2009. – С. 85–86.
3. Гладчук І.З. Оперативна лапароскопія в лікуванні безплідних хворих з ендометріозом / І.З. Гладчук, А.Г. Волянська, С.М. Непорада // Вісн. морської медицини. – 2010. – № 4. – С. 33–36.
4. Сенчук А.Я. Деякі особливості внутрішнього ендометріозу / А.Я. Сенчук, І.І. Чермак // Тези доповідей IX конгресу світової Федерації Українського лікарського товариства. – К., 2012. – С. 133.

УДК 618.3/5-053.84-039.12

Вплив віку понад 40 років на функціональний стан репродуктивної системи жінок

Т.В. Лещева, К.Л. Романенко

Дніпропетровський медичний інститут традиційної та нетрадиційної медицини

Результати проведених досліджень свідчать про наявність специфічного функціонального стану репродуктивної системи у пацієнток старше 40 років з безпліддям. Отримані результати необхідно враховувати при розробці тактики ведення пацієнток цієї вікової групи на етапі відновлення репродуктивної функції.

Ключові слова: вік старше 40 років, репродуктивна система.

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 дитяти 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.

В 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 здорового дитяти [1–3]. Враховуючи фізіологічне зниження фертильності у жінок старше 40 років актуальною є оцінка ефективності лікувальних заходів і розробка алгоритму лікування безпліддя в цього контингенту хворих

У той же час не всі питання функціонального стану репродуктивної системи у пацієнток старше 40 років з безпліддям на сьогоднішній день повністю вирішені.

Мета дослідження: вивчити особливості функціонального стану репродуктивної системи у пацієнток старше 40 років.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленою були вивчені основні особливості функціонального стану репродуктивної системи у 200 пацієнток старше 40 років.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що середній вік пацієнток вагався від 40 до 49 років, в середньому склавши $43,6 \pm 3,4$ року.

Основною скаргою всіх хворих було безпліддя. Тривалість безпліддя у пацієнток складала в середньому $6,3 \pm 2,8$ року. Велика тривалість захворювання обумовлена безуспішним попереднім лікуванням з приводу безпліддя.

Аналіз анамнестичних даних пацієнток, що включає генеалогічний анамнез, перенесені дитячі інфекції не виявив яких-небудь відхилень від загальної норми популяції.

Враховуючи вік старше 40 років і бажання пацієнток реалізувати репродуктивну функцію, представляв інтерес аналіз стану соматичного здоров'я жінок. Оцінка стану загального здоров'я пацієнток проводилася з використанням загальноприйнятих методів. Узагальнення результатів проведеного дослідження дозволило виявити соматичні захворювання, що часто зустрічаються, в даного контингенту хворих. Так, найбільш поширеними хронічними соматичними захворюваннями були хвороби шлунково-кишкового тракту, виявлені у 41,0% пацієнток обстеженої групи. Захворювання серцево-судинної системи були діагностовані у 31,0% пацієнток, захворювання органів дихання – в 6,5% і сечовидільної системи – у 4,5% пацієнток. Отже, кожен другий хворий страждав на те або інше соматичне захворювання, яке могло негативно впливати на стан репродуктивної системи. Проте ці захворювання були у стадії компенсації і не були (протипоказанням для проведення лікування) причиною відмови від проведення лікування з приводу безпліддя і виношування вагітності.

Аналіз характеру менструальної функції показав, що більшість жінок (64,0%) мали регулярний ритм менструацій. У 83,0% пацієнток вік менархе не відрізнявся від даних в популяції, склавши в середньому $13,2 \pm 0,3$. Раніше менархе виявлене у 10,0% жінок, пізніше менархе в 7,0%. Тривалість менструального циклу вагалася від 23 до 32 днів. Середня тривалість циклу склала $27,2 \pm 0,3$ дня. При цьому укорочення менструального циклу мало місце в 30% випадках. Слід зазначити, що серед пацієнток, що увійшли до дослідження, були жінки з ендокринною патологією – 20 пацієнток з синдромом полікістозних яєчників (СПКЯ) і 10 пацієнток з гіпогонадотропним гіпогонадизмом (ГГ), які не були зацікавлені в реалізації репродуктивної системи і служили об'єктом для оцінки функціонального стану репродуктивної системи. Стан менструальної і репродуктивної функції, ми визнали доцільним розглядати окремо, у жінок з овуляторним менструальним циклом і у пацієнток, страждаючих СПКЯ і гіпогонадотропним гіпогонадизмом. Доцільність виділення пацієнток із СПКЯ і ГГ в окремі групи була заснована на специфічності патогенезу і клініко-лабораторних характеристик цих патологій, що полягають при СПКЯ в олігоменореї, ановуляції, підвищеному рівні ЛГ і Т, збільшених розмірах яєчників. Перераховані особливості не дозволяють об'єктивно порівнювати пацієнток з СКПЯ і жінками, що не мають ендокринної патології, про що неодноразово вказувалося в літературі.

Вік менархе у пацієнток СПКЯ був пізнішим і відповідав 13 рокам. Всі вони мали олігоменорею з менархе. Характерною особливістю цієї групи пацієнток з'явилося те, що в пізньому репродуктивному віці, а саме у віці 36–38 років, а в частини пацієнток ближче до 40 років наголошувалася нормалізація менструального циклу, менструації коротшали і приходили через 28 днів.

Аналіз характеру менструальної функції у пацієнток, що мають нормальну овуляцію, показав, що велика частина жінок (64,0%) мали регулярний цикл. При чо-

му, регулярний менструальний цикл зустрічався у переважної більшості жінок до 42 років (87,0%), тривалість його склала 28–30 днів. У групі жінок старше 42, але до 45 років вже в 55% відсотків спостерігалися порушення менструального циклу, переважає з них було укорочення циклу до 22–24 днів. Жінки старше 45 років всі мали порушення менструального циклу за типом його укорочення, ациклічних кровотеч і олігоменореї.

Як було сказано вище, пацієнтки із СПКЯ відрізнялися по характеру менструального циклу. У всіх пацієнток (100%) було відмічено порушення менструального циклу за типом олігоменореї з менархе. Характерною особливістю цієї групи пацієнток з'явилось те, що в пізньому репродуктивному віці, а саме до 36–38 років, а в частини ближче до 40 років наголошувалася «нормалізація менструального циклу». Первинна аменорея діагностована у 10 (100%) пацієнток з гіпонадотропним гіпогонадізмом.

Ми визнали необхідним окремо виділити і охарактеризувати групу жінок старше 40 років, в яких проведено дослідження функціонального стану репродуктивної системи. Слід сказати, що частина (200) з цих пацієнток 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 пацієнток, не зацікавлених в лікуванні безпліддя, були 20 жінок із СПКЯ і 10 пацієнтками з гіпонадотропним гіпогонадізмом. Групою контролю послужили 90 пацієнток. З них 80 молодих пацієнток 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 ПТ – аменорею, що є атрибутом цього захворювання.

При детальному аналізі функціонального стану репродуктивної системи порівняли групу жінок старше 40 років (n=200) як з молодими пацієнтами репродуктивного віку (n=30), так і з жінками в постменопаузі (n=10). Враховуючи присутність в нашому дослідженні 30 жінок старше 40 років 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% пацієнток, вторинним – 52,5%. Аналізуючи репродуктивний анамнез пацієнток з вторинним безпліддям, ми виявили, що лише 5,0% пацієнток 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 старше 40 років, 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 пацієнток, вагалось від 1 до 5.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про наявність специфічних особливостей функціонального стану репродуктивної системи у пацієнток старше 40 років з безпліддям. Отримані результати необхідно враховувати при розробці тактики ведення пацієнток цієї вікової групи на етапі відновлення репродуктивної функції.

Влияние возраста более 40 лет на функциональное состояние репродуктивной системы женщин

Т.В. Лещева, Е.Л. Романенко

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о наличии специфического функционального состояния репродуктивной системы у пациенток старше 40 лет с бесплодием. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке тактики ведения пациенток этой возрастной группы на этапе восстановления репродуктивной функции.

Ключевые слова: *возраст старше 40 лет, репродуктивная система.*

Influence of age more than 40 years on functional condition of reproductive system of women

T. V. Leshcheva, E. L. Romanenko

Results of the spent researches testify to presence of specific features of the functional condition of reproductive system of patients more 40 years with barrenness. The received results are necessary for considering by working out of tactics of conducting patients of this age group at a stage of restoration of reproductive function.

Key words: *age more 40 years, reproductive system.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Колчи А. Психологические аспекты репродукции человека // Проблемы репродукции, 2013; 1: 33–39.
2. Сметник В.П. Неоперативная гинекология / В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович. – 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, 2013; 2, 1: 7–10.

УДК 618.17-02:618.14-007.66

Вплив дворогої та сідлоvidної матки на репродуктивну функцію жінок

А.П. Садовий

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

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки з аномаліями розвитку матки у вигляді дворогої або сідлоvidної матки складають групу високого ризику щодо розвитку порушень репродуктивної функції, причому при дворогій матці – первинного безпліддя, а при сідлоvidній – вторинного. Основним репродуктивним ускладненням вагітності у цих пацієнток є невиношування, а в подальшому – плацентарна дисфункція із затримкою розвитку плода. Отримані результати диктують необхідність подальшого вивчення даної проблеми, особливо в аспекті зниження частоти порушень репродуктивної функції і поліпшення перинатальних результатів розродження.

Ключові слова: аномалії розвитку матки, репродуктивні аспекти.

Природжені аномалії розвитку (ПАР) матки і піхви серед дівчаток з гінекологічною патологією складають до 6% і мають тенденцію до зростання [1–3]. Клінічні прояви ПАР матки і піхви залежать від форми аномалії і частіше характеризуються дисменореєю, первинною аменореєю, тазовими болями [2, 3]. При ПАР з порушенням відтоку менструальної крові в 80% зустрічається спайковий процес малого тазу і ендометріоз [1, 2].

Серед різних варіантів ПАР матки найчастіше зустрічаються дворога і сідлоvidна матка, проте наукові публікації в даному напрямі небагаточисельні і носять фрагментарний характер, при тому, що частота даної патології зростає.

Мета дослідження: вивчення клінічних і репродуктивних аспектів дворогої матки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети було обстежено 45 пацієнток, з яких в 24 була діагностована дворога матка і в 21 – сідлоvidна.

При аналізі основних причин звернення пацієнток встановлено, що це були порушення репродуктивної функції і невиношування вагітності.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Отримані результати свідчать, що при бімануальному дослідженні у всіх пацієнток зовнішні статеві органи були розвинені правильно. Матка була збільшена в різній мірі, особливо в попереку, що залежало при варіанті її аномалії. Крім того у всіх випадках було відмічено наявність однієї шийки матки і одного каналу шийки матки.

У більшості випадків первинний діагноз дворогої матки був встановлений при ультразвуковому скануванні, оскільки в поперечній площині виявлялося роздвоєння порожнини матки.

При гістеросальпінгографії (ГСГ) виявлялися дві рівнозначні порожнини матки. При аналізі ГСГ при дворогій матці на підставі внутрішнього контура матки неможливо диференціювати наявність дворогої матки з неповною внутрішньоматковою перегородкою і неповним подвоєнням матки.

Для диференціальної діагностики додатково проводили магнітно-резонансну томографію (МРТ). За нашими даними результати МРТ точно збігалися з хірургічним діагнозом, який був встановлений під час лапароскопії.

Остаточний діагноз форми вади розвитку матки, рішення питання про необхідність і доцільність виконання реконструктивно-пластичних операцій при дворогій матці можливі лише при проведенні одночасної лапароскопії і гістероскопії.

Лапароскопічно при дворогій матці визначався розподіл тіла матки на дві рівнозначні частини або роги. Розподіл на два роги відбувається в області тіла матки, після чого вони розходяться в протилежні сторони під великим або меншим кутом за наявності єдиної шийки матки.

При гістероскопії картина дворогої матки виглядає таким чином: від внутрішнього зіву починалися дві окремі геміпорожнини, кожна з яких мала лише одне гирло маткової труби. У всіх випадках порожнина матки була єдина, шийка матки одна.

В порівнянні з цим, при сідлоvidній формі матка декілька розширена в попереку, дно має невелике поглиблення, розщеплювання на два роги виражене трохи, тобто наголошується майже повне злиття маткових рогів, за винятком області дна матки. При гістероскопії видно обоє гирла маткових труб, а дно виступає в порожнину матки у вигляді дуги.

При аналізі репродуктивної функції обстежених пацієнток нами встановлено, що частота безпліддя у жінок з дворогою маткою складає 17 випадків з 24 (70,8%), причому первинне безпліддя переважало над вторинним (13 з 17 спостережень – 76,5%). При вторинному безплідді в 3 і 4 пацієнток (75,0%) вагітність уривалася достроково в 1 триместрі за рахунок повного відшарування хоріону. Загальноприйнятні методи лікування безпліддя у цих пацієнток були неефективні, а діагностика запізненою. Так, до настання вагітності діагноз дворогої матки був встановлений лише в 2 з 4 жінок (50,0%), а в останніх випадках – безпосередньо під час вагітності або після її переривання.

При аналізі 7 випадків відсутності порушень репродуктивної функції можна відзначити, що термінові пологи були в 4 з 7 жінок (57,1%), а в 3 (42,9%) – передчасні. Вельми показовим є той факт, що у всіх спостереженнях у вагітних була відмічена наявність плацентарної дисфункції (ПД) і затримка розвитку плода (ЗРП). Наявність дворогої матки відобразилася і на методі розродження пацієнток. Так, все 4 випадки доношеної вагітності закінчилися абдомінальним розродженням у зв'язку з наявністю АРМ і високим перинатальним ризиком (ПД і ЗРП). 3 випадки передчасних пологів були проведені консервативно, а основною причиною дострокового розродження був передчасний розрив плодових оболонок.

При оцінці клінічних і репродуктивних аспектів пацієнток з сідлоvidною мат-

кою необхідно відзначити, що частота порушень репродуктивної функції була нижча в порівнянні з жінок з дворогою маткою – 12 з 21 (57,1%). При цьому в структурі безпліддя переважало вторинне – 7 з 12 (58,3%) над первинним – 5 з 12 (41,7%). Своєчасна діагностика сідлоподібної матки була в 17 з 21 пацієнтки (80,9%).

Аналізуючи репродуктивні результати вагітностей при вторинному безплідді (7 спостережень) необхідно відзначити, що термінові пологи були в 3 з 7 жінок (42,9%), передчасні – в 2 (28,6%) і мимовільне переривання вагітності відмічене також у 2 пацієнток (28,6%).

За відсутності порушень репродуктивної функції (9 з 21 жінки – 42,9%) слід зазначити, що до настання вагітності наявність АРМ була діагностована в 5 з 9 жінок (55,6%), а в 4 (44,4%) – безпосередньо під час гестації. Доношена вагітність була в 5 з 9 пацієнток (55,6%), причому в 3 з 5 (60,0%) пологів були через природні пологові шляхи, а в 2 (40,0%) спостереженнях – шляхом операції кесарева розтину у зв'язку з наявністю дискоординованої пологової діяльності. Передчасні пологи були в 2 з 9 жінок (22,2%), а основною причиною був також як при попередньому варіанті – передчасний розрив плодових оболонок. Частота мимовільного переривання вагітності в 1 триместрі склала 22,2%, а основними причинами були вагітність, що не розвивається, і повне відшарування хоріону.

ВИСНОВКИ

Результати проведеннях досліджень свідчать, що жінки з аномаліями розвитку матки у вигляді дворогої або сідлоподібної матки складають групу високого ризику щодо розвитку порушень репродуктивної функції, причому при дворогій матці – первинного безпліддя, а при сідлоподібній – вторинного. Основним репродуктивним ускладненням вагітності у цих пацієнток є невиношування, а в подальшому – плацентарна дисфункція із затримкою розвитку плода. Отримані результати диктують необхідність подальшого вивчення даної проблеми, особливо в аспекті зниження частоти порушень репродуктивної функції і поліпшення перинатальних результатів розродження.

Влияние двурогой и седлоподібной матки на репродуктивную функцию женщин А.П. Садовой

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что женщины с аномалиями развития матки в виде двурогой или седлоподібной матки составляют группу высокого риска по развитию нарушений репродуктивной функции, причем при двурогой матке – первичного бесплодия, а при седлоподібной – вторичного. Основным репродуктивным осложнением беременности у этих пациенток является невынашивание, а в последующем – плацентарная дисфункция с задержкой развития плода. Полученные результаты диктуют необходимость дальнейшего изучения данной проблемы, особенно в аспекте снижения частоты нарушений репродуктивной функции и улучшения перинатальных исходов родоразрешения.

Ключевые слова: аномалии развития матки, репродуктивные аспекты.

Influence of two-horn and saddle uterus on reproductive function of woman A.P. Sadovoj

Results spent researches testify that women with anomalies of development of a uterus in the form of two-horn or saddle uterus make group of high risk on development of infringements of reproductive function, and at a two-horned uterus – first barrenness, and at saddle – secondary. The basic reproductive complication of pregnancy at these patients is premature interruption of pregnancy, and in the subsequent – placentary dysfunction with born arrest of development. The received results dictate necessity further studying the given problem, especially in aspect of decrease in frequency of infringements of reproductive function and improvement perinatal outcomes of delivery.

Key words: anomalies of development of uterus, reproductive aspects.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамьян Л.И. Оперативная гинекология детей и подростков / Л.И. Адамьян, 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, 2009. – 267 с.

УДК 618.17-02:618.14-007.66

Перинатальні наслідки плацентарної дисфункції у жінок з аномаліями розвитку матки

М.О. Сазонова

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

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

Вроджені аномалії розвитку (ВАР) матки і піхви серед дівчаток з гінекологічною патологією складають до 6% і мають тенденцію до зростання [1–4]. Клінічні прояви ВАР матки і піхви залежать від форми аномалії і частіше характеризуються дисменореєю, первинною аменореєю, тазовими болями [2, 3, 5]. При ВАР з порушенням відтоку менструальної крові в 80% зустрічається спайковий процес малого тазу і ендометріоз [1, 3, 4].

Не дивлячись на значне число наукових повідомлень з проблеми ВАР матки і піхви, не можна вважати всі наукові завдання повністю вирішеними, особливо в аспекті реалізації репродуктивної функції, а також акушерських і перинатальних результатів розродження.

Мета дослідження: проаналізувати особливості акушерських і перинатальних результатів розродження жінок з аномаліями розвитку матки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено двоетапне дослідження, внаслідок чого створено два інформаційні масиви. Перший інформаційний масив включав результати ретроспективного аналізу медичної документації (150 історій пологів і розвитку новонароджених) вагітних з аномаліями розвитку матки, які склали основну групу.

На другому етапі дослідження проводилося диспансерне спостереження з ранніх термінів вагітності 30 пацієнток з нормальною анатомією внутрішніх статевих органів, що не мали обтяженого акушерського анамнезу, які склали контрольну групу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що перинатальні результати вагітностей у жінок з аномаліями розвитку матки, які склали ретроспективну групу, статистично значимо відрізняються від групи контролю практично по всіх параметрах. Особливо наочно це є видимим при оцінці питомих ваги передчасних пологів (24,1% в основній групі, в контрольній передчасних пологів не було). Оперативне розродження було проведене в основній групі в 70,7% випадків, а в групі контролю цей показник склав 16,7%. Питома вага жінок, розроджених в строк *per vias naturalis* без ускладнень статистично значимо менше ($p < 0,01$) в основній групі і складає 6,8%, в порівнянні з 70,2% в контрольній.

Порівнюючи співвідношення ускладнених і неускладнених пологів *per vias naturalis*, ми констатували, що в ретроспективній групі 72,2% пологів були ускладненими і 6,8% – неускладненими, при цьому в групі контролю це співвідношення склало 16,7% і 70,3% відповідно, тобто ускладнення пологів зустрічалися в 4,5 рази частіше у жінок з аномаліями розвитку матки. Питома вага швидких і стрімких пологів в основній групі статистично вище в порівнянні з контролем – 6,7% і 2,7% відповідно ($p < 0,05$). Дистрес плода в пологах склав 2,7%, а в групі контролю це ускладнення було відсутнє.

Різні аномалії пологової діяльності (дискоординація і слабкість) мали місце лише в основній групі в 3,3% випадків. Крім того, заслуговує на увагу той факт, що в 4,4% пологів в основній групі сталося передчасне відшарування плаценти, а в 6,7% – мали місце порушення процесів відділення і виділення плаценти в послідовому періоді. Кровотечі в ранньому післяпологовому періоді зустрічалися лише в основній групі – 2,1%.

При оцінюванні перинатальних результатів розродження нами встановлено, що кожне друге дитя основної групи було переведене у відділення ранньої реабілітації новонароджених (54,1%), кожен п'ятий в реанімаційне відділення (22,1%), що статистично значимо частіше ($p < 0,01$), ніж в групі контролю, в якій дітей переведених в реанімацію не було, а в реабілітації мали потребу лише 6,7% новонароджених. Частота постгіпоксичної енцефалопатії 2–3 ступеня складала в основній 38,2%, що статистично значно більше в порівнянні з контрольною групою – 3,3% ($p < 0,001$). У основній групі 13,3% новонародженим знадобилася штучна вентиляція легенів в різних режимах.

Аналізуючи вагові аспекти новонароджених основної і контрольної груп необхідно відзначити, що маловагі діти народжувалися лише в основній групі (28,3%), а маса тіла більше 4000 г зустрічалася частіше в групі контролю – 20,1% в порівнянні з 1,3% в основній групі. Таке співвідношення маловагих і крупних дітей характерне для жінок з аномаліями матки і обумовлене анатомічною межею розтяжності і зростання вагітної матки, що має аномалію розвитку.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки з аномаліями розвитку матки складають групу високого ризику щодо несприятливих акушерських і перинатальних результатів розродження. Основним ускладненням вагітності у цих пацієнток є невиношування, а в подальшому – плацентарна дисфункція із затрим-

кою розвитку плода і різною перинатальною патологією. Отримані результати диктують необхідність подальшого вивчення даної проблеми, особливо в аспекті зниження частоти акушерської патології і поліпшення перинатальних результатів розродження.

Перинатальные исходы плацентарной дисфункции у женщин с аномалиями развития матки
М.А. Сазонова

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

Ключевые слова: аномалии развития матки, перинатальная патология.

Perinatal outcomes of placental dysfunction at women with anomalies of development of uterus
М.А. Sazonova

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

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

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.И., Богданова Е.Д. Оперативная гинекология детей и подростков. – М.: Элкком, 2009. – 208 с.
2. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков. – М.: Медицинское информационное агенство.- 2010. - 332 с.
3. Коколина В.Ф. Гинекология детского возраста. – М.: Медпрактика-М, 2009. – 267 с.
4. Орлов В.М. Хирургическая коррекция пороков развития матки и особенности течения беременности, наступившей после нее: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.М. Орлов. – М., 1999. – 38 с.
5. Ходарева Т.В. Диагностические возможности эхографии в обследовании женщин с невынашиванием беременности, обусловленным патологией матки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.В. Ходарева. – М., 1992. – 30 с.

УДК 618.3-06-08:618.11-006-089

Шляхи зниження гестаційних ускладнень у жінок, прооперованих з приводу доброякісних новоутворень яєчників під час вагітності

В.І. Бойко, Н.П. Сухоставець

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Результати проведених досліджень показали, що жінки, прооперовані під час вагітності з приводу доброякісних кист яєчників складають групу високого ризику щодо розвитку акушерських і перинатальних ускладнень. Розроблена нами лікувально-профілактична методика з додатковим включенням нового вітчизняного комплексного препарату Кратал дозволяє провести ефективну корекцію порушень в системі мати–плацента–плід, що сприяло зниженню частоти, в першу чергу, перинатальної патології в цій групі високого ризику. Отримані результати дозволяють нам рекомендувати дану методику для широкого використання в практичній охороні здоров'я всіх рівнів.

Ключові слова: вагітність, кисти яєчників, операція, ускладнення.

Проблема діагностики і лікування пухлин і пухлиноподібних утворень яєчників складна і надзвичайно актуальна, оскільки ця патологія є такою, що часто зустрічається в гінекологічній практиці і займає 2 місце серед новоутворень репродуктивної системи жінок [1–4]. Не дивлячись на значне число наукових публікацій в даному напрямі не можна вважати всі питання повністю вирішеними. Одним з таких, на нашу думку, є поєднання новоутворень яєчників з вагітністю і розвиток у цих жінок акушерських і перинатальних ускладнень. За даними сучасної літератури [1–4] під час вагітності найчастіше (30,0%) діагностуються дермоїдні кісти (зрілі тератоми); доброякісні серозні пухлини зустрічаються в 21% випадків серед всіх пухлин яєчників, а муцинозні – відповідно в 22%.

Не викликає сумнівів той факт, що поєднання вагітності і пухлин яєчників підвищує ризик розвитку таких ускладнень як порушення кровопостачання і перекут ніжки пухлини, розрив її капсули тощо. Абсолютно окремим самостійним питанням є розвиток акушерських і перинатальних ускладнень у жінок цієї групи, а також можлива тактика розродження. У вітчизняній і зарубіжній літературі це питання є практично не освітленими, а поодинокі публікації носять не систематизований, фрагментарний характер і не дозволяють адекватно вирішувати всі виникаючі питання.

Усе наведене вище є достатнім обґрунтуванням актуальності вибраного наукового завдання.

Мета дослідження: зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень у жінок, прооперованих з приводу доброякісних кіст яєчників під час вагітності на основі вивчення клініко-морфологічних особливостей видалених пухлин, функціонального стану фетоплацентарного комплексу, а також розроблення і впровадження комплексу лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети і завдань нами було обстежено 90 пацієнок, серед яких 60 – прооперованих з приводу доброякісних новоутворень яєчників під час вагітності, яких було розподілено на такі групи:

I група – 30 жінок, прооперованих з приводу доброякісних новоутворень яєчників під час вагітності і що отримували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи;

II група – 30 жінок, прооперованих з приводу доброякісних новоутворень яєчників під час вагітності, що отримували запропоновану нами методику.

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

Загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи містили в собі використання комплексів вітамінів і мікроелементів; засобів, поліпшуючих мікроциркуляцію (курантил, трентал, компламін) і гормональну терапію.

Відмінними рисами запропонованої нами методики є додаткове використання нового вітчизняного препарату Кратал в II групі. Терміни використання Кратала склали з моменту проведеного оперативного лікування з курсом не менше 30 днів. Потім робили перерву на 15 днів і проводили повторний 30-денний курс. Кількість проведених курсів складала від 2 до 5 за весь гестаційний період.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що у жінок, прооперованих під час вагітності з приводу доброякісних кіст яєчників в більшості випадків дана патологія діагностується під час справжньої вагітності (80,0%) і набагато рідше – до гестації (20,0%). Найчастіше має місце безсимптомний перебіг кіст яєчників в період гестації (70,0%) і набагато рідше – больовий синдром (23,3%) і симптомами інтоксикації (6,7%). Основним об'ємом оперативного втручання є цистектомія (70,0%) в порівнянні з аднексектомією (30,0%), причому розміри видалених новоутворень коливалися від 6 до 20 см в діаметрі, а ознаки порушення трофіки в 23,3% випадків.

При попередньому ехографічному обстеженні і подальшому морфологічному обстеженні пацієнок з кістами яєчників під час вагітності встановлено переважання дермоїдних кіст (33,3%); серозних цистоаденом (26,7%) і ендометріїдних кіст (20,0%) в порівнянні з муцинозними цистоаденомами (10,0%); параоваріальними (6,7%) і фолікулярними кістами (3,3%).

Клінічний перебіг вагітності у жінок, прооперованих під час гестації з приводу кіст яєчників характеризується високим рівнем фетоплацентарної недостатності (46,7%); гестаційні анемії (43,3%); бактеріального вагінозу (23,3%); преєксплампсії

(16,7%); загострення урогенітальної інфекції (13,3%); загрози переривання вагітності (10,0%) і респіраторної вірусної інфекції (10,0%).

Розродження пацієнок, прооперованих під час вагітності з приводу кіст яєчників, супроводжується високою частотою передчасного розриву плодових оболонок (33,3%); аномалій пологової діяльності (26,7%) і дистресу плода (20,0%), що призводить до значного рівня пологозбуджень (13,3%); пологовикликання (16,7%) і кесаревих розтинів (43,3%), а також акушерських щипців (3,3%). У структурі свідчень до оперативного розродження переважають гострий дистрес плода (61,5%); неефективне лікування аномалій пологової діяльності (23,1%) і тазове передлежання крупного плода (15,4%).

Перинатальні результати розродження жінок, прооперованих під час гестації з приводу кіст яєчників, характеризуються високою частотою інтранатальної асфіксії різного ступеня тяжкості (33,3%); затримки внутрішньоутробного розвитку плода (33,3%); інтраамніального інфікування (16,7%). У неонатальному періоді відмічена значна частота постгіпоксичної енцефалопатії (26,7%); реалізації інтраамніального інфікування (10,0%); геморагічного синдрому (6,7%) і гіпербілірубінемії (6,7%), а сумарні перинатальні втрати склали 66,6%.

Функціональний стан фетоплацентарного комплексу у жінок, прооперованих під час вагітності з приводу доброякісних кіст яєчників, перед розродженням характеризується високим рівнем порушень з боку функціонального стану плода (40,0%), плаценти (33,3%) і об'єму навколоплідних вод (26,7%) на тлі виражених гемодинамічних (посилення кровотоку в артерії пуповини і в маткових артеріях на тлі зниження кровотоку в середньо-мозковій артерії плода) і ендокринологічних порушень (зниження вмісту естріолу, Прогестерону, хоріонічного гонадотропіну і плацентарного лактогену при збільшенні кортизолу) субкомпенсованого (20,0%) і декомпенсованого (6,7%) характеру.

Використання пропонованих лікувально-профілактичних заходів дозволяє знизити частоту фетоплацентарної недостатності (з 46,7% до 26,7%); преєксплампсії (з 16,7% до 10,0%); аномалій пологової діяльності (з 26,7% до 13,3%); дистресу плода (з 20,0% до 10,0%); абдомінального розродження (з 43,3% до 26,7%); асфіксії новонароджених (з 33,3% до 13,3%); затримки внутрішньоутробного розвитку (з 33,3% до 20,0%) і сумарних перинатальних втрат (з 66,7% до 33,3%).

ВИСНОВКИ

Таким чином, як показники результати проведених досліджень, жінки, прооперовані під час вагітності з приводу доброякісних кіст яєчників складають групу високого ризику щодо розвитку акушерських і перинатальних ускладнень. Розроблена нами лікувально-профілактична методика з додатковим включенням нового вітчизняного комплексного препарату Кратал дозволяє провести ефективну корекцію порушень в системі мати–плацента–плід, що сприяло зниженню частоти, в першу чергу, перинатальної патології в цій групі високого ризику. Отримані результати дозволяють нам рекомендувати дану методику для широкого використання в практичній охороні здоров'я всіх рівнів.

**Пути снижения гестационных осложнений у женщин, прооперированных по поводу доброкачественных новообразований яичников во время беременности
В.И. Бойко, Н.П. Сухоставец**

Результаты проведенных исследований показали, что женщины, прооперированные во время беременности по поводу доброкачественных кист яичников составляют группу высокого риска по развитию акушерских и перинатальных осложнений. Разработанная нами лечебно-профилактическая методика с дополнительным включением нового отечественного комплексного препарата Кратал позволяет провести эффективную коррекцию нарушений в системе мать–плацента–плод, что способствовало снижению частоты, в первую очередь, перинатальной патологии в этой группе высокого риска. Полученные результаты позволяют нам рекомендовать данную методику для широкого использования в практическом здравоохранении всех уровней.

Ключевые слова: беременность, кисты яичников, операция, осложнения.

**Decrease ways gestational complications at women, operative concerning good-quality new growths ovariums during pregnancy
V.I. Boyko, N.P. Suhostavez**

Results of the lead researches have shown, that women, operative during pregnancy concerning good-quality tumours ovaries make group of high risk on development obstetrical and perinatal complications. The treatment-and-prophylactic technique developed by us with additional inclusion of a new domestic complex preparation kratal allows to lead effective correction of infringements in system mother - placenta-born that promoted decrease frequency, first of all, perinatal pathologies in this group of high risk. The received results allow us to recommend the given technique for wide use in practical public health services of all levels.

Key words: pregnancy, tumours ovaries, operation, complications.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Левашова И.И. Акушерская тактика при сочетании беременности с опухолями яичников / И.И. Левашова, Л.С. Логутова, А.А. Попов // Материалы II Российского форума «Мать и дитя». – Москва. – 18–22 сентября 2010 г. – С. 80–81.
2. Логутова Л.С. Беременность и опухоли яичников / Л.С. Логутова, 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. Логутова, 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. Логутова // Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – М., 2008. – С. 33–34.

УДК 618.173:616.891

Клінічне значення психосоматичних порушень у постменопаузальний період

В.А. Шамрай

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

Результати проведених досліджень свідчать, що у жінок в клімактеричному періоді на виникнення психосоматичних порушень впливає реалізація статевої і дітородної функцій, рівень тривожності, стан вегетативної нервової системи, характерологічні особливості особи, що відображається на якості життя жінок. Отримані результати свідчать про суттєву роль психосоматичних порушень в генезі клімактеричного синдрому, причому вони розвиваються на тлі багатофакторної конфліктної ситуації. Отримані результати дозволяють розширити наявні дані про патогенез клімактеричних порушень, що слід враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: психосоматичні порушення, клімактеричний синдром.

Сучасні жінки знаходяться більш за одну третину життя в періоді клімактерія, тому в даний час велика увага приділяється питанням, що визначають якість життя жінок цього віку [1, 2]. Перш за все, це стосується діагностики, профілактики і корекції порушень, які виявляються психоемоційними і нейровегетативними симптомами клімактеричного синдрому (КС), а також пременопаузальні дисфункціональні маткові кровотечі (ДМК) [3, 4].

Патологічні прояви КС порушують професійну діяльність жінок, знижують соціальну активність, змінюють міжособові стосунки [5]. При прогресі клінічних проявів КС, особливо у поєднанні з вегетативними і психоемоційними порушеннями, відбувається трансформація КС в ускладнену форму, що необхідно враховувати при підборі тактики його ведення.

Не дивлячись на давність вивчення патогенезу і клінічних проявів, до цих пір в проблемі клімактеричних розладів залишається багато спірних і невирішених питань [1–5]. Як і раніше відсутня оцінка багатьох чинників в плані можливості їх впливу на розвиток клімактеричних розладів. Перш за все це стосується характерологічних особливостей особи, типу нервової системи, генетичної схильності тощо [1–5].

Жіночий організм через свою специфічність високочутливий до дії різних еколого-професійних чинників, екстремальних дій, емоційних навантажень, які сприяють розвитку тривалої психоемоційної напруги [2, 3].

Розвиток психосоматичного напрямку і впровадження інформативних методик обстеження викликають інтерес до ролі психічних чинників у виникненні клімактеричних розладів [4, 5]. Цей підхід отримав назву психосоматичного, а його прояви стали розглядати як психосоматичні. Психосоматичний підхід до діагностики

і лікування різних психосоматичних порушень показав, що найбільше значення він має на ранніх стадіях їх розвитку.

Наявність в клімактеричному періоді у жінок психосоматичних порушень, складність адекватної оцінки і корекції їх, дозволяють вважати це питання одним з важливих на сучасному етапі [1–5].

У той же час, корекцію клімактеричних розладів неможливо проводити без врахування постійного впливу на жіночий організм чинників соціального середовища, що відіграють важливу роль в психогенно-вегетативних порушеннях [1–5].

Мета дослідження: вивчити особливості психосоматичних порушень у жінок у клімактеричний період.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

При виконанні роботи проведено вивчення показників загальносоматичного і акушерсько-гінекологічного анамнезу, а також клінічне і інструментальне обстеження жінок з клімактеричними розладами. Додаткову інформацію про соматичний і акушерсько-гінекологічний статус обстежених жінок отримували з історій хвороби і амбулаторних карт. Для кожної жінки склали спеціальний індивідуальний протокол/анкету, до якого були внесені дані, що відображають умови життя і особливості розвитку жіночого організму, починаючи з антенатального періоду. В процесі виконання роботи дані заносилися безпосередньо в електронну таблицю (MS Excel 7.0), формуючи, таким чином, масив для статистичного аналізу.

Основну групу обстежених склали 240 жінок у віці 42–55 років з проявами клімактеричних розладів. Групу порівняння склали 69 жінок з нормальним перебігом клімактеричного періоду. Порівнювані групи порівнянні по акушерсько-гінекологічному анамнезу, наявній екстрагенітальній патології і іншим епідеміологічним характеристикам.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що період з 46 до 50 років більше половини обстежених (59,6%) жінок відзначала появу перших симптомів клімактеричного синдрому (КС), отже, цей інтервал можна характеризувати, як «критичний» термін прояву КС.

У всіх жінок досліджували стійкі зв'язки між проявами КС і анамнестичними даними. Відмічено, що у 91,3% жінок з КС в дитячому або підлітковому віці мали місце різні вегетативні дисфункції, у зв'язку з чим вони знаходилися під спостереженням дільничних педіатрів ($p=0,00022$). У групі жінок з нормальним перебігом клімактерія вегетативно-судинні розлади в анамнезі були всього в 5,4%.

Отже, клінічні прояви КС є «завуальованими» симптомами, які компенсувалися при досягненні жінкою репродуктивного віку у зв'язку з необхідністю виконання прямого призначення, що раніше виявлялися – дітородіння.

Звертає на себе увагу наявність психічних травм дитячого віку в порівнюваних групах. Цей показник має достовірно значимі ($p=0,01004$) відмінності. Так, в групі жінок з проявами КС психічні травми в дитинстві виявлені в 95,2% обстежених. У групі жінок з нормальним перебігом клімактерія таких було 55,3%. При цьому більшість травм були такі, як хвороба близьких людей і розлучення батьків, які мали статистично достовірні відмінності ($p=0,04602$ і $p=0,01038$ відповідно).

Отже, психічна травма на стадії її формування, може несприятливо впливати на організм і його регуляторні механізми при подальшому розвитку.

Необхідно відзначити, що 20,3% жінок з проявами КС народилися від матерів з патологічним перебігом вагітності (ранній токсикоз, прееклампсія, загроза переривання вагітності тощо). У групі порівняння жінок, що народилися від матерів з патологічним перебігом вагітності, не було.

Значимою в групах ($p=0,02459$) виявилася відмінність по впливу чинника зміни географічного кліматичного поясу на організм жінок, який призводив до порушень менструальної функції. Так, в групі жінок з КС, в 70,3% випадків наголошувалися порушення циклу на тлі зміни кліматичного поясу. У групі порівняння таких жінок було 36,7%. Тобто, жінки з КС більш метеозалежні унаслідок підвищеної чутливості і лабільності центрів терморегуляції, які знаходяться в тій же області гіпоталамуса, що і центри регуляції репродуктивної системи. Оскільки всі регуляторні центри взаємозалежні, то це призводить і до порушень менструального циклу.

На особливу увагу заслуговує факт виявлення значимих відмінностей по наявності в анамнезі передменструального синдрому ($p=0,03827$). Так, в групі жінок з КС, до вступу в період клімактерія в 70,3% наголошувався передменструальний синдром, в групі порівняння таких жінок було 36,7%. Це ще раз свідчить про те, що прояви КС є наслідком порушень, що раніше були, у функціонуванні вищих регуляторних центрів, які впливають на регуляцію гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи (ГГЯС).

Достовірно значимі ($p=0,00296$) відмінності отримані в порівнюваних групах по задоволеності сімейним станом. Так 33,3% жінок першої групи не задоволено своїм сімейним станом, в групі порівняння таких не виявилася.

Значимі відмінності ($p=0,04247$) отримані відносно регулярності статевого життя, так в першій групі регулярне статеве життя було у 51,2% жінок, а в другій – в 83,5%. При вивченні сексуальної функції виходили з уявлень, що вона відіграє психоседативну роль в життя жінки. У групі жінок з КС негативне відношення до статевого життя було у 11,5% жінок. Жінки, що живуть регулярним статевим життям, задоволені нею лише в 14,4% випадків, фригідність відзначали 37,5%, аноргазмію – 10,6%.

Отже, в 59,6% випадків у жінок з КС була відсутня задоволеність статевим життям, а в 22,1% з них вона супроводжувалася негативними емоціями. Сумарно, ті або інші порушення статевої функції були у 85,6% жінок з проявами КС. У більшості з них порушення статевої функції було психотравмуючим чинником, що діє протягом довгого часу, і, зрештою, що призводить до невротизації. Статеве життя - це не лише сексуальні відчуття, але і, значною мірою, підтримка високої функціональної активності статевої системи і, регулюючою її діяльність, нейроендокринної. Тривалі порушення статевої функції (статеве стримання за наявності потреби, аноргазмія, негативне відношення до статевого життя і інші причини), призводять до дисбалансу в регуляторних системах і до парадоксальних реакцій з боку статевих органів.

У жінок з проявами КС оцінений психологічний стан. При цьому виявлені наступні характерологічні особливості особи. Так, у 72,1% жінок переважали інтравертизовані риси вдачі (направлені всередину), а у 60,8% жінок спостерігали нейротизм (емоційну лабільність).

При виконанні роботи враховували, що в розвитку психосоматичних порушень у жінок з проявами клімактеричних розладів беруть участь три чинники: а) психо-

логічний характер особи і її нервової системи; б) характер стресу, тривалість його дії і значущість для особи; в) характер реагування особи на виникаючі клінічні прояви клімактеричних розладів.

У зв'язку з цим в дослідженні встановлено, що жінкам з КС властиві деякі особливості характеру. З одного боку, вони самолюбиві, чесні, дисципліновані, з високо розвинутих почуттям обов'язку, вимогливі до тих, що оточують, нетерпимі до асоціальних проявів, займаючи при цьому пасивну позицію. З іншого боку, вони імпресивні, недовірливі, ухвалення рішень у них супроводжується частими сумнівами, або схильністю до швидкого перемикавання уваги. Більшість жінок вважали, що володіють добрим, незлопам'ятним характером, вважали себе комунікабельним, проте жадання спілкування у них часто змінювалося замкнутістю. Так 65,2% жінок приховували свої переживання від близьких по різних мотивах: через соромливість, страх бути неправильно зрозумілими, переконаність в байдужості до їх переживань з боку інших осіб. Тому вони знаходилися в стані постійної емоційної напруги, мали скруту розумових процесів, труднощі виходу з конфліктних ситуацій, а також переживали почуття тривоги, занепокоєння.

У цей «критичний» період життя більшість психотравмуючих ситуацій відбуваються в побутовій обстановці. Джерелом постійних негативних емоцій були напружені взаємини з чоловіком і, перш за все, у зв'язку з його пристрастю до алкоголю (41,3%). Біля третини жінок (28,9%) вважають, що чоловік до них неухважний, часто ревнували свого чоловіка або ж випробовували на собі ревності. Серйозними психотравмуючими чинниками (25,9%) були важкі хвороби і смерть близьких людей, інвалідизуючі травми, операції і невиліковні хвороби чоловіка. Досить часто (31,7%) джерелом негативних емоцій у жінок були діти у зв'язку з їх пристрастю до алкоголю, невдалим заміжжям, розлученням, хуліганством, поганим навчанням, хворобами тощо. У 27,9% жінок було незадоволення соціально-побутовими умовами, в 7,7% були виражені негативні емоції різної тривалості при вирішенні квартирного питання.

В ході роботи встановлено, що прояви КС переважають у жінок, що займаються розумовою працею (42,3%), а також у жінок, розумова і фізична праця яких пов'язана з напругою уваги 69,2%. Близько 70% жінок випробовують нервову напругу на виробництві у зв'язку з незадоволенням роботою, невизнанням заслуг, прискіпливістю начальства, натягнутими стосунками з товаришами по службі. Ці стосунки носять характер конфлікту, що супроводжується почуттям образи і гніву. Тому, не сам характер виконуваної роботи, а відношення до неї жінки, психологічний клімат в колективі, конфліктний характер ситуації викликають негативні емоції.

Оцінка емоційного стану жінок показала, що психічну напругу вдома випробовують 82,3% жінок, на роботі – 18,1%. У 40,4% жінок з проявами КС була однофакторна конфліктна ситуація, в останніх незрідка склалися двофакторна (27,9%) або трифакторна (4,8%) конфліктні ситуації

Отже, психосоматичні порушення у жінок при клімактеричних розладах виникають на тлі багатфакторної конфліктної ситуації.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що у жінок в клімактеричному періоді на виникнення психосоматичних порушень впливає реалізація статеві і дітородної функцій, рівень тривожності, стан вегетативної нервової системи, ха-

рактерологічні особливості особи, що відображається на якості життя жінок. Отримані результати свідчать про суттєву роль психосоматичних порушень в генезі клімактеричного синдрому, причому вони розвиваються на тлі багатфакторної конфліктної ситуації. Отримані результати дозволяють розширити наявні дані про патогенез клімактеричних порушень, що слід враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Клиническое значение психосоматических нарушений в постменопаузальный период

В.А. Шамрай

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у женщин в климактерическом периоде на возникновение психосоматических нарушений оказывает влияние реализация половой и детородной функций, уровень тревожности, состояния вегетативной нервной системы, характерологические особенности личности, что отражается на качестве жизни женщин. Полученные результаты свидетельствуют о существенной роли психосоматических нарушений в генезе климактерического синдрома, причем они развиваются на фоне многофакторной конфликтной ситуации. Полученные результаты позволяют расширить имеющиеся данные о патогенезе климактерических нарушений, что следует учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: психосоматические нарушения, климактерический синдром.

The clinical role of psychosomatic infringements in postmenopausal period

V.A. Shamray

Results of the spent researches testify that at women in the climacteric period occurrence of psychosomatic infringements is influenced by realisation of sexual and genital functions, level of uneasiness, a condition of vegetative nervous system, characterologic features of the person that is reflected in quality of life of women. The received results testify to an essential role of psychosomatic infringements in genese a climacteric syndrome, and they develop against a multifactorial conflict situation. The received results allow to expand available data about pathogenesis of climacteric infringements that it is necessary to consider by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: psychosomatic infringements, a climacteric syndrome.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Манухин И.Б. Здоровье женщин в климактерии. Монография / И.Б. Манухин, В.Г. Тактаров, С.В. Шмелева – М.: «Литерра», 2010. – 244 с.
2. Сметник В.П. Некоторые аспекты перименопаузы / В.П. Сметник // Климактерий и постменопауза. – 2008. – № 1. – С. 5–8.
3. Сольский Я.П. Проблемы климаксу в Україні / Я.П. Сольский, Т.Ф. Татарчук // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2007. – № 6. – С. 72–76.
4. Татарчук Т.Ф. Сучасні принципи замісної терапії пери- і постменопаузальних порушень у жінок / Т.Ф. Татарчук // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2005. – № 2. – С. 94–98.
5. Шмелева С.В. Метаболические изменения у женщин в климактерическом периоде / С.В. Шмелева // Физическая реабилитация детей, взрослых и инвалидов. – 2005. – № 1 (2). – С. 7–10.

УДК 618.15-007.44-06:616.62-007.43-089

Нова тактика хірургічного лікування рецидивуючого цистоцеле

В.В. Яцентюк

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

Результати проведених досліджень свідчать, що використання удосконаленої методики хірургічного лікування рецидивуючого цистоцеле дозволяє покращити результати оперативного втручання, а також суттєво знизити частоту рецидивів протягом 3–5 років після операції. Отримані результати необхідно використовувати в практичній охороні здоров'я на рівні спеціалізованих гінекологічних відділень.

Ключові слова: цистоцеле, хірургічне лікування, оптимізація.

Частота виявлення пролапсу тазових органів в структурі гінекологічної захворюваності за даними різних авторів варіює від 15% до 30% [3]. Не дивлячись на зниження народжуваності та зайнятості жінок на важкому виробництві, проблема лікування опущення статевої системи залишається однією з найбільш актуальних для акушерів-гінекологів. Пролапс статевої системи, як правило, поєднується з анатомічною і функціональною недостатністю суміжних органів і призводить до сечової і кишкової інконтиненції [1].

Клінічні симптоми опущення і випадання внутрішніх статевої системи органів приносять жінці фізичні і моральні страждання, знижують працездатність, сексуальну активність, впливають на якість життя. Найчастішою проблемою у хворих з пролапсом тазових органів, є формування цистоцеле (ЦЦ) при опущенні передньої стінки піхви. Наявність ЦЦ, у свою чергу, може призводити до значного опущення шийки сечового міхура і посилює тяжкість порушень сечовипускання [4].

Хірургічне лікування у хворих з пролапсом тазових органів розглядається як єдино ефективний метод лікування, а кількість операцій, запропонованих для корекції даної патології, складає понад 200 модифікацій. Проте висока частота рецидивів захворювання (від 16% до 43%) свідчить про недостатню ефективність хірургічних методик, які застосовують в даний час [5].

Розвиток функціональної хірургії таза на основі сучасних технологій представляє можливість для профілактики післяопераційних рецидивів шляхом використання нової методології: вживання малоінвазивних методик, обов'язкова корекція всіх функціональних розладів органів малого таза, використання сучасних синтетичних матеріалів для заміщення дефектів тазової фасції [2].

Усе наведене вище свідчить, що проблема хірургічної корекції ЦЦ залишається актуальною і вимагає подальшого дослідження найбільш ефективних і менш травматичних способів оперативного лікування. На особливу увагу заслуговує вирішення питань про тактику ведення хворих з рецидивуючими формами ЦЦ, особливо в аспекті післяопераційної реабілітації.

Мета дослідження: підвищення ефективності оперативного лікування ЦЦ на основі удосконалення і впровадження тактики хірургічного втручання і реабілітаційних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставлених завдань нами було обстежено 50 хворих, які оперуються у відділенні оперативної гінекології КМКЛ № 1 з 2011 по 2015 роки.

Критерієм включення пацієнок в дослідження була наявність ЦЦ і скарги на сечовий дискомфорт як провідне захворювання, що потребує хірургічного лікування.

Критерієм виключення з групи дослідження служила відсутність свідчень для хірургічної корекції ЦЦ.

1 групу склали 50 хворих, які поступили у відділення з ЦЦ різного ступеня вираженості, але без зсуву шийки і тіла матки. Цю групу було розподілено на дві підгрупи в залежності від використаної методики оперативного лікування:

- підгрупа 1.1. – 25 жінок, прооперованих в обсязі передньої кольпорафії за загальноприйнятою методикою;

- підгрупа 1.2. – 25 жінок, прооперованих в обсязі передньої кольпорафії за удосконаленою нами методикою, яка описана нижче.

Особливостями у жінок підгрупи 1.1 була наявність первинного ЦЦ, а у підгрупі 1.2 – рецидивуючий варіант ЦЦ, що і змусило нас використовувати удосконалену методику передньої кольпорафії.

Подібна систематизація хворих обрана для уточнення взаємозв'язку анатомічної диспозиції матки і сечового міхура, а також визначення оптимального методу хірургічного втручання.

Обстеження хворих проводили на амбулаторному етапі згідно загальноприйнятому алгоритму і адаптованому нами застосовано для хворих з ЦЦ.

Алгоритм обстеження хворих з ЦЦ.

I етап – клінічне обстеження:

- вивчення анамнестичних даних;
- оцінка скарг хворої;
- інтерпретація щоденників сечовипускання;
- огляд загальний і вагінальний (з виконанням функціональних проб і виявленням дефекту лобково-шиїчної фасції);
- лабораторні методи обстеження з обов'язковим посівом сечі на стерильність у пацієнок із значними розмірами ЦЦ і у жінок, що пред'являють скарги на неповне спорожнення сечового міхура і утруднене сечовипускання;
- оцінка стану сполучної тканини із застосуванням шкали клінічних критеріїв вираженості ДСТ.

II етап – ультрасонографічне дослідження:

- сечового міхура з тривимірною реконструкцією зображення і діагностикою дефектів лобково-шиїчної фасції;
- УЗД нирок у пацієнок з вираженим ЦЦ (III-IV ступ.) і симптомами утрудненого сечовипускання;
- УЗД матки і придатків.

III етап – уродинамічне дослідження у пацієнток з ургентним і змішаним не-триманням сечі.

Аналіз отриманих результатів був підставою для вибору лікувальної тактики.

Вдосконалений нами алгоритм оперативного лікування полягав в тому, що додатково до загальноприйнятої тактики оперативного лікування (шляхом зшивання залишків везиковагінальної фасції або зміцнення її протезом без фіксації до опорних структур малої миски), після зшивання залишків везико-вагінальної фасції фіксують краї синтетичної сітки до щільних тканин нижніх дуг лобкових кісток. Хворим з цистоцеле першим етапом після сагітального розтину стінки піхви роблять латеральне відсепарування клаптів слизової піхви гострим та тупим шляхом. Особлива увага приділяється тому, що відсепарування виконувалось на межі м'язової та адвентиційної оболонок піхви, тобто на слизовій піхви не залишалась лобково-міхурово-піхвова фасція. У випадку дискретного розриву перегородки, якщо є можливість, виконують ушивання дефекту перманентним швом-капрон № 2–3. У інших випадках виконують зшивання залишків лобково-міхурово-шийкової фасції в сагітальному напрямку та видаляють надлишки стінки піхви. Якщо вдається виділити окремо адвентиційний пул стінки піхви, то також в сагітальному напрямку виконують зшивання з формуванням дуплікатори лобково-міхурово-шийкової фасції.

Найпростішим способом фіксації країв сітки є підшивання кутів сітки до збережених елементів лобково-міхурово-шийкової фасції в латеральних зонах передньої стінки піхви. Подібний спосіб можливий у випадку перерозтягнення фасції чи у випадку окремого дефекту при збереженій латеральній фасції до сухожилкової дуги фасції тазу. Якщо не вдається ідентифікувати та виділити лобково-міхурово-шийкову фасцію в разі значного чи рецидивного цистоцеле, при значних дистрофічних змінах виконують кольпоррафію з посиленням проленовим ендопротезом.

Латеральні краї сітки фіксують до внутрішньої поверхні нижніх дуг лобкових кісток окремими капроновими швами № 2-3. Передній і задній краї протеза фіксують окремими швами № 2-3 до лобково-міхурово-шийкової фасції. Далі поверхню протеза обробляють етанолом. Рану піхви зашивають безперервним вікриловим швом № 1–2.

Технічним результатом, який досягається, є забезпечення більш ефективного попередження рецидивів ЦЦ та дисфункції тазових органів в післяопераційному періоді.

Окрім вдосконаленого алгоритму оперативного втручання були використані наступні підходи до відновного лікування жінок з ЦЦ:

- профілактика гнійно-септичних ускладнень в ранньому післяопераційному періоді, що включає проведення антибактеріальної терапії антибіотиками широкого спектру дії: цефалоспорино II-III покоління-цефтриаксон 1,0 г 2 рази на добу; внутрішньом'язово (цефазолін 1,0 г 2 рази на добу внутрішньом'язово) протягом 5 діб з одночасним місцевим застосуванням мазевих тампонів з левомеколем 1 раз на добу протягом 3–5 діб;

- профілактика тромбоемболічних ускладнень – фраксипарин в профілактичних дозах 0,3 мл вводиться через 7 год після операції протягом 3–5 діб (пе-

реважно в жінок з екстрагенітальною патологією: варикозна хвороба вен нижніх кінцівок (ВХВНК), штучні суглоби, ожиріння III–IV ст, серцево-судинна патологія);

- при наявності атонії сечового міхура в ранньому післяопераційному періоді застосовується прозерин (0,005% 1,0 × 1–2 рази на добу) протягом 2–3 діб;

- обов'язковим в післяопераційній реабілітації та з метою профілактики можливих рецидивів ЦЦ являється інтравагінальне введення супозиторій, що містять естріол – овестин з 5 доби післяопераційного періоду 0,5 мг (1 супозиторій) 1 раз на добу протягом 1 міс, далі по 0,5 мг 2 рази на тиждень протягом 1 міс, далі по 0,5 мг 1 раз на тиждень протягом 1 міс чи колпотрофін (який також має естрогеноподібний ефект) по 1 вагінальній капсулі 1 раз добу протягом 1 міс з наступним переходом на підтримуючу терапію.

Основною перевагою даних препаратів є відсутність протипоказів до їх застосування та відсутність системної дії на організм в цілому. На відміну від інших естрогенів, естріол є короткодійним, оскільки він взаємодіє з ядрами клітин ендометрія. Він компенсує втрату продукції естрогену в жінок в період менопаузи та зменшує виразність менопаузальних симптомів. Естріол особливо ефективний при лікуванні урогенітальних порушень. В разі атрофії нижніх відділів сечостатевого тракту естріол нормалізує епітелій і сприяє відновленню нормальної мікрофлори та фізіологічного рівня рН в піхві. Внаслідок цього підвищується резистентність клітин епітелію сечостатевого тракту до інфекції та запалення, що призводить до зменшення таких вагінальних хвороб та їх симптомів, як диспареунія, сухість, свербіж, вагінальні інфекції та інфекції сечового тракту, порушення сечовипускання та незначне НС. Інтравагінальне введення естріолу забезпечує оптимальну біодоступність в місці дії. Після вагінального введення естріолу покращується кровообіг вагінальної стінки, відновлюється її еластичність та трансудатія. Відновлюються колагенові та м'язові структури тазового дна, що перешкоджає рецидиву опущення стінок вагіни.

Ефективність оперативного лікування оцінювали протягом 3 років спостереження по суб'єктивних і об'єктивних критеріях:

- скарги пацієнток;
- у оцінці хворої ефекту оперативного лікування;
- огляду пацієнток у спокої і при напруженні;
- результатам стандартного і спеціального ультразвукового (з оцінкою стану уретровезикального сегменту і тривимірною реконструкцією сфінктера уретри) дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що в структурі первинного цистоцеле переважає I ступінь опущення передньої стінки піхви (56,0%) у порівнянні з II (32,0%) та IV ступенями (12,0%). При рецидивуючому ЦЦ найчастіше має місце III ступінь опущення передньої стінки піхви (44,0%) на відміну від II (28,0%) та IV ступенів (28,0%).

У жінок з первинним ЦЦ частота соматичних захворювань з проявами недиференційованої дисплазії сполучної тканини (варикозна розширення вен ниж-

них кінцівок, хронічні захворювання легень та кишечника) складає 32,0%, а при рецидивуючому – 46,0%.

Використання удосконаленого нами алгоритму хірургічного лікування ЦЦ дозволяє скоротити частоту ранніх ускладнень в 1,5 разу (з 12,0% до 8,0%), а також на протязі 5 років – рівень рецидивів в 3 рази (з 12,0% до 4,0%) та порушень сечовипускання в 2 рази (з 36,0% до 18,0% відповідно).

Включення до реабілітаційних заходів у жінок після оперативного лікування ЦЦ місцевого використання естрогенів дозволяє покращити репативні процеси та нормалізувати стан мікробіоценозу статевих шляхів.

Резюмуючи дані обстеження хворих з ЦЦ у віддаленому післяопераційному періоді потрібно відзначити, що при діагностиці первинного компенсованого ЦЦ об'єм операції слід обмежувати загальноприйнятною пластикою стінок піхви, при цьому наявність поєданого стресового нетримання сечі вимагає проведення додаткової пластики уретри. Розширення для даної категорії хворих об'єму операції до вагінальної ГЕ доцільно лише за наявності свідчень для її виконання, при цьому операцію слід обов'язково доповнювати пластикою стінок піхви із зміцненням м'язів промежини шляхом леваторопластики. Діагноз декомпенсованого і рецидивного ЦЦ є свідченням до використання вдосконаленої нами методики з метою профілактики рецидивів пролапсу, при цьому виконання ГЕ призводить до достовірного збільшення числа рецидивів, а отже, видалення матки доцільне лише за наявності патологічних змін з її боку, що визначають свідчення до її видалення. Отримані результати необхідно використовувати в практичній охороні здоров'я на рівні спеціалізованих гінекологічних відділень.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що використання удосконаленої методики хірургічного лікування рецидивуючого цистоцеле дозволяє покращити результати оперативного втручання, а також суттєво знизити частоту рецидивів на протязі 3-5 років після операції. Отримані результати необхідно використовувати в практичній охороні здоров'я на рівні спеціалізованих гінекологічних відділень.

Новая тактика хирургического лечения рецидивирующего цистоцеле В.В. Яцентюк

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что использование усовершенствованной методики хирургического лечения рецидивирующего цистоцеле позволяет улучшить результаты оперативного вмешательства, а также существенно снизить частоту рецидивов на протяжении 3–5 лет после операции. Полученные результаты необходимо использовать в практическом здравоохранении на уровне специализированных гинекологических отделений.

Ключевые слова: цистоцеле, хирургическое лечение, оптимизация.

New tactics of surgical treatment recedive cystocele V. V. Yacentuyk

Results of the spent researches testify that use of an advanced technique of surgical treatment recedive cystocele allows to improve results of operative intervention, and also it is essential to lower frequency of relapses within 3–5 years after operation. The received results are necessary for using in practical public health services at level of specialised gynecologic branches.

Key words: cystocele, surgical treatment, optimisation.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Диагностика и выбор метода хирургической коррекции недержания мочи при пролапсе гениталий у женщин / [В.И. Краснополяский, С.Н. Буянова, М.Н. Иоселиани и др.] // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 1. – С. 29–32.
2. Диагностика и выбор метода хирургической коррекции недержания мочи при пролапсе гениталий у женщин / [В.И. Краснополяский, С.Н. Буянова, М.Н. Иоселиани и др.] // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 1. – С. 29–32.
3. Попов А.А. Пластика задней стенки влагалища при ректоцеле по технологии IVS Posterior: материалы VI Российского научного форума «Мать и дитя» / А.А. Попов, М.Р. Рамазанов, О.Г. Киришкина. – М., 2014. – С. 448–449.
4. Савицкий А.Г. Доуродинамическая диагностика симптомов недержания мочи в связи с напряжением у женщин (в помощь практическому врачу) / А.Г. Савицкий. – Киев. – 2013. – С. 44.
5. Херт Г. Оперативная урогинекология / Г. Херт; пер. с нем. – Москва, 2009. – С. 42, 99–107.

УДК 618.17-02:618.177-089.888.11

Тактика допоміжних репродуктивних технологій при поєднанні чоловічого і жіночого безпліддя з урахуванням віку пацієнтів

А. С. Дарій

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

Результати проведених досліджень свідчать, що до інформативних клініко-анамнестичних і гормональних чинників, що визначають результат циклу ДРТ у хворих репродуктивного віку з поєднаними формами безпліддя відносять: вік хворої, індекс маси тіла, наявність трубно-перитонеального чинника безпліддя, рівень вільного тестостерону в крові, вміст прогестерону в крові на 20-22-й день менструального циклу, а також визначення у фолікулярній рідині яєчників цитокінів. У статті показана роль віку пацієнток в оцінюванні ефективності допоміжних репродуктивних технологій.

Ключові слова: безпліддя, вік, допоміжні репродуктивні технології.

На сьогоднішній день одним з напрямів лікування безпліддя є вживання допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), частота настання вагітності і пологів після яких складають відповідно 29,1% і 21,5% (дані Європейського суспільства репродукції людини, 2011 р.). Підвищення ефективності ДРТ пов'язане з дослідженнями, направленими на вивчення регуляторних механізмів репродуктивних процесів, прогнозування їх порушень і визначення підходів до корекції. У цьому плані одне з центральних місць займає проблема імунологічної регуляції репродуктивної функції жінки. Відомо, що імунокомпетентні клітини (макрофаги, лімфоцити) і продуковані ними цитокіни (інтерлейкіни, ростові чинники, хемокіни) беруть участь в механізмах фолікулогенезу, овуляції, формування і функціонування жовтого тіла, циклічних морфофункціональних змін ендометрія, запліднення і імплантації [1-6].

Не дивлячись на значне число наукових публікацій по ДРТ не можна вважати всі питання повністю вирішеними, особливо в плані вивчення віку пацієнток в оцінюванні їх ефективності.

Мета дослідження: вивчення ролі віку пацієнток в оцінці ефективності ДРТ при поєднаних формах безпліддя.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети були обстежені 70 жінок репродуктивного віку, які склали наступні групи: основну (n=30), порівняння (n=30) і контрольну

(n=10). Дослідження проводилося на базі клініки репродуктології Кримського державного медичного університету ім. С.І. Георгієвського.

Критеріями включення в основну групу були: вік 25-38 років, безпліддя (ендокринне, трубно-перитонеальне, поєднане), програма ДРТ, стимуляція яєчників препаратами гонадотропінів, настання вагітності після справжньої програми ДРТ (візуалізація плодового яйця при ультразвуковому дослідженні через 3 тиж після перенесення ембріонів).

Критерії включення в групу порівняння: вік 25–38 років, безпліддя (ендокринне, трубно-перитонеальне, поєднане), програма ДРТ, відсутність вагітності після справжньої програми ДРТ.

Критерії включення в контрольну групу: вік 25–32 роки; наявність вагітності, що закінчилася пологоми, в анамнезі. Контрольну групу склали пацієнтки, що беруть участь в програмі «Донорство ооцитів». Критерії виключення для основної групи і групи порівняння були загальними: гіпер- і гіпогонадотропна оваріальна недостатність; видалення одного або обох яєчників в анамнезі; важкі ступені астеноотератозооспермії, азооспермія; єдина причина безпліддя – чоловічий чинник; ожиріння II–III ступеня.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, ендокринологічні, морфологічні, статистичні і імунологічні, які включали визначення рівня цитокінів у фолікулярній рідині методом мультиплексного аналізу білків (MCP-1 (моноцитарного хемотаксического протеїну 1), MIP-1 α , MIP-1 β , RANTES, еотаксина, IP-10 (індукованого для інтерферону протеїну 10), IL-8, фракталкіна, TNF α , IL-1 β , IL-2, IL-5, IL-6, IL-7, IL-9, IL-12, IL-13, IL-15, IL-10, IL-1 α) і визначення методом PCR в біоптатах ендометрія експресії мРНК хемокінів (MCP-1, MIP-1 α , MIP-1 β , RANTES, еотаксина, IP-10, IL-8, фракталкіна) та їх рецепторів (CXCR1, 2, 3, 4; CX3CR1; CCR1, 3, 4, 5, 7).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік жінок в основній групі склав 32,2 \pm 4,3 року, тривалість безпліддя – 6,2 \pm 3,7 року. 46,7% хворих даної групи мали у минулому вагітності (13,3% – пологи, 30,0% – штучні аборти, 3,3% – мимовільні аборти, 3,3% – вагітність, що не розвивається). У структурі супутньої гінекологічної захворюваності у пацієнток основної групи виявлені: хронічний сальпінгофорит (36,7%), лейоміома матки (10,0%), зовнішній генітальний ендометріоз I–II ступеня тяжкості (23,3%), аденоміоз (6,7%). 36,7% пацієнток основної групи перенесли в анамнезі діагностичну і операційну лапароскопію, 26,7% – діагностичну і операційну гістероскопію.

Середній вік жінок в групі порівняння склав 33,7 \pm 4,2 року, тривалість безпліддя – 5,7 \pm 3,2 року. 63,3% хворих даної групи у минулому мали вагітності (26,7% – термінові пологи, 16,7% – ектопічну вагітність, 43,3% – штучний аборт, 6,7% – мимовільний аборт, 16,7% – вагітність, що не розвивається). У структурі супутньої гінекологічної захворюваності у пацієнток групи порівняння виявлені: хронічний сальпінгофорит (56,7%), лейоміома матки (16,7%), зовнішній генітальний ендометріоз I–II тупеня тяжкості (26,7%), аденоміоз (13,3%). 46,7% пацієнток групи порівняння перенесли в анамнезі діагностичну і операційну лапароскопію, 56,7% – діагностичну і операційну гістероскопію.

Контрольну групу склали здорові жінки, що взяли участь в програмі «Донорство ооцитів». Всі вони були у шлюбі, в анамнезі мали пологи, що закінчилися народженням здорової дитини. Середній вік пацієнток склав $29,7 \pm 3,9$ року.

Отримані нами результати свідчать, що із збільшенням віку хворих закономірно знижується кількість зростаючих фолікулів ($R_c = -0,32$; $p < 0,05$); отриманих під час пункції яєчників ооцитів ($R_c = -0,33$; $p < 0,01$), у тому числі зрілих ($R_c = -0,31$; $p < 0,05$). Це вказує на зниження активності процесів фолікуло- і оогенезу, частоти настання вагітності із збільшенням віку жінок. Дані процеси обумовлені морфофункціональними змінами яєчників у жінок старшого віку, зниженням їх оваріального резерву, збільшенням частоти анеуплоїдії ооцитів, що може з'явитися однією з причин низької частоти імплантації. Окрім фізіологічного збільшення частоти елімінації примордіальних фолікулів в старшому репродуктивному віці чинниками, що призводять до зниження ефективності гонадотропної стимуляції яєчників у обстежених хворих, могли бути супутні гінекологічні захворювання (хронічний сальпігофорит, зовнішній генітальний ендометріоз), перенесені оперативні втручання на органах репродуктивної системи.

Одним з механізмів порушення фолікуло- і оогенезу є зміна цитокинової регуляції цих процесів. Із збільшенням віку пацієнток відбувається збільшення вмісту у фолікулярній рідині яєчників прозапальних цитокінів: IL-1ra, IL-7, IL-9, G-CSF і Pdgf BB (таблиця 1). Можливо, що збільшення вмісту прозапальних цитокінів негативно впливає на гранульозні клітини, комплекс ооцит-кумулюс, якість ооциту і є одним з механізмів зниження ефективності циклів ЕКЗ. Це свідчить про зменшення оваріального резерву, асоційоване з віком жінки, що супроводиться активацією апоптозу гранульозних клітин фолікула. Виявлене нами посилення експресії тромбоцитарного чинника зростання в яєчнику може бути обумовлене активацією синтезу прозапальних цитокінів.

Із збільшенням віку хворих спостерігалось достовірне зниження товщини ендометрія під час перенесення ембріонів ($R_c = -0,33$; $p < 0,05$). Це може бути обумовлено як збільшенням частоти перенесення ембріонів на 3-й день розвитку, так і віковими морфофункціональними змінами ендометрія. Із збільшенням віку хворих змінюється чутливість ендометрія до хемокинів, що виявлялося в збільшенні в ній експресії рецептора хемокинів CCR1 і зниженні – рецептора CCR3 (таблиця).

За допомогою кореляційного аналізу визначено, що кількість зростаючих при гонадотропній стимуляції фолікулів має достовірну пряму кореляційну залежність від вмісту у фолікулярній рідині цитокінів: IL-10 ($R_c = 0,31$; $p < 0,05$), IFN γ ($R_c = 0,32$; $p < 0,05$), MIP-1 α ($R_c = 0,32$; $p < 0,05$), RANTES ($R_c = 0,38$; $p < 0,01$) і TNF β ($R_c = 0,27$; $p < 0,05$). Виявлено, що є пряма кореляційна залежність між кількістю ооцитів, отриманих при пункції яєчників, і вмістом в них цитокінів IL-10, IFN γ , GM-CSF, MIP-1 β , RANTES і TNF α . У хворих з негативним результатом циклу ДРТ рівень IL-13 у фолікулярній рідині яєчників під час стимуляції в 2 рази вище за таку вагітність що настала після ДРТ у хворих.

За допомогою кореляційного аналізу був виявлений достовірний взаємозв'язок між рівнями цитокінів у фолікулярній рідині. Так, вміст IL-10 корелював з концентрацією IL-6 ($R_c = 0,76$; $p < 0,0001$), еотаксина ($R_c = 0,62$, $p < 0,0001$), MCP-1 ($R_c = 0,62$, $p < 0,0001$) і G-CSF ($R_c = 0,56$; $p < 0,0001$), а вміст IL-2 – з GM-CSF ($R_c = 0,59$;

Кореляційна залежність вмісту цитокінів у фолікулярній рідині яєчників і експресії рецепторів хемокинів в ендометрії від віку хворих із безпліддям

Вік хворих	Цитокін (фолікулярна рідина)	Rc	P
	IL-1ra	0,31	<0,01
	IL-7	0,33	<0,01
	IL-9	0,28	<0,05
	G-CSF	0,33	<0,01
	PDGF-BB	0,41	<0,01
	мРНК (ендометрій)		
	CCR1	0,41	<0,05
	CCR3	-0,42	<0,05

$p < 0,0001$) і IL-15 ($R_c = 0,78$; $p < 0,0001$), що може свідчити про схожі клітинні джерела синтезу вказаних чинників в тканинах яєчника.

Полифункціональні цитокіни IL-10, IL-4, IL-13 відносять до цитокінів, характерних для так званого Th-2 імунної відповіді, домінуючої при нормальному перебігу вагітності. IL-10 і IL-4 володіють вираженим протизапальним ефектом, регуляторними властивостями відносно цитотоксичних і хелперних Т-лімфоцитів, NK-клітин, В-лімфоцитів і дендритних клітин. IL-10 здатний також інгібувати апоптоз клітин, індукований TNF α або IFN γ . IL-13 продукується переважно активними Т-клітинами є потужним модулятором активності моноцитів і В-клітин, не надаючи, на відміну від IL-4, прямого біологічного впливу на Т-клітини. Окрім цього існують дані про здатність IL-13 надавати інгібуючий ефект на продукцію інших цитокінів, стимулюючих початок запального процесу.

Зростання продукції цитокінів, хемокинів і ростових чинників в яєчниках при їх стимуляції, ймовірно, забезпечується високим вмістом і активацією в них ІКК. Окрім цього, секреція цитокінів забезпечується гранулезними клітками зростаючих фолікулів. TNF α , IFN γ , GM-CSF залучені в розвиток і зростання фолікула, сигнальна взаємодія між ооцитом і що оточують його соматичними (гранульозними) клітинами, баланс процесів проліферації і апоптозу клітин фолікула, регулюють ангиогенез і синтез стероїдних гормонів в яєчнику. TNF β і IFN γ через активацію проапоптотичних Вах-білків, протеїнази С або каспаз можуть індукувати апоптоз клітин фолікула. Ті, що синтезуються в яєчниках хемокини (RANTES, еотаксин, MIP-1 β), володіючи хемоаттрактивним ефектом, залучають в тканині яєчника і активують ІКК, які, у свою чергу, секретують цитокіни, хемокини і чинники зростання, забезпечуючи надмірність цитокинової регуляції фолікулогенезу.

Вивчені в дослідженні цитокіни можуть регулювати процес ангиогенезу в яєчнику. Так, TNF α і GM-CSF, безпосередньо або за допомогою індукції VEGF (судинно-ендотеліальний чинник зростання), беруть участь в міграції, проліферації ендотеліальних клітин, формуванні капілярних трубок і базальної мембрани. При цьому TNF α , IL-10 можуть надавати і антиангіогенний ефект.

Отже, стимуляція яєчників гонадотропінами супроводжується зростанням фолікулів, рекрутуванням і активацією імункомпетентних клітин з індукцією протизапальних (IL-4, IL-10, IL-13), прозапальних цитокінів (IFN γ ; GM-CSF; TNF α) і хемокінів (MIP-1 β ; RANTES), що, ймовірно, необхідно для підтримки балансу апоптозу і проліферації клітин гранулози, регуляції ангиогенезу і стероїдогенезу в яєчниках.

Виявлена достовірна негативна кореляційна залежність між якістю запліднення, частотою дроблення ембріонів з вмістом у фолікулярній рідині цитокінів GM-CSF, IFN γ і RANTES і позитивна – між кількістю перенесених ембріонів і вмістом у фолікулярній рідині IL-15.

Отримані дані свідчать про те, що посилення секреції в яєчнику прозапальних цитокінів може бути одним з механізмів несприятливого впливу стимуляції яєчників гонадотропінами на ооцит. В даний час передбачається, що стимуляція яєчників, її режими впливають на «якість» ооциту, потенції його до запліднення і темпи раннього розвитку ембріона. Негативну роль можуть відігравати високі концентрації в крові естрадіолу, а також фармакологічні препарати, що використовуються під час стимуляції яєчників (гонадотропіни, агоністи і антагоністи гонадотропін-релізінг гормону), а також вік пацієнток. Отримані результати підтвердили наявні фундаментальні уявлення про те, що взаємодія між ооцитом і соматичними клітинами яєчника є критичними для нормального перебігу оогенезу, запліднення і раннього розвитку ембріона, особливо у пацієнток старшого віку.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що до інформативних клініко-анамнестичних і гормональних чинників, що визначають результат циклу ДРТ у хворих репродуктивного віку з поєднаними формами безпліддя, відносять: вік хворої; індекс маси тіла; наявність трубно-перитонеального чинника безпліддя; рівень вільного тестостерону в крові; вміст Прогестерону в крові на 20–22-й день менструального циклу, а також визначення у фолікулярній рідині яєчників цитокінів. Нами показана роль віку пацієнток в оцінці ефективності допоміжних репродуктивних технологій.

Тактика вспомогательных репродуктивных технологий при сочетании мужского и женского бесплодия с учетом возраста пациентов А. С. Дарий

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что к информативным клинико-анамнестическим и гормональным факторам, определяющим исход цикла ДРТ у больных репродуктивного возраста с сочетанными формами бесплодия, относят: возраст больной; индекс массы тела; наличие трубно-перитонеального фактора бесплодия; уровень свободного тестостерона в крови; содержание прогестерона в крови на 20–22-й день менструального цикла, а также определение в фолликулярной жидкости яичников цитокинов. Нами показана роль возраста пациенток в оценке эффективности вспомогательных репродуктивных технологий.

Ключевые слова: бесплодие, возраст, вспомогательные репродуктивные технологии.

Tactics of auxiliary reproductive technologies at a combination of man's and female barrenness taking into account age of patients A.S. Darij

Results of the spent researches testify that to informative clinical-anamnestical and to the hormonal factors defining an outcome of cycle ART at patients of reproductive age with combined forms of barrenness, carry: age of the patient; an index of weight of a body; presence tube-peritoneal barrenness factor; level of free testosterone in blood; the progesterone maintenance in blood for 20–22 day menstrual cycle, and also definition in a follicular liquid ovariums cytocienes. By us the role of age of patients in an estimation of efficiency of auxiliary reproductive technologies is shown.

Key words: barrenness, age, auxiliary reproductive technologies.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вовк І.Б. Корекція гормональних порушень при поєднаних формах неплідності / І.Б. Вовк, А.Г. Корнацька // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – № 4. – С. 147–149.
2. Юзько О.М., Юзько Т.А. Лапароскопія в діагностиці та лікуванні жіночої безплідності / О.М. Юзько, Т.А. Юзько // Клініч. анатомія та оперативна хірургія. – 2005. – № 2. – С. 35–36.
3. Anate M. Anovulatory infertility: a report of four cases and literature review / M. Anate, A.W. Olatinwo // Niger. J. Med. – 2010. – Vol. 10, № 2. – P. 85–90.
4. Дубоссарская З.М. Эндокринное бесплодие у женщин: патофизиологические механизмы и подходы к лечению / З.М. Дубоссарская // Лікування та діагностика. – 2006. – № 1. – С. 39–45.
5. Корнацька А.Г. Місцевий гуморальний імунітет у жінок з поєднаними формами неплідності / А.Г. Корнацька // Лікар. справа. – 2008. – № 4. – С. 82–84.
6. Основы репродуктивной медицины: Практ. руководство / Под ред. В. К. Чайки. – Донецк: Альматео, 2011. – P. 6: Бесплодие в браке. – С. 275–321.

УДК 618.177-089.888.11:618.73-007.6

Шляхи підвищення ефективності допоміжних репродуктивних технологій при поєднаній патології матки

Г.В. Колесник

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

Аналіз математико-статистичних даних дозволив виявити наявність зв'язків між результатом допоміжних репродуктивних технологій і різними анамнестичними даними, рівнем рецепторів по статевих гормонів, а також концентраціями гормонів в периферичній крові. На нашу думку, отримані дані можуть сприяти обґрунтуванню критеріїв здатності імплантації ендометрія, і свідчать про необхідність досліджень динаміки гормонального статусу пацієнток, рівнів рецепторів в слизовій оболонці ендометрія до стероїдних гормонів. Очевидно, що облік цих чинників разом з даними анамнезу повинен здійснюватися при проведенні комплексу заходів по підготовці ендометрія в програмі допоміжних репродуктивних технологій.

Ключові слова: жіноче безпліддя, допоміжні репродуктивні технології, патологія порожнини матки.

Частота безплідного шлюбу за даними вітчизняних і зарубіжних дослідників складає від 10% до 20% [1–6]. У структурі жіночого безпліддя матковий чинник з кожним роком займає вище місце і досягає 20–30% [3, 4].

Завдяки широкому використанню сучасних ендоскопічних технологій в сучасній репродуктології підвищується ефективність діагностики і відповідно лікування різної внутрішньо маткової патології: гіперпластичні процеси і поліпи ендометрія, хронічний ендометрит і внутрішньоматкові синехії [5, 6]. Особливо це стосується пацієнток з поєднаними варіантами безпліддя, яким рекомендують широкий спектр лікувально-профілактичних заходів протягом тривалого часу [1–6].

Останніми роками в Україні широко використовуються допоміжні репродуктивні технології (ДРТ), у тому числі і при жіночому безплідді різного генезу, до якого відноситься і матковий чинник безпліддя [3, 4]. При цьому ефективність ДРТ залишається не завжди високою, що дозволяє виділити пацієнток після невдалих спроб ДРТ, ведення яких викликає певні труднощі не лише з медичної, але і з психологічної точки зору [6].

У зв'язку з вищевикладеним, представляє значний інтерес вивчення особливостей проведення ДРТ у пацієнток цієї групи.

Мета дослідження: підвищення ефективності відновлення репродуктивної функції у жінок після невдалих спроб ДРТ на основі вивчення в них клініко-

функціональних, ендокринологічних і ендоскопічних особливостей стану ендометрія, а також розробки і впровадження алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети дослідження було проведено комплексне обстеження 130 пацієнток, з поєднаними чинниками безпліддя, у яких було встановлено переважання одного основного чинника.

У I групу увійшли 50 пацієнток з трубно-перитонеальним чинником безпліддя.

II групу склали 30 пацієнток з ендокринними чинниками безпліддя.

III групу склали 30 пацієнток з ендометріозом.

IV групу (порівняння) склали 20 жінок з безпліддям в шлюбі, обумовленим чоловічим чинником.

Критеріями включення пацієнток в I, II і III групи були встановлений чинник безпліддя, підтверджений клініко-лабораторними і інструментальними методами дослідження, а також:

- вік 29–39 років;

- наявність в анамнезі не менше 2 (від 2 до 9) невдалих спроб ДРТ при перенесенні в порожнину матки не менше двох ембріонів «хорошої» якості.

Критерії включення пацієнток в четверту групу (порівняння):

- вік 30–36 років;

- прохідні маткові труби;

- відсутність генітальної патології;

- регулярний менструальний цикл;

- наявність домінантного фолікула;

- товщина ендометрія >9 мм, тришарова структура;

- концентрація гонадотропінів (ЛГ, ФСГ) і естрогену (Е2) на 5–7-й день менструального циклу в межах норми;

- концентрація прогестерону (П) в лютеїнову фазу >20 нмоль/л.

До I групи увійшли пацієнтки у віці від 37 до 39 років, в II групу – від 29 до 32 років, в III групу – від 32 до 34 років. Середній вік пацієнток в групах спостережень і порівняння достовірно розрізнявся з переважанням показника в першій групі ($p < 0,05$).

Усі методи дослідження проводилися відповідно до нормативних документів і наказів МОЗ України.

До комплексу проведених досліджень ми включали клінічні, ехографічні, ендоскопічні, морфологічні, ендокринологічні, мікробіологічні та статистичні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що тривалість перебігу безпліддя у жінок з невдалими спробами допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) складає $6,5 \pm 0,6$ року з переважанням вторинного безпліддя в порівнянні з первинним – 58,0%:42,0%.

У пацієнток після невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій сумарна частота патології ендометрія склала 97,3%, причому в структурі переважали

аденоміоз (39,0%); поліпи ендометрія (24,5%); хронічний ендометрит (21,8%); і внутрішньоматкові синехії (12,0%).

Відсутність і/або пониження експресії рецепторів прогестерону і естрадіолу залоз і стромі ендометрія у пацієнок після невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій мала місце в 56,5% випадків, а в самому ендометрії – в 30,0% спостережень.

Пацієнок після невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій залежно від патології ендометрія і результатів додаткових методів досліджень необхідно розділяти на наступні підгрупи:

- пацієнтки з гіперпластичними процесами і поліпами ендометрія;
- пацієнтки з хронічним ендометритом;
- пацієнтки з недостатньою секреторною трансформацією ендометрія.

Вибір програми ДРТ повинен здійснюватися залежно від попередніх результатів невдалих спроб ДРТ, з урахуванням чутливості до гормональної терапії і оваріального резерву.

Сумарна ефективність ДРТ у пацієнок після невдалих попередніх спроб складала 17,3%, причому при трубно-перitoneальному безплідді – 19,0%; при ендометріозі – 16,7% і при ендокринному – 13,3% відповідно.

Оцінка взаємозв'язку позитивного ефекту допоміжних репродуктивних технологій з гормональним чинником свідчить про наявність негативних зв'язків помірної сили з концентрацією фолікулостимулюючого гормону ($r=-0,42$) і з вмістом гормонів пролактину ($r=-0,39$) і трийодтироніну вільного ($r=-0,31$) в периферичній крові. Зв'язок настання вагітності з рівнем естрадіолу був достовірним, проте слабким ($r=0,28$).

Позитивний ефект ДРТ позитивно корелював з рівнем експресії рецепторів прогестерону в стромі ендометрія ($r=0,23$), проте кореляції з усіма іншими показниками експресії рецепторів ендометрія до стероїдних гормонів були прямими і помірної сили: з рецепторами прогестерону в епітелії – $r=0,42$, рецепторами естрадіолу в стромі – $r=0,32$ і в епітелії ендометрія $r=0,40$.

Для практичної охорони здоров'я можна розглянути алгоритм ведення і лікування пацієнок з безпліддям і невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій, який повинен складатися з декількох етапів:

- I етап: комплексне клініко-лабораторне і імуногістохімічне обстеження;
- II етап: адекватна підготовка подружньої пари до реалізації програм ДРТ; з вибором оптимальної програми стимуляції суперовуляції і отриманням достатньої кількості зрілих ооцитів; із забезпеченням оптимальних умов дроблення запліднених яйцеклітин; адекватної гормональної підготовки ендометрія до нідації яйцеклітини і вибору часу переносу ембріону;
- III етап – підтримка лютеїнової фази менструального циклу з ранніх термінів вагітності;
- повторні гістероскопії слід здійснювати після лікування діагностованої патології матки та ендометрія;
- при атипичній гіперплазії – агоністи гонадотропінів;
- при аденоміозі – агоністи гонадотропінів та гестагени;
- при гіпоплазії ендометрію – гомеопатична терапія, вітаміни та біостимулятори;

- з метою контролю за ефективністю лікувально-профілактичних заходів, що проводяться, необхідно використовувати динамічне клініко-ехографічне, ендокринологічне і імуногістохімічне обстеження.

ВИСНОВКИ

Таким чином, аналіз математико-статистичних взаємозв'язків дозволив виявити наявність зв'язків між результатом допоміжних репродуктивних технологій і різними анамнестичними даними, рівнем рецепторів по статевих гормонів, а також концентраціями гормонів в периферичній крові. На нашу думку, отримані дані можуть сприяти обґрунтуванню критеріїв здатності імплантації ендометрія, і свідчать про необхідність досліджень динаміки гормонального статусу пацієнок, рівнів рецепторів в слизовій оболонці ендометрія до стероїдних гормонів. Очевидно, що облік цих чинників разом з даними анамнезу повинні здійснюватися при проведенні комплексу заходів по підготовці ендометрія в програмі допоміжних репродуктивних технологій.

Пути повышения эффективности вспомогательных репродуктивных технологий при сочетанной патологии матки

А.В. Колесник

Анализ математико-статистических взаимосвязей позволил выявить наличие связей между результатом вспомогательных репродуктивных технологий и различными анамнестическими данными, уровнем рецепторов к половым гормонам, а также их концентрациями в периферической крови. Полученные данные могут служить обоснованием критериев способности имплантации эндометрия и свидетельствуют о необходимости динамических исследований гормонального статуса пациенток, уровней рецепторов в эндометрии к половым гормонам. Очевидно, что сопоставление этих факторов с данными анамнеза должны осуществляться при проведении комплекса мероприятий по подготовке эндометрия в программе вспомогательных репродуктивных технологий.

Ключевые слова: женское бесплодие, вспомогательные репродуктивные технологии, патология полости матки.

Ways of increase of efficiency of auxiliary reproductive technologies at complex uterus pathologies

A.V. Kolesnik

The analysis of mathematical-statistical interrelations has allowed to reveal presence of communications between result auxiliary reproductive technologies and various anamnesis data, level of receptors to sexual hormones, and also their concentration in peripheral blood. On our opinion the obtained data can serve me as a substantiation of criteria of ability of implantation of endometrium and testify to necessity of dynamic researches of the hormonal status of patients, levels of receptors in endometrium to sexual hormones. It is obvious, that comparison of these factors to anamnesis data should be carried out at carrying out of a complex of actions for preparation endometrium in the program auxiliary reproductive technologies.

Key words: female barrenness, auxiliary reproductive technologies, a pathology of a cavity of a uterus.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вовк І.Б. Корекція гормональних порушень при поєднаних формах неплідності / І.Б. Вовк, А.Г. Корнацька // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – № 4. – С. 147–149.
2. Генитальный эндометриоз и бесплодие: IVF или хирургия? / Е.В. Коханевич, И.А. Судома, О.А. Берестовой [и др.] // Вісн. акушерів-гінекологів України. – 2007. – № 2. – С. 24–34.
3. Гістероскопічна оцінка стану матки у жінок з порушеною репродуктивною функцією / Л.І. Іванюта, С.О. Іванюта, Н.І. Беліс [та ін.] // Актуал. пробл. акушерства і гінекології, клініч. імунології та мед. генетики : зб. наук. праць. – К.; Луганськ, 2009. – Вип. 4. – С. 181–187.
4. Грищенко В.И. Иммуноморфологические нарушения имплантационного эндометрия в проблеме лечения эндокринного бесплодия у женщин / В.И. Грищенко, А.М. Феськов, И.А. Федькова // Междунар. мед. журнал. – 2007. – № 3. – С. 57–59.
5. Данкович Н.А. Проблема бесплодия и пути ее решения / Н.А. Данкович // Сімейна медицина. – 2005. – № 1. – С. 10–13.
6. Дубоссарская З.М. Эндокринное бесплодие у женщин: патофизиологические механизмы и подходы к лечению / З.М. Дубоссарская // Лікування та діагностика. – 2006. – № 1. – С. 39–45.

УДК 618.14-006.363.03-089.844-06:618.17

Репродуктивні наслідки різних варіантів операцій при безплідді у жінок з лейоміомою матки

О.О. Літвак

Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини
Державного управління справами, м. Київ

Аналіз найближчих та віддалених результатів реконструктивно-пластичних операцій при лейоміомі матки свідчить про доцільність та ефективність даного втручання. Значення цієї операції визначається можливістю створення сприятливих умов для виношування вагітності та реалізації репродуктивної функції у жінок з порушеною фертильністю.

Ключові слова: лейоміома матки, хірургічне лікування, репродуктивний прогноз.

Не дивлячись на те, що вивченню лейоміоми матки присвячено безліч наукових робіт, ця проблема дотепер залишається недостатньо вирішеною. Міома матки відноситься до доброякісної пухлини статевої системи жінки, що найчастіше зустрічається, а її частота в структурі гінекологічної захворюваності складає від 20% до 44%, причому в 13–27% спостерігається в репродуктивному віці [1–3].

Порушення репродуктивної функції у вигляді первинної і вторинної неплідності досить часто має місце у пацієнток з лейоміомою матки, досягаючи 60–70% [4–7]. Ця проблема набуває все більшу актуальність у зв'язку з омолодженням хворих на лейоміому, з одного боку, і пізнім плануванням вагітності (після 40 років) – з іншого, коли значно підвищується ризик виникнення цієї доброякісної пухлини жіночої статевої системи. Згідно з даними літератури [1–7], у жінок з неплідністю в 12–20% випадків лейоміома матки є єдиною причиною репродуктивних невдач. Проте, питання про роль лейоміоми матки у формуванні порушень репродуктивної функції залишається дискусійним [1–7].

У разі виключення всіх інших причин порушення репродуктивної функції постає питання про проведення органозберігаючих операцій, а саме міомектомії, але у кожному конкретному випадку перш за все доводиться вирішувати ряд питань про доцільність консервативно-пластичної або радикальної операції з урахуванням можливості відновлення функції ураженого органу, про операційний ризик при тому або іншому способі і про віддалені результати проведеного хірургічного лікування.

Не дивлячись на широке упровадження сучасних ендоскопічних технологій, значущість абдомінальних реконструктивно-пластичних операцій не втратила своєї актуальності, оскільки відсоток хворих молодого віку, охочих зберегти репродуктивну функцію і страждаючих неплідністю або невиношуванням вагітності при

лейоміомі матки великих і гігантських розмірів, атиповому розташуванні вузлів, не має тенденції до зниження. Виходячи з вищесказаного, слід зазначити, що абдомінальна міомектомія при поодиноких і множинних вузлах лейоміомі матки великих і гігантських розмірів залишається актуальною і дискусійною темою. У зв'язку з цим, очевидна необхідність вдосконалення хірургічної техніки реконструктивно-пластичних операцій на матці зовні і під час вагітності, а також періопераційного ведення хворих з даною патологією, що сприятиме зниженню відсотка рецидивів пухлини і збільшенню числа жінок, які реалізували в недалекому майбутньому свої репродуктивні плани після міомектомії.

Усе наведене вище є переконливою підставою для проведення нашого наукового дослідження.

Мета дослідження: зниження частоти порушень репродуктивної функції жінок з лейоміомою матки шляхом оптимізації тактики ведення, вдосконалення міомектомії під час і поза вагітності, визначення репродуктивного прогнозу при поєднанні лейоміомі матки з іншими чинниками ризику порушення репродуктивної функції.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під нашим спостереженням знаходилось 150 пацієнток репродуктивного віку від 19 до 45 років, яким було виконано консервативну міомектомію лапаротомічним доступом під час вагітності або поза вагітності, простежені найближчі та віддалені результати.

Усіх жінок було розподілено на дві клінічні групи. До першої (I) клінічної групи увійшло 50 пацієнток, які звернулись з клінікою загрози переривання вагітності при наявності лейоміомі матки.

Критеріями відбору для дослідження було: бажання жінки мати дітей; вузли лейоміомі, що перешкоджають невиношуванню вагітності чи представляють небезпеку для здоров'я пацієнтки: великі, гігантські, атипово розташовані вузли, швидке їх збільшення під час вагітності, ознаки деструкції вузла, підтверджені даними УЗД. Практично у всіх випадках були симптоми загрози переривання вагітності. Пацієнток з дрібними вузлами, що перешкоджають невиношуванню вагітності, в дослідження не включали. Відбір пацієнток проводили амбулаторно в науково-консультативному відділенні, призначали обстеження, необхідне для госпіталізації, в тому числі на інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). При відсутності показань для екстреної госпіталізації призначали терапію, спрямовану на збереження вагітності та лікування виявлених інфекційних процесів, а потім планово госпіталізували їх на 14–15 тиж вагітності для підготовки до операції. При наявності великих, гігантських вузлів, розташованих шійчно-перешійчно, й кров'янистих виділень із статевих шляхів, що свідчить про переривання вагітності, що розпочалось, госпіталізували екстрено до гінекологічного відділення.

З 50 пацієнток 40 госпіталізовано в плановому порядку в терміні вагітності 14–19 тижнів, 16 – екстрено в терміні вагітності 7–12 тиж.

Другу (II) клінічну групу склали 100 жінок з лейоміомою матки. Критеріями відбору було: великі й атипово розташовані вузли, неплідність або невиношування

вагітності, бажання відновити репродуктивну функцію. Відділені результати простежено від 1 до 5 років.

Клінічні й лабораторні методи дослідження включали загальне стандартне обстеження хворих з використанням клінічних, біохімічних, мікробіологічних, гемостазіологічних, функціональних та морфологічних методів, проводились дослідження, спрямовані на виявлення ІПСШ (ПЦР), а також інструментальні (ультразвукові, ендоскопічні) методи дослідження.

Статистичну обробку матеріалу проводили на персональному комп'ютері. В роботі використані стандартні методи статистичного аналізу. Достовірність відмінностей між групами щодо досліджуваних параметрів оцінювалась за допомогою непараметричних критеріїв статистики (Уїлкоксона-Манна-Уїтні) та t-критерія Ст'юдента.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що міомектомія під час і поза вагітності є доцільною операцією, яка суттєво поліпшує репродуктивний прогноз хворих лейоміомою матки, і при дотриманні умов для виконання операції та відпрацьованої хірургічної тактики не викликає небезпеки здоров'ю пацієнток.

Показаннями до планової міомектомії під час вагітності є: атипове розташування вузлів (шіїчне, перешійчне, інтралігаментарне), що призводить до порушення функції тазових органів; великі та гігантські розміри вузлів; некроз вузла, підтверджений УЗД; неможливість переривання вагітності; деформація порожнини матки великим інтерстиціальним вузлом; розташування вузла на плаценті.

Плануванню вагітності при лейоміомі матки повинна передувати міомектомія, оскільки в 68,8% випадків при вагітності відмічалось швидке зростання вузлів, а у кожної п'ятої пацієнтки виявляється прогестеронзалежна пухлина (співвідношення рівня експресії рецепторів до прогестерону та естрадіолу 6,0 і вище).

Міомектомія дозволяє поліпшити репродуктивний прогноз у 70% жінок з міомою матки у перші три роки після операції, але не запобігає прогресуванню захворювання надалі, про що свідчить багаторазове підвищення експресії колагену IV типу в стінках судин міометрія з утворенням міоматозних проліфератів.

Несприятливими критеріями репродуктивного прогнозу є поєднання міомі матки з зовнішньо-внутрішнім ендометріозом, запальні захворювання органів малого тазу, тривалість неплідності більше 5 років, вік понад 30 років. В даних випадках доцільно використання допоміжних репродуктивних технологій впродовж 1 року після міомектомії.

Виконання міомектомії на фоні медикаментозної аменореї або післяопераційна аменорея, викликана 3-4 ін'єкціями а-ГнРГ, дозволяє отримати вагітність у 68,7% пацієнток з репродуктивними проблемами.

Отримані нами результати дозволяють пропонувати тактику ведення жінок під час вагітності. Так, при міомі матки великих розмірів, що перешкоджає виношуванню вагітності, але не закриває вузлами доступ до порожнини матки, оптимальним є переривання вагітності у термін до 12 тижнів вагінальним доступом. Після цього ми проводили міомектомію поза вагітності, а потім – передгравідарну підготовку та планування вагітності. Обов'язковими умовами ми вважаємо згоду хворої на переривання вагітності або наявність клініки початку самовільного викидня,

підтвержене даними УЗД. У тих випадках, коли пацієнтки не дають згоди на переривання вагітності в ранні терміни гестації та доступ до порожнини матки неможливий, із-за гігантських розмірів шийчно-перешийчного вузла, при вираженій клініці початку переривання вагітності (яскраві кров'яністі виділення із статевих шляхів), в екстреному порядку показано чреворозтин, міомектомія та видалення плідного яйця вагінальним доступом під контролем хірурга з боку черевної порожнини. Коли на фоні вагітності діагностована міома великих та гігантських розмірів з ознаками деструкції вузлів або їх атипичною локалізацією, що перешкоджає зростанню та виношуванню плода, при відсутності явних клінічних ознак загрози переривання вагітності і при небажанні жінки перервати вагітність, показана консервативна міомектомія після передопераційної підготовки.

Крім того поза вагітності потрібна точна діагностика порушень у різних ланках репродуктивної системи, стан ендометрія, кількість, розміри, локалізація міоматозних вузлів, стан придатків, наявність та характер супутньої патології. Передопераційна підготовка, спрямована на санацію інфекційних вогнищ, застосування імуномодуляторів, а також пери- і післяопераційне призначення 3-4 ін'єкцій а-ГнРГ, що дозволяє зменшити ризик хірургічного втручання та післяопераційних ускладнень. Власно міомектомія з правильним вибором хірургічного доступу, атравматичної техніки, адекватного шовного матеріалу та антибіотикопрофілактики. Показаннями до міомектомії є: швидке зростання пухлини; атипичне розташування вузлів (шийчні, перешийчні, інтралігаментарні та підслизові); великі та гігантські розміри лейоміоми; маткові кровотечі, зумовлені лейоміомою; некроз вузла; неплодність при лейоміомі. Комплекс післяопераційної реабілітації, для сприяння кращій репарації тканини, а саме: застосування нестероїдних протизапальних препаратів, дезагрегантів, засобів, стимулюючих репарацію тканин, а також продовження імуномодуючої терапії. Після цього показано передгравідарну підготовку з плануванням вагітності після відновлення менструального циклу.

ВИСНОВКИ

Таким чином, аналіз найближчих та віддалених результатів реконструктивно-пластичних операцій при лейоміомі матки свідчить про доцільність та ефективність даного втручання. Значення цієї операції визначається можливістю створення сприятливих умов для виношування вагітності та реалізації репродуктивної функції у жінок з порушеною фертильністю.

Репродуктивные исходы различных вариантов операций при бесплодии у женщин с лейомиомой матки

Е.О. Литвак

Анализ ближайших и отдаленных результатов реконструктивно-пластических операций при лейомиоме матки свидетельствует о целесообразности и эффективности данного вмешательства. Значение этой операции определяется возможностью создания благоприятных условий для вынашивания беременности и реализации репродуктивной функции у женщин с нарушениями фертильности.

Ключевые слова: лейомиома матки, хирургическое лечение, репродуктивный прогноз.

Reproductive outcomes various variants operations at barrenness at women with leiomyoma of uterus

E. O. Litvak

The analysis of the nearest and remote results of reconstructive - plastic operations at a myoma of a uterus testifies to expediency and efficiency of the given intervention. Value of this operation is defined by an opportunity of creation of favorable conditions for pregnancy and realization of reproductive function at women with infringements fertility.

Key words: a leiomyoma of uterus, surgical treatment, the reproductive forecast.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Велла Р. Мускат, Арматис А., Спитери М. Безопасность одновременного проведения миомэктомии и кесарева сечения // Материалы конгресса Европейской ассоциации акушеров-гинекологов. – Копенгаген, 2012. – С. 34.
2. Коханевич Е.В., Тимошенко Л.В. Миома матки // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України. – 1999. – № 5 – С. 82–90.
3. Логотова Л.С., Буянова С.Н., Левашова И.И. Акушерская тактика при ведении беременных с миомой матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2012. – № 3. – С. 50–53.
4. Матевосян Н.Р., Григорян Д.З. Некоторые показатели свёртывающей системы крови беременных-носительниц фибромиомы матки // Материалы международной конференции по актуальным проблемам хирургии. – Ереван, 2014. – С. 405–406.
5. Савицкий Г.А. Особенности течения беременности у больных миомой матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2014. – № 3. – С. 84–86.
6. Сидорова И.С., Макаров И.О., Шешунова Н.А. Характер нарушений состояния плода у беременных с миомой матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2013. – № 4. – С. 16–20.
7. Katz V.L., Dotter D.I., Droegemueller W. Complications of uterine leiomyomas in pregnancy // Obstet. Gynecol. – 2013. – Vol. 73, N 4. – P. 593–596.

Прогнозування перинатальної патології після допоміжних репродуктивних технологій

Д.М. Масло

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

Результати проведених досліджень свідчать, що найбільш діагностично значимими у формуванні первинної плацентарної недостатності є показники резервного запасу яєчників АМГ, інгібіна-В і підвищені значення маркера плацентарної дисфункції TGF- β 1. Провідним патогенетичним механізмом розвитку плацентарної дисфункції після допоміжних репродуктивних технологій з'явилося виявлення 3 профілів активності ендометрія: високоекспресивного, середньоекспресивного і низькокоекспресивного. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму прогностичних і діагностичних заходів після допоміжних репродуктивних технологій.

Ключові слова: допоміжні репродуктивні технології, плацентарна дисфункція.

Частота безплідних браків 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 призводять 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 частоту невиношування, багатоводдя, ризик формування вад розвитку плода, підвищений інфекційний індекс [1, 2] і, що украй важливе, формування плацентарної дисфункції, що впливає на перинатальне благополуччя, а переходячи в гостру клінічну форму загрожуючи життю матері і дитині [3, 6].

Не дивлячись на значне число наукових публікацій, присвячених проблемі вагітності і пологів після ДРТ не можна вважати всі питання повністю вирішеними.

Мета дослідження: прогнозування плацентарної дисфункції на прегравідарно-му етапі після допоміжних репродуктивних технологій.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

В 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 перенесених соматичних і гінекологічних захворювань.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проаналізувавши перебіг вагітності, пологів і стан ранньої адаптації новонароджених у жінок після ДРТ встановлено, що основна проблема несприятливих перинатальних результатів обумовлена формуванням плацентарної дисфункції. Для обґрунтування патогенезу даного ускладнення гестації ми провели додатковий етап дослідження, до якого увійшли 30 жінок з невдалими спробами ДРТ (основна підгрупа). Критерієм виключення для них з'явився чоловічий чинник безпліддя.

На етапі прегравідарної підготовки в цій підгрупі оцінювали вихідний рівень оваріального резерву, маркер плацентарної дисфункції – трансформуючий чинник зростання (TGF- β 1), причому паралельно був досліджений ендометрій і оцінена сила рецептивності і локальний імунітет. Для оцінки оваріального резерву ми використовували 2 показники: інгібін-В (ІВ) і антимюллерівський гормон (АМГ), які дають інформацію про якісний стан фолікулярного апарату в яєчниках. Концентрація ІВ вимірювалася на 3-й день циклу.

У даній підгрупі жінок рівень ІВ був значно понижений (від 10 до 35 пг/мл, при нормі 40–100 пг/мл). При оцінці рівня АМГ, як непрямого маркера оваріальної відповіді, оваріальної дисфункції і оваріального старіння, ми відмітили його зниження (від 2,3 до 1 нг/мл при нормі 2,1–7,3 нг/мл). За літературними джерелами про зниження функціонального резерву яєчників можна говорити при $AMG < 1,1$; а при $AMG < 0,8$ вірогідність настання вагітності украй низька [5].

Окрім визначення яєчничкового резерву нами була проведена оцінка рівня TGF- β 1 в сироватці крові досліджуваних жінок. Включення в нашу роботу даного показника було необхідне для доказу ролі TGF- β 1, як маркера плацентарної дисфункції і діагностичного критерію акушерських проблем після ДРТ. Референсне значення для TGF- β 1 склали 0–3,6 нг/мл. Діапазон набутих значень значно перевищує норму і варіює в межах 20–90 нг/мл. Настільки високий рівень може свідчити про розвиток плацентарної дисфункції, як в результаті репродуктивної обтяженої даних жінок, так і на тлі стимуляції яєчників.

Крім того, в досліджуваній підгрупі ми провели кореляційний аналіз між показниками ІВ, АМГ і TGF- β 1. Так, на тлі високих значень TGF- β 1 спостерігалася зниження ІВ і АМГ. Виявлені закономірності дозволяють передбачати роль маркерів оваріального резерву і трансформуючого чинника зростання у формуванні

анатомічно і функціонально неповноцінного хоріону і, як наслідок, розвитку плацентарної дисфункції, ведучою до порушення матково-плодової перфузії і явищ внутрішньоутробної гіпоксії плода. З'ясувавши роль ІВ, АМГ і TGF- α , як маркерів плацентарної дисфункції, залишилася необхідність визначення початкового стану ендометрія, його рецепторного апарату і локального імунітету. Відомо, що порушення в рецепторному апараті можуть призвести до недостатньої сприйнятливості ендометрія до екзогенної гормональної дії, проте, немає чітких даних про рівні експресії стероїдних рецепторів, необхідних для нормальної імплантації і розвитку хоріону. Для з'ясування цього, всім 30 жінкам з невеликими спробами допоміжних репродуктивних технологій проводилося гістологічне і імуногістохімічне дослідження біоптатів ендометрія, які отримували шляхом біопсії під контролем гістероскопії на 15–17-й день менструального циклу під внутрішньовенним знеболенням. Для інтерпретації результатів експресії прогестеронових і естрогенових рецепторів використовувалася 8-бальна система класифікації, узагальнювальна як кількісні характеристики, так і інтенсивність розподілу рецепторів в ендометрії. Експресія білка KI-67 оцінювалася по відсотку маркованих клітин. Нормальна кількість HLA-DR (клон TAL.1B5) в досліджуваній лабораторії складала до 10 в полі зору. Також визначалися деякі кластери диференціації антигенів.

В результаті проведених досліджень ми виявили цікаву особливість, жінки розділилися на 3 профілі активності по силі експресії прогестеронових і естрогенових рецепторів в ендометрії і локального імунітету - високоекспресивний, середньоекспресивний і низькокоекспресивний. Ми проаналізували особливості анамнезу пацієнток кожного профілю. До високоекспресивного профілю (I група) увійшли жінки, які мали схильність до гіперпластичного синдрому у вигляді доброякісних пухлин матки і яєчників, залізистої гіперплазії ендометрія з дисменореєю. За результатами імуногістохімії була відмічена висока експресія і прогестеронових і естрогенових рецепторів, як в стромі, так і в залозах +7, +8. Середньоекспресивний профіль (II група): молодші жінки з необтяженим соматичним анамнезом, з нормальним менструальним циклом. За результатами імуногістохімії експресія прогестеронових рецепторів в стромі складала 5+, 6+, в залозах 6+, 7+; естрогенових від 4+ до 6+ і в стромі і в залозах, тобто експресія прогестеронових рецепторів дещо вище, ніж естрогенових. Пацієнток низькокоекспресивного профілю (III група) характеризувала висока частота цивільних шлюбів, ранній початок статевого життя, часта зміна статевих партнерів, хворобливі, нерегулярні менструації, високий рівень запальних захворювань органів малого таза, хронічна внутрішньоматкова інфекція. Для них було характерне частіше первинне безпліддя тривалістю від 2 до 10 років. У даному профілі експресія рецепторів була найбільш низька (менше 4+), причому в двох випадках рецептори були відсутні зовсім.

Окрім експресії стероїдних рецепторів ми оцінювали локальний імунітет ендометрія, найбільш доступними для дослідження були кластери диференціації антигенів CD16, CD20, CD56, що відповідають за фагоцитоз, продукцію цитокінів, клітинну цитотоксичність; антигени тканинної сумісності (human leucocyte antigens – HLA) найбільш важливого II класу (сублокус DR) і маркер швидкої

проліферації Ki-67. При підвищенні даних показників ми можемо судити про активність запального процесу в ендометрії. Значні відхилення від референсних показників ми виявили в середньоекспресивному профілі, був відмічений високий рівень CD16 і CD 56 і HLA-DR.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що найбільш діагностично значимими у формуванні первинної плацентарної недостатності є показники резервного запасу яєчників АМГ, інгібіна-В і підвищені значення маркера плацентарної дисфункції TGF- α . Провідним патогенетичним механізмом розвитку плацентарної дисфункції після допоміжних репродуктивних технологій з'явилося виявлення 3 профілів активності ендометрія: високоекспресивного, середньоекспресивного і низькокоекспресивного. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму прогностичних і діагностичних заходів після допоміжних репродуктивних технологій.

Прогнозирование перинатальной патологии после вспомогательных репродуктивных технологий Д.Н. Масло

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что наиболее диагностически значимыми в формировании первичной плацентарной недостаточности являются показатели резервного запаса яичников АМГ, ингибина-В и повышенные значения маркера плацентарной дисфункции TGF- α . Ведущим патогенетическим механизмом развития плацентарной дисфункции после вспомогательных репродуктивных технологий явилось выявление 3 профилей активности эндометрия: высокоэкспрессивного, среднеэкспрессивного и низкоэкспрессивного. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма прогностических и диагностических мероприятий после вспомогательных репродуктивных технологий.

Ключевые слова: вспомогательные репродуктивные технологии, плацентарная дисфункция.

Forecasting of perinatal pathology after auxiliary reproductive technologies D.N. Maslo

Results of the spent researches testify that most diagnostical in formation of primary placental insufficiency indicators of reserve stock ovariums AMG, ingibina-in and the raised values of a marker of placental dysfunction TGF- α are significant. The leading pathogenetic mechanism of development of placental dysfunction after auxiliary reproductive technologies was revealing of 3 profiles of activity endometrium: highexpressive, middle-expressive and lowexpressive. The received results are necessary for considering by algorithm working out prognostic and diagnostic actions after auxiliary reproductive technologies.

Key words: auxiliary reproductive technologies, placental dysfunction.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бесплодный брак: Руководство для врачей / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: Гэотар-медиа, 2012. – 611 с.
2. Бурдули Г.Н. Репродуктивные потери / Г.Н. Бурдули, О.Г. Фролова/ – М.: «Триада-Х», 2007. – 188 с.
3. Вовк І.Б. Корекція гормональних порушень при поєднаних формах неплідності / І.Б. Вовк, А.Г. Корнацька // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2008. – № 4. – С. 147–149.
4. Гойда Н.Г. Стан репродуктивного здоров'я населення України на межі тисячоліть / Н.Г. Гойда // Журн. практ. лікаря. – 2011. – № 5. – С. 2–6.
5. Грищенко В.И. Лечение и реабилитация больных с трубно-перитонеальным бесплодием / В.И. Грищенко, Н.И. Козуб, А.И. Довгаль // Междунар. мед. журнал. – 2010. – № 2. – С. 34–37.
6. Данкович Н.А. Проблема бесплодия и пути ее решения / Н.А. Данкович // Семейна медицина. – 2012. – № 1. – С. 10–13.

УДК 618.177-089.888.11:618.73-007.6

Профілактика невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій у пацієнток із гіперпролактинемією в анамнезі

І.Є. Палига

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

Результати проведених досліджень свідчать про істотну роль функціональної гіперпролактинемії в порушенні репродуктивної функції жінок. При неефективності поетапної консервативної терапії і ендоскопічного лікування необхідно використовувати допоміжні репродуктивні технології з обов'язковою попередньою корекцією рівня пролактину. Отримані результати підтверджують ефективність розробленого алгоритму і можуть бути широко використані в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: допоміжні репродуктивні технології, гіперпролактинемія.

Частота безплідного браку за даними вітчизняних і зарубіжних дослідників складає від 10% до 20% [1–5]. У структурі жіночого безпліддя ендокринні чинники займають друге місце, причому, найбільш частою патологією є гіперпролактинемія, що досягає 40% [3]. Як свідчать дані сучасної літератури в 50–60% випадків причинами стійкого підвищення секреції пролактину і порушення репродуктивної функції є пролактинсекретуючі пухлини гіпофіза (мікро- і макропролактиноми), а так звана функціональна гіперпролактинемія виявляється у 30% пацієнток [1, 5].

У результаті комплексної поетапної терапії пацієнток з синдромом гіперпролактинемії частота відновлення репродуктивної функції складає від 20% до 40%, причому найбільш низька ефективність лікування безпліддя на тлі вживання різних агоністів дофаміну наголошується саме при функціональному генезі захворювання [1–5]. Мабуть, настільки низька ефективність похідних алкалоїдів ріжків у цих хворих пояснюється відсутністю до теперішнього часу уявлення про дійсні причини безпліддя при функціональній гіперпролактинемії. Особливо це стосується пацієнток з регулярним ритмом менструацій і трохи підвищеним рівнем пролактину, що не перевищує 1000 мМО/л, в яких настання вагітності при лікуванні бромкриптином наголошується лише в поодиноких випадках [3].

Останніми роками в Україні широко використовуються допоміжні репродуктивні технології (ДРТ), у тому числі і при жіночому безплідді ендокринного генезу, до якого відноситься і функціональна гіперпролактинемія [1–5].

У зв'язку з вищевикладеним, представляє значний інтерес вивчення особливостей проведення ДРТ у пацієнток цієї групи.

Мета дослідження підвищення ефективності відновлення репродуктивної функції у жінок з функціональною гіперпролактинемією на основі вивчення в них клініко-функціональних, ендокринологічних і ендоскопічних особливостей, а також розробки і упровадження комплексу лікувально-діагностичних заходів з використанням ДРТ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Комплексне клініко-гормональне, рентгенологічне, ультразвукове, ендоскопічне і морфологічне обстеження проведене у 125 пацієток (основна група) репродуктивного віку, що страждають безпліддям і функціональною гіперпролактинемією. Отримані результати дозволили провести диференціальний діагноз між органічним і функціональним генезом захворювання, а також вивчити функціональний стан різних ланок репродуктивної системи і ендокринно-залежних органів. Контрольну групу складала 50 фертильних жінок аналогічної вікової групи з незміненою менструально-репродуктивною функцією.

З урахуванням даних лапароскопічного обстеження і після мікрохірургічної корекції виявлених патологічних змін органів малого тазу починали поетапну диференційовану терапію:

- в разі лейоміоми матки після виконання консервативної міомектомії призначали КОК терміном на 6 міс., в подальшому проводили лікування спрямоване на нормалізацію менструального циклу і/або відновлення овуляції;

- в разі ендометріозу проводили передопераційне лікування агоністами ГнРГ депо-форми впродовж 2–3 міс, яке продовжували ще 2 цикли після оперативного втручання;

- в разі полікістозу яєчників хірургічному лікуванню підлягали кломіфен-резистентні форми полікістозу яєчників, проводилась каутерізація яєчників або ендокоегуляція (демедуляція) стромы яєчника, в післяопераційному періоді призначали парлодел та дексаметазон за визначеною схемою;

- при запальних процесах геніталій проводився курс протизапальної етіотропної терапії, в подальшому лапароскопія, сальпінгооваріолізис, під час оперативного втручання проводилась хромосальпінгоскопія розчином бриліантового зеленого, при сактосальпінгсах виконувалась тубектомія. В післяопераційному періоді проводилась активна профілактика злукоутворення, імуномодулююча та фізіотерапія.

Допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) у пацієток з гіперпролактинемією виконували у 77 пацієток в наступних випадках:

- у 33 пацієток з трубним фактором безплідності після видалення маткових труб;
- у 10 пацієток після хірургічного лікування зовнішнього ендометріозу;
- у 28 пацієток з кломіфенрезистентними формами СПКЯ;
- у 6 пацієток через поєднання з чоловічим фактором безплідності.

Лікування методом ДРТ включало:

- діагностику причини безпліддя і відбір подружніх пар;
- стимуляцію супероуляції;
- моніторинг росту і розвитку фолікулів (ультразвуковий і гормональний);
- трансвагінальна пункція фолікулів під контролем УЗД і отримання преовуляторних ооцитів;
- отримання сперми і підготовка її до інсемінації in vitro;

- інсемінацію ооцитів in vitro або проведення процедури ІКСІ;
- культивування статевих клітин і ембріонів, встановлення факту запліднення ооцитів і дроблення ембріонів;
- перенесення ембріонів в порожнину матки;
- підтримку посттрансферного періоду;
- діагностику вагітності.

При виконанні цього дослідження було проведено 762 цикли стимуляції супероуляції з використанням схем з агоністами ГнРГ. При цьому використали довгі і короткі протоколи з агоністами ГнРГ.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що у структурі порушень репродуктивної функції у пацієток з функціональною гіперпролактинемією переважає первинна неплідність (71,3%) в порівнянні з вторинною (28,7%), причому що частота різних форм не залежала від характеру менструальної функції, а в пацієток з вторинною неплідністю найчастіше зустрічалися мимовільні аборти в 1 триместрі вагітності (40,5%) в порівнянні з терміновими пологамі (23,8%) і артифіційними абортами (19,1%).

Середня тривалість лікування безпліддя у пацієток з функціональною гіперпролактинемією складає $3,2 \pm 0,3$ роки, при цьому, в 69,6% випадків проводилися повторні курси протизапальної терапії в поєднанні з гідротубаціями, бальнео- і грязелікуванням, а лікування парлоделом протягом 1–12 міс проводилося в 89,6% пацієток, проте вагітність не настала в жодній з них.

У пацієток з функціональною гіперпролактинемією і порушенням репродуктивної функції захворювання органів малого тазу мають місце в 97,6% випадків з переважанням зовнішнього генітального ендометріозу (40,8%); патологічних змін ендометрія (33,6%) в порівнянні із синдромом полікістозних яєчників (22,4%); хронічним сальпінгофоритом (21,6%); лейоміомою матки (9,6%) і кістами яєчників (3,2%).

При вивченні стану молочних залоз у пацієток з функціональною гіперпролактинемією встановлена висока частота гіперпластичних процесів в молочних залозах (64,8%) і галактореї (78,5%), які не залежали ні від характеру менструальної функції, ні від ступеня гіперпролактинемії.

Стан гіпоталамо-гіпофізарно-яєчничкової системи в пацієток з функціональною гіперпролактинемією і неплідністю залежить від характеру менструальної функції: при регулярному ритмі менструації гормональні порушення відсутні, а при олігоменорей має місце підвищення концентрації лютенізуєчого гормону при збереженому рівні фолікулостимулюєчого гормону, що наводить до підвищення індексу лютенізуєчий гормон / фолікулостимулюєчий гормон.

Сумарна частота порушень андрогенного статусу в пацієток з функціональною гіперпролактинемією і безпліддям складає 65,6% і залежить від рівня підвищення пролактину – при середньому рівні ($438,7 \pm 24,2$ мМО/л) вона складає 60,8%, при стійкому підвищенні (до $1396,7 \pm 88,2$ нмоль/мл) – 72,5% відповідно.

Використання запропонованого алгоритму у пацієток з функціональною гіперпролактинемією дозволяє відновити репродуктивну функцію в 47,2% випадків, причому в 22,4% без і в 16,8% – з використанням допоміжних репродуктивних технологій.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведення досліджень свідчать про істотну роль функціональної гіперпролактинемії в порушенні репродуктивної функції жінок. При неефективності поетапної консервативної терапії і ендоскопічного лікування необхідно використовувати допоміжні репродуктивні технології з обов'язковою попередньою корекцією рівня пролактину. Отримані результати підтверджують ефективність розробленого алгоритму і можуть бути широко використані в практичній охороні здоров'я.

Профилактика неудачных попыток вспомогательных репродуктивных технологий у пациенток с гиперпролактинемией в анамнезе И.Е. Палыга

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной роли функциональной гиперпролактинемии в нарушении репродуктивной функции женщины. При неэффективности поэтапной консервативной терапии и эндоскопического лечения необходимо использовать вспомогательные репродуктивные технологии с обязательной предварительной коррекцией уровня пролактина. Полученные результаты подтверждают эффективность разработанного алгоритма и могут быть широко использованы в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: вспомогательные репродуктивные технологии, гиперпролактинемия.

Preventive maintenance of unsuccessful attempts of auxiliary reproductive technologies at patients with hyperprolactinemia in the anamnesis I.E. Palyga

Results of the spent researches testify to an essential role functional hyperprolactinemia in infringement of reproductive function of women. At an inefficiency of stage-by-stage conservative therapy and endoscopic treatments it is necessary to use auxiliary reproductive technologies with obligatory preliminary correction of level prolactine. The received results confirm efficiency of the developed algorithm and can be widely used in practical public health services.

Key words: auxiliary reproductive technologies, hyperprolactinemia.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Анохин Л.В. Индивидуальное прогнозирование риска первичного и вторичного женского бесплодия / Л.В. Анохин, О.Е. Коновалов // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 3/7. – С. 40–43.
2. Аншина М.Б. Принципы гормональной диагностики в лечении бесплодия: показания, интерпретация результатов, ошибки: (клиническая лекция) / М.Б. Аншина // Пробл. репродукции. – 2007. – № 2. – С. 6–14.
3. Безрукова О.Н. Репродуктивные мотивации женщин // Социологические исследования. – 2008. – № 12. – С. 27–31.
4. Бесплодный брак: Руководство для врачей / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: Гэотар-медиа, 2005. – 611 с.
5. Вовк І.Б. Корекція гормональних порушень при поєднаних формах неплідності / І.Б. Вовк, А.Г. Корнацька // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2007. – № 4. – С. 147–149.

УДК 618.177-055.84/.86-058:614.2-058

Особенности тактики допоміжних репродуктивных технологий у жінок різного віку з генітальною патологією

Я.А. Рубан

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

Результати проведених досліджень свідчать про складність лікування безпліддя на тлі генітального ендометріозу у пацієнок старше 40 років. Ефективність лікування безпліддя в даного контингенту хворих залежить від стадії процесу і супутньої гінекологічної патології. Необхідно брати до уваги значне зниження оваріального резерву в даного контингенту пацієнок, в першу чергу, поважно розробити програми відновного лікування, направлені на збереження наявного фолікулярного резерву. Актуальний перегляд тактики вживання допоміжних репродуктивних технологій при ендометріозі. Отримані результати вказують на необхідність використання індивідуального підходу для вирішення цього складного завдання сучасної репродуктології.

Ключові слова: безпліддя, генітальний ендометріоз, вік старше 40 років.

Зміна соціального положення жінок в багатьох країнах світу, без сумніву, можна вважати одним із значних досягнень останніх років. Здобуття 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 [1–7]. Враховуючи фізіологічне зниження фертильності у жінок пізнього репродуктивного віку, актуальною є оцінка ефективності лікувальних заходів і розробка алгоритму лікування безпліддя в цього контингенту хворих, особливо за наявності генітального ендометріозу лейоміоми матки.

Мета дослідження: вивчити особливості лікування безпліддя на тлі генітального ендометріозу у пацієнок старше 40 років.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленого завдання дослідження були проведені в два етапи.

Так, нами були вивчені основні особливості лікування безпліддя у 80 пацієнок старше 40 років з генітальним ендометріозом.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Як було відзначено основну групу пацієнток з генітальним ендометріозом склали 80 жінок, в яких було виявлено поєднання процесу (ендометріодні кісти і аденоміоз I–II ступеня поширення). Слід зазначити, що жінки, що мають поєднання ендометріодного ушкодження матки і яєчників були більш старшого віку в порівнянні з іншими групами пацієнток з генітальним ендометріозом. Вік цих пацієнток коливався від 40 до 49 років, склавши, в середньому, $44,1 \pm 3,3$ року, тобто більшість пацієнток даної групи знаходилися за межами критичного 42-річного віку.

Пацієнток було розподілено на 2 підгрупи: до 1-ї увійшли жінки віком 40-41 року – 12 пацієнток, в 2-у – 42–49 років – 68 пацієнток.

Всім пацієнткам проводили оцінку оваріального резерву по наступних параметрах:

1) концентрації ФСГ, E2 в сироватці крові на 2–3-й день менструального циклу, визначуваною радіоімунним методом;

2) УЗД яєчників з оцінкою їх об'єму і числа антральних фолікулів на 2–3-й день менструального циклу (діаметром 2–5 мм), кількість зрілих фолікулів (діаметром 18–20 мм) в преовуляторний період (об'єм яєчників обчислювали за формулою: $V=0,5236 \times L \times W \times T$

де: L – подовжній, W – передньо-задній, T – поперечний розміри яєчника);

3) доплерометричному дослідженню стромальних судин яєчників в ранню фолікулярну фазу, аналізу кривих показників кровотоку: пульсаційного індексу (PI), індексу резистентності (RI), пікової швидкості систоли кровотоку (PS).

Показник	1 підгрупа (12 пацієнток)	2 підгрупа (68 пацієнток)
Об'єм яєчників, см ³	7,9±2,1	3,4±2,5*
Число антральних фолікулів	7,0±2,6	1,7±1,5*
ФСГ на 2-3 -й день менструального циклу, МО/л	7,9±2,5	11,8±3,2*
Показники кривих швидкостей кровотоку в стромальних артеріях яєчника на 2-3-й день		
PI	1,006±0,2	1,305±0,506*
RI	0,6±0,09	0,9±0,13*
PS	0,09±0,03	0,076±0,035*

Примітка: * – різниця показників в 1-й і 2-й групах достовірна ($p < 0,05$).

Показники оваріального резерву в 1-й підгрупі пацієнток були розцінені як нормальні, що склало 15%, 48 жінок з 2-ї підгрупи мали украй низький оваріальний резерв (60,0%), 20 жінок мали знижений оваріальний резерв (25%).

Отже, більшість жінок (68 пацієнток) основної групи виявилися старшими за 42 роки і мали знижений і украй низький оваріальний резерв. Спираючись на результати попередніх досліджень [3], цих пацієнток було розцінено як безперспективні для досягнення вагітності з використанням власних ооцитів. Їм було запропоновано хірургічне і консервативне лікування з подальшим проведенням програми ЕКЗ з використанням ооцитів донора.

Пацієнтки з нормальним оваріальним резервом (12 пацієнток), було розподілено на 3 підгрупи залежно від стадії поширення зовнішнього ендометріозу: 1-а підгрупа – пацієнтки з ендометріодною кістою одного яєчника, розміром не більше 5–6 см, наявністю дрібних ендометріодних включень на очеревині малого тазу, незначним спайковим процесом в області придатків матки без залучення кишечника (стадія II), 2-а підгрупа – пацієнтки з ендометріодними кістами обох яєчників (більше 5–6 см одного яєчника і невелика ендометріома іншого), вираженим спайковим процесом в області придатків матки з частковим залученням кишечника (стадія III), 3-я підгрупа – пацієнтки з поєднаними формами ендометріозу яєчників – стадія IV (двосторонні ендометріодні кісти яєчників великих розмірів – більше 6 см з переходом патологічного процесу на сусідні органи, поширеним спайковим процесом). У 1-й підгрупі обстежували – 3 пацієнтки, в 2-й – 5, в 3-й – 4 пацієнтки.

У 1-й підгрупі на першому етапі ми проводили лапароскопічне видалення ендометріодної кісти. Далі проводили стимуляцію функції яєчників по, так званій, «чистій схемі» – стимуляцію суперовуляції починали з 2–3-го дня менструального циклу за допомогою одного з препаратів ЧМГ (в основному, меногона фірми «Феррінг», Німеччина), щоденна доза яких складала 1–3 ампули індивідуально. Тривалість стимуляції суперовуляції, кратність і дозу препарату, що вводиться, визначали індивідуально на підставі даних гормонального і ультразвукового моніторингу до дня введення «овуляторної» дози Прегніл 10 000 МО. Кількість ідентифікованих зрілих ооцитів склало $5,3 \pm 0,2$. Якість ооцитів оцінювали в процентному співвідношенні числа тих, що запліднилися до ідентифікованих зрілих ооцитів як відсоток заплідненості. Перед перенесенням в порожнину матки проводили оцінку якості ембріонів на підставі кількості бластомерів, їх відповідності дню культивування *in vitro* і наявності або відсутності ознак фрагментації цитоплазми. Кількість ембріонів, що дробилися, варіювала до $3,6 \pm 0,3$. Середня кількість перенесених ембріонів і ембріонів з відповідною дню культивування інтенсивністю дроблення («хорошої якості») склало $1,7 \pm 0,2$. Проте вагітність не настала ні в одному випадку.

У 2-й підгрупі – пацієнткам проводилася стимуляція функції яєчників в програмі ЕКЗ за довгою схемою стимуляції суперовуляції: для попереднього гальмування репродуктивної системи використовували препарат Декапентіл фірми «Ferring» (Німеччина) – щоденну форму введення по 0,1 мг для підшкірних ін'єкцій з середини лютеїнової фази попереднього менструального циклу (18–24-й дні залежно від тривалості менструального циклу) до дня введення «овуляторної» дози ХГ. Стимуляцію фолікулогенезу меногоном по 2–5 ампул щодня внутрішньом'язово починали зазвичай не раніше чим через 10 днів від моменту першого введення препарату а-Гн-РГ, при зниженні рівня плазмового E2 до 20–30% від вихідного рівня. Кількість ідентифікованих зрілих ооцитів склало $7,3 \pm 0,4$. Кількість ембріонів, що дробилися, варіювала до $4,6 \pm 0,3$. У подальшому проводили криоконсервацію отриманих ембріонів на стадії бластоцисти. Далі проводили лапароскопічне видалення ендометріодних кіст, терапія агоністами ГнРг в перебігу 3–4 міс і перенесення розморожених ембріонів на тлі замісної гормональної терапії. Середня кількість перенесених ембріонів склало $2,7 \pm 0,3$. Частота настання вагітності склала 14,0%.

У 3-й підгрупі пацієнткам також проводили лапароскопічне видалення ендометріодних кіст, програму ЕКЗ проводили за ультрадовгою схемою: призначали 3 ін'єкції депо-декапентила по 3,75 мг через 28 днів з подальшим введенням підшкірно

щоденного декапептила по 0,1 мг. Стимуляцію суперовуляції препаратами ЧМГ по 2–5 ампул індивідуально починали через 14 днів від початку введення щоденної форми декапептила по 0,1 міліграм, останню ін'єкцію якого виконували в день введення «овуляторної» дози ХГ. Кількість ідентифікованих зрілих ооцитів склало $2,5 \pm 0,2$. Кількість ембріонів, що дробилися, $1,2 \pm 0,1$. Вагітність не настала ні в жодному випадку.

Отже, за наявності поєданого uszkodження ендометріїдним процесом яєчників і матки у переважній більшості пацієнток реєструвався знижений і у край низький оваріальний резерв, що зумовило необхідність для досягнення вагітності використовувати ооцити донора після попередньої оперативної і консервативної терапії. Не дивлячись на збереження фолікуло- і оогенезу, у пацієнток із зовнішнім генітальним ендометріозом відмічено зниження активності цих процесів, при цьому із зростанням ступеня тяжкості зовнішнього генітального ендометріозу, негативний вплив захворювання посилюється. Показники заплідненості ооцитів, дроблення розвинутих в результаті запліднення ембріонів у жінок з генітальним ендометріозом значно знижені, вагітність була досягнута лише в 14% випадків. Все це робить необхідним, для досягнення вагітності у жінок даної категорії, більшість з яких знаходяться у віці старше 42 років, обговорення питання про використання ооцитів донора після проведення хірургічного і консервативного лікування в необхідному об'ємі.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про складність лікування безпліддя на тлі генітального ендометріозу у пацієнток старше 40 років. Ефективність лікування безпліддя в даного контингенту хворих залежить від стадії процесу і супутньої гінекологічної патології. Необхідно брати до уваги значне зниження оваріального резерву в даного контингенту пацієнток, в першу чергу поважно розробити програми відновного лікування, направлені на збереження наявного фолікулярного резерву. Актуальний перегляд тактики вживання допоміжних репродуктивних технологій при ендометріозі. Отримані результати вказують на необхідність використання індивідуального підходу для вирішення цього складного завдання сучасної репродуктології.

Особенности тактики вспомогательных репродуктивных технологий у женщин разного возраста с генитальной патологией Я.А. Рубан

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о сложности лечения бесплодия на фоне генитального эндометриоза у пациенток старше 40 лет. Эффективность лечения бесплодия у данного контингента больных зависит от стадии процесса и сопутствующей гинекологической патологии. Необходимо принимать во внимание значительное снижение оваріального резерва у данного контингента пациенток, в первую очередь важно разработать программы восстановительного лечения, направленные на сохранение имеющегося фолликулярного резерва. Актуален пересмотр тактики применения вспомогательных репродуктивных технологий при эндометриозе. Полученные результаты указывают на необходимость использования индивидуального подхода для решения этой сложной задачи современной репродуктології.

Ключевые слова: бесплодие, генитальный эндометриоз, возраст старше 40 лет.

Features of tactics of auxiliary reproductive technologies at women of different age with genital pathology J.A. Ruban

Results of the spent researches testifies to complexity of treatment of barrenness against genital endometriosis at patients is more senior 40 years. Efficiency of treatment of barrenness at the given contingent of patients depends on a stage of process and an accompanying gynecologic pathology. It is necessary to take into consideration considerable decrease ovarian reserve at the given contingent of patients, first of all important to develop the programs of regenerative treatment directed on preservation of the available follicular reserve. Revision of tactics of application of auxiliary reproductive technologies is actual at an endometriosis. Received results specify in necessity of use of an individual approach for the decision of this challenge modern reproductology.

Key words: barrenness, genital endometriosis, is more senior 40 years.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамьян Л.В. Фолликулогенез при некоторых формах эндометриоза. / Адамьян Л.В., Курило Л.Ф., Арсланян К.Н., Шуляк И.Ю. // Проблемы репродукции, 2009. – № 1. – С. 78–85.
2. Колчин А. Психологические аспекты репродукции человека / Колчин А. // Проблемы репродукции. – 2005. – № 1. – С. 33–39.
3. Кузьмичев Л.Н. Эндометриоз: этиология и патогенез, проблема бесплодия и современные пути ее решения в программе экстракорпорального оплодотворения. / Кузьмичев Л.Н., Леонов Б.В., Смольникова В.Ю. // Акуш и гин. 2001. №2. С. 8-10.
4. Кулаков В.И. Структура женского бесплодия и прогноз восстановления репродуктивной функции при использовании современных эндоскопических методов. / Кулаков В.И., Маргиани Ф.А., Назаренко Т.А. и др. // Акуш. и гин. – 2011. – № 3. – С. 9–33.
5. Сидорова И.С. Новые аспекты в патогенезе эндометриоза тела матки. Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. / Сидорова И.С., Коган Е.А., Унанян А.Л., Борисова Е.А. – М.? 2014. – С. 116–118.
6. Сметник В.П. Неоперативная гинекология / В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович. – Санкт-Петербург: СОТИС, 2005. – 134 с.
7. Шарапова О.В. Современные проблемы охраны репродуктивного здоровья женщин: пути решения / О.В. Шарапова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2013; 2, 1: 7–10.

УДК 618.177-089.888.11-06:618.177:575

Основні причини невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій у жінок з імуногенетичними факторами безпліддя

С.В. Шиянова

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

Отримані результати показали значення алогенності подружніх пар за системою HLA II класу у формуванні імунологічного безпліддя як самостійної нозологічної форми і як чинника, який може супроводжувати інші форми безпліддя, що прогнозує неефективність його лікування. Все це робить необхідним дослідження комплексу гістосумісності подружньої пари при безплідді неясного генезу, а особливо при невдачі ДРТ.

Ключові слова: допоміжні репродуктивні технології, невдалі спроби.

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).

Методи допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) є найбільш ефективними в подоланні різних форм чоловічого і жіночого безпліддя. Вони розвиваються і удосконалюються, з їх допомогою в світі народилися більше 2 млн дітей. Проте, не дивлячись на всі досягнення, частота розвитку вагітності все ще залишається порівняно низькою і складає 25–30% на цикл лікування, причому за останніх 10 років цей показник значно не змінився [1–12].

Вочевидь, це пов'язано з великим числом всіляких чинників, що впливають на репродуктивний процес. Ряд авторів, розділяючи думку про вплив чоловічого і жіночого чинників на зачаття і розвиток ембріона, звертає увагу, що поєднання цих складових може коливатися від 40% до 80% [1–12].

Пошук прогностичних критеріїв ефективності ДРТ представляє широке поле для науково-практичних досліджень, що підтверджують матеріали 27-ї щорічної конференції Європейського суспільства репродукції і ембріології людини (Стокгольм, 2011).

Останніми роками особливу увагу приділяли вивченню впливу системи HLA в безплідних подружніх пар з позиції підвищення результативності методів ДРТ [4–6]: достовірно доведено, що сенсифікація вагітних до батьківських HLA-антигенів плода, схожість подружжя по HLA, присутність в HLA-фенотипі батьків певних антигенів призводить до спонтанних викиднів, важких форм прееклампсії, вроджених вад розвитку плода, зниження опірності потомства до несприятливих чинників довкілля, що і з'явилося причиною вивчення HLA-системи в нашій роботі, для уточнення впливу ролі HLA-системи II класу у формуванні безпліддя і невдачі ДРТ.

Усе наведене вище свідчать про необхідність підвищення ефективності ДРТ.

Мета дослідження: підвищення ефективності ДРТ на основі проведення клінічного аналізу їх неефективних спроб при імуногенетичних чинниках безпліддя.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети дослідження була виділена основна група з імуногенетичними чинниками безпліддя (100 подружніх пар з невдалими спробами ДРТ і з виявленою алогенністю по HLA-системі).

Групу порівняння склали 50 жінок без порушень фертильності. У цих жінок була підтверджена нормальна структура ендометрія.

До початку циклу ДРТ проводилося ретельне обстеження партнерів: збір соматичного, акушерсько-гінекологічного і андрологічного анамнезу, ультразвукове дослідження, клініко-лабораторні, біохімічні і гормональні дослідження.

Всі дослідження виконувалися відповідно до декларації Хельсінкі Усесвітньої асоціації «Етичні принципи наукових і медичних досліджень за участю людини» (2010).

Цитогенетичне дослідження проводили всім подружнім парам по методиці 72-годинного культивування ФГА-стимульованих лімфоцитів периферичної крові з подальшим диференціальним фарбуванням (G-фарбування), при використанні світлового мікроскопа з кратним збільшенням об'єктиву 100x і окуляра 15x. У кожного пацієнта було проаналізовано не менше 13 метафаз.

Лікувальні заходи проводилися відповідно до нормативних документів, затверджених Міністерством охорони здоров'я України.

Усі обстежені особи давали інформовану згоду на участі в дослідженні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

З жінок основної групи були виділені підгрупи по переважному чиннику безпліддя. Нами представлені характерні ознаки пацієнток виділених підгруп.

Для першої підгрупи (сингенні по HLA-системі) було характерне: у анамнезі гіперпролактинемія в 56,3%; хронічний сальпінгофорит в 39,5%; хронічний пієлонефрит в 31,3%; в 25,2% зовнішній ендометріоз і матковий чинник; в 20,4% вагітностей, що не розвиваються; ектопія шийки матки в 18,8% і аденоміоз в 14,6%.

Для другої підгрупи (частково алогенні по HLA-системі) було характерне: вагітності, що не розвиваються, в 20,5%; відсутність гінекологічних захворювань запального генезу в 20,2% і сальпінгофорит в 11,5%.

Для третьої підгрупи (алогенні по HLA-системі) було характерне: наявність в анамнезі гінекологічних захворювань в 62,2%, сальпінгофорит в 24,4%; але найменша кількість вагітностей, що не розвиваються (10,2%).

У структурі причин безпліддя у обстежених жінок при вторинному безплідді переважають трубно-перитонеальний і матковий чинники, тоді як при первинному – ендокринний і імунологічний чинники.

Проте окрім системних, загальних причин невдач ДРТ, ми виявили і специфічні по характеру і еквівалентні по результату, але різні по вираженості структурно-функціональні зміни ендометрія, що знижують його потенціал імплантації і що перешкоджають успішному розвитку вагітності, такі як порушення мікробіоценозу цервікального каналу і порожнини матки, розлади субендометріального кровотоку, склеротичні зміни в ендометрії, імунологічні порушення, включаючи дисбаланс цитокінів у фолікулярній рідині.

Проведений аналіз продемонстрував, що у пацієнток основної групи виявлений провідний чинник безпліддя, швидше за все, був вторинним, таким, що сформувався унаслідок лікування вже існуючого безпліддя. На первинне значення алогенності по HLA-антигенам в генезі репродуктивних порушень в цих подружніх пар вказує факт наявності вагітностей і народження дітей в попередніх шлюбках, а також велике число вагітностей, що не розвиваються, в справжньому шлюбі.

Безперечним підтвердженням значення алогенності системи HLA в генезі репродуктивних порушень і невдач ДРТ з'явився той факт, що в 63,9% пар з безпліддям неясного генезу визначена сингенність по HLA-антигенам II класу. Ймовірно, сумісність подружжя по HLA-антигенам II класу може бути самостійною причиною безпліддя, або ж вона посилює наявні порушення, обумовлюючи невдачі лікування.

Нами виявлена чітка залежність порушень репродуктивної функції від сингенності подружніх пар по HLA-антигенам II класу.

У 48,2% жінок, частково алогенних з чоловіком по HLA-антигенам II класу, наголошувалися ендокринні захворювання. Всі види порушень менструального циклу переважали у жінок з первинним безпліддям (20,4%) і частково алогенних з чоловіком по HLA-антигенам II класу. Жінки з цих підгруп мали знижений індекс здоров'я і у них захворювання, що передаються статевим шляхом, наголошувалися в анамнезі в два рази частіше, ніж у жінок, алогенних з чоловіком по HLA-антигенам II класу.

При аналізі частоти настання вагітностей в подружніх пар основної групи нами було виявлено, що вагітність у жінок з вторинним безпліддям частіше наставала в подружніх пар, алогенних по HLA-антигенам II класу (70,1%), чим в подружніх пар, сингенних по HLA-антигенам II класу (46,5%). Важливою обставиною є те, що в подружніх пар, сингенних по HLA-антигенам II класу, відмічено більше число мимовільних викиднів (12,1%), вагітностей (42,9%), що не розвиваються, і абортів (20,4%). У підгрупі подружніх пар, алогенних по HLA-антигенам II класу, достовірно менше ($p > 0,05$), ніж в сингенних подружніх пар, мимовільних викиднів (10,9%), вагітностей (5,7%), що не розвиваються, і абортів (24,8%).

ВИСНОВКИ

Отримані результати показали значення алогенності подружніх пар за системою HLA II класу у формуванні імунологічного безпліддя як самостійної нозологічної форми і як чинника, який може супроводжувати інші форми безпліддя, що прогнозує неефективність його лікування. Все це робить необхідним дослідження комплексу гістосумісності подружньої пари при безплідді неясного генезу, а особливо при невдачах ДРТ.

Основные причины неудачных попыток вспомогательных репродуктивных технологий у женщин с иммуногенетическими факторами бесплодия С.В. Шиянова

Полученные результаты показали значение аллогенности супружеских пар по системе HLA II класса в формировании иммунологического бесплодия как самостоятельной нозологической формы и как фактора, который может сопровождать другие формы бесплодия, что прогнозирует неэффективность его излечения. Все это делает необходимым исследование комплекса гистосовместимости супружеской пары при бесплодии неясного генеза, а особенно при неудачах ДРТ.

Ключевые слова: вспомогательные репродуктивные технологии, неудачные попытки.

Principal causes of unsuccessful attempts of auxiliary reproductive technologies at immunogenetical barrenness factors S.V. Shjanova

The received results have shown value allogene married couples on system HLA of II class in formation immunological barrennesses as independent forms and as factor which can accompany other forms of barrenness that predicts an inefficiency of its treatment. All it does necessary complex research histocompatibility a married couple at barrenness not clear genesis, and especially at failures ART.

Key words: auxiliary reproductive technologies, unsuccessful attempts.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аншина М.Б. ВРТ: прошлое, настоящее, будущее / М.Б. Аншина // Проблемы репродукции. – 2012. – № 3. – С. 6–15.
2. Артифков С.Б. Анализ структуры мужской инфертильности / С.Б. Артифков, А.А. Артифкова, А.А. Одинцов // Актуальные вопросы урологии и андрологии. – Н. Новгород, 2013. – С. 71–78.
3. Баскаков В.П. Состояние репродуктивной системы женщины при эндометриозе / В.П. Баскаков // Проблемы репродукции. – 2010. – № 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. – 2013. – № 1. – 27–33.
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. – 2013. – № 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., 2012. – 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. Гюодайс Л.С. Имплантирующаяся оплодотворенная яйцеклетка и материнский организм / Л.С. Гюодайс // 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, 2012. – 416 с.
12. Горюнов В.Г., Жиборев Б.Н., Евдокимов В.В. Причины и признаки мужского бесплодия / В.Г. Горюнов, Б.Н. Жиборев, В.В. Евдокимов. – Рязань, 2013. – 325 с.

УДК 615.28:616.24-002.5

Мультидисциплінарний підхід на кафедрі сімейної медицини: пріоритети та перспективи

С.Ю. Вдовиченко

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

У результаті дослідження зроблено певні висновки. Лікарі ЗП–СМ схильні адекватно оцінювати свій рівень підготовки і потреби у оволодінні необхідним теоретичним матеріалом та практичними навичками. Мультидисциплінарний підхід на кафедрах підготовки сімейних лікарів слід вважати прогресивною формою освіти на сучасному етапі. Оптимізація розвитку сімейної медицини окрім мультидисциплінарного підходу має включати більш широкую пропаганду філософії сімейної медицини як серед медичних працівників, так і населення, а також потребує удосконалення правової та матеріально-технічної бази. Необхідно активізувати роботу з керівними працівниками медичних закладів щодо підтримки розвитку сімейної медицини «на місцях».

Ключові слова: мультидисциплінарний підхід, первинна ланка медичної допомоги, сімейна медицина, сімейний лікар, ЗП–СМ.

Медична галузь у нашій країні чітко тримає курс на реорганізацію, що першочергово проявилось в розвитку первинної ланки медичної допомоги – сімейної медицини (СМ). Незважаючи на те, що навколо питання доцільності впровадження СМ точаться дискусії, процес є невинним і вже дає свої позитивні результати [1].

Сучасна медицина останнім часом характеризується розширенням кола «вузьких» спеціальностей, що, безумовно, мало й свої пріоритети: більш поглиблене вивчення тієї та/або іншої проблеми, зосередження спеціальних засобів обстежень у відповідних закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) тощо. При всіх позитивах вузькоспеціалізованої медицини виникли ризики втратити цілісний підхід до хворої людини, системно оцінювати патогенетичні взаємозв'язки між змінами в різних органах та системах, комплексно розглядати психофізичний стан пацієнта та його взаємодії з найближчим оточенням – сім'єю тощо. Крім того, позитиви від вузькопрофільованої медичної допомоги часто нівелювалися невинним перевантаженням спеціалістів пацієнтами з тим рівнем вузької патології, коли для верифікації діагнозу достатніми було тільки клінічні обстеження або використання мінімуму доступних додаткових досліджень. Перевантаження спеціалістів на амбулаторних прийомах за браком часу не дозволяли приділити достатньої уваги дійсно складним у діагностичному плані специфічним патологіям, що потребують вторинної спеціалізованої допомоги.

Спостерігалось також те, що, працюючи дільничними терапевтами, лікарі проявляли об'єктивну потребу у оволодінні додатковими навичками виявлення ускладнень терапевтичних захворювань, наприклад, нерідко зустрічались явища, коли терапевт, відчуваючи гостру потребу негайно оцінити стан нервової системи у хворого з артеріальною гіпертензією, пропонував хворому виконати хоча б пальце-носову пробу в позі Ромберга, оцінити стан слухового проходу тощо.

Натомість, дільничний терапевт нерідко виконував роль диспетчера, узгоджуючи призначення вузьких спеціалістів з власними приписами, намагаючись запобігти невинній поліпрагмазії, що не завжди задовольняло обидві сторони – пацієнт не завжди розумів, навіщо він одночасно має вживати від 3 до 6 пігулок, або ж, навпаки, з яких причин терапевт скоротив призначення інших спеціалістів?! Тобто, страждали обидві сторони... У зв'язку з цим, цілісний підхід до хворого, закладений в компетенції сімейного лікаря, викликає обгрунтований оптимізм.

Дійсно, завдання, що ставляться перед сімейним лікарем, є досить нелегкими, адже необхідність надавати медичну допомогу людям різного віку, проводити тривале безперервне спостереження за населенням дільниці, профілактичну роботу, брати участь у лікуванні та реабілітації з приводу різних захворювань вимагає удосконалення специфічної підготовки лікаря.

Існує декілька видів післядипломної підготовки та перепідготовки лікаря «загальної практики–сімейної медицини». Перший, більш поширений, полягає в тому, що основну підготовку лікар отримував на перепрофільованих терапевтичних кафедрах, а педіатрії і «вузьким» спеціальностям, відповідно, навчався на вузькопрофільованих кафедрах. Викладачі кафедр, які стали називатись кафедрами сімейної медицини, як правило, в переважній більшості були терапевтами, намагались зрозуміти і донести до лікарів-інтернів і курсантів «філософію» сімейної медицини як спеціальності, якої незадовго або паралельно самі оволодівали на тренінгах та конференціях з міжнародною участю.

Цікавим є міжнародний досвід. В Європі протягом останніх років більша частина навчання проводиться викладачами первинної медико-санітарної допомоги (ПМ–СД), які є сімейними лікарями, за принципом «один слухач – один викладач» [2, 3]. В Україні це потребує збільшення кількості викладачів з рядів практикуючих лікарів загальної практики–сімейних лікарів (ЗП–СЛ), які поки що не мають спеціальних знань, навичок викладання та педагогічного досвіду. Базові принципи, необхідні для цього типу навчання, відрізняються від методів викладання лікарів інших спеціальностей. До прикладу, навчання в групах, проведення лекцій або навчання на базі стаціонарів є більш зручним для викладача порівняно з процесом індивідуального спілкування в ході медичного консультування в амбулаторних умовах. Навчання один викладач – один курсант/інтерн в умовах реальної ЗП–СМ потребує застосування реальних методик навчання і техніки оцінки, які засновані на залученні пацієнта за його погодження; це збільшує відповідальність і викладача, і того, хто навчається. Основне, чому потрібно навчити лікаря СМ – інтерна/курсанта – навичкам консультування, яке називається унікальним.

Деякі курси зі спеціальним навчанням були розроблені викладачами Європейської академії викладачів сімейної медицини (EURACT) і проведеними ними в деяких країнах [3].

Досить великий об'єм теоретичних знань і значний перелік практичних навичок, якими повинен оволодіти майбутній сімейний лікар в процесі навчання, потребує від слухача високий рівень внутрішньої мотивації, працездатності, щоденної сімейної роботи для того, щоб відчувати себе впевненим на робочому місці. Враховуючи постійно зростаючий об'єм нової медичної інформації, появу нових методів і засобів діагностики і лікування, сімейний лікар потребує безперервного навчання, шляхом самостійної роботи з літературою, участі в циклах тематичного удосконалення, додаткових тренінгах та інших видах навчання [1–3].

Процес підготовки сімейних лікарів постійно удосконалюється, особливо гостро це питання постає в країнах, де цей напрямок є відносно новим.

Не секрет, що цей процес потребує потужної кадрової та матеріальної баз, який в нашій країні заслуговує поки що кращих побажань. Звісно, що така розкіш, як «один викладач – один слухач», з відомих об'єктивних причин на даному етапі є ще недосяжною, натомість, просування в прогресивному напрямку є надзвичайно актуальним і має бути невпинним.

Незважаючи на розробку, удосконалення і впровадження в систему навчання нових учбових програм, процес підготовки сімейних лікарів досі залишається складним і за переважно існуючим принципом потребує злагодженої роботи багатьох кафедр, причетних до його підготовки, оскільки викладачів за базовою науковою спеціальністю «загальна практика–сімейна медицина» в Україні одиниці. Тому, поява методології підготовки на кафедрах з мультидисциплінарним принципом на сучасному етапі розвитку економіки і медицини теоретично є прогресивною, що, безумовно, повинно мати й практичне підтвердження. Мультидисциплінарний принцип полягає в навчанні лікарів теоретичним та практичним питанням з «вузьких» напрямків в межах кадрового та матеріально-технічного потенціалу однієї кафедри.

Мета дослідження: з'ясувати практичні потреби сімейних лікарів у оволодінні тими або іншими знаннями та практичними навичками та їхню думку щодо наявності переваг підготовки на одній мультидисциплінарній кафедрі або різних кафедрах системі одного вищого навчального закладу (ВНЗ).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Нами було обрано метод анкетування, який належить до категорії кількісних методик і є засобом отримання інформації шляхом самостійного заповнення респондентом бланку анкети. На відміну від структурованого (стандартизованого) інтерв'ю, анкетування носило анонімний характер, завдяки чому респондентам простіше було відповісти на низку важливих для нас і не завжди зручних для респондентів запитань [4, 5].

Респондентам були роздані для заповнення анкети з 15 питань. Анкета відповідала загальноприйнятій структурі.

Вступ – переконання респондента прийняти участь в опитуванні; містило мету дослідження, інструкцію щодо заповнення анкети і перспективи використання результатів анкетування.

Соціально-демографічний блок був розташований на початку анкети; вказувалася стать, вік, місце роботи, стаж роботи, коли закінчив або проходить курси

спеціалізації. Початок анкети – «розминка»: нескладні питання, які повинні були зацікавити респондента. Середина анкети – основні питання, що потребували розумових зусиль та використання різних шкіл. Кінець анкети – прості закриті питання, а також подяка респонденту за участь в дослідженні.

Нами було обрано такий інструмент, як вибіркове спеціалізоване анкетування, оскільки джерелом інформації були лікарі, які могли самі бути експертами з тих питань, що нас цікавили. За формою проведення воно носило груповий характер. Це сприяло тому, що за короткий термін в кожній області було опитано по 21 лікарю, які працювали в первинній ланці охорони здоров'я Чернівецької, Київської, Тернопільської, Запорізької, Полтавської областей та м. Києва. Кількість респондентів достовірно не відрізнялась як за місцем роботи – в сільській місцевості і в міських поселеннях, так і за розташуванням – в пілотних і непілотних областях.

Таким чином, задані питання стосувались:

- оцінки лікарями власного рівня теоретичних знань і практичних навичок за спеціальністю «загальна практика – сімейна медицина»;
- виявлення клінічних проблем, як найчастіше зустрічались в лікарській практиці, в тому числі тих, котрі сімейний лікар вирішує сам, без допомоги спеціалістів;
- бажання пройти додаткове вивчення щодо клінічних і неклінічних питань практичної роботи, тренінги з практичних навичок;
- чи відпрацьовувались практичні навички на кафедрах;
- бажання щодо навчання на одній мультидисциплінарній кафедрі в амбулаторних і стаціонарних умовах або на різних «вузьких» кафедрах;
- забезпечення обладнанням відповідно до табелю оснащення;
- забезпечення автотранспортом.

Особливу цінність, на наш погляд, мала інформація, що стосувалась «пробілів» в теоретичних знаннях і практичних навичок, котрі самі лікарі хотіли б надолужити після закінчення курсів спеціалізації, та чи пов'язували ці показники з особливостями викладання на кафедрі підготовки сімейних лікарів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Всього в трьох пілотних районах на питання анкети відповідали 77 лікарів, з них – 53% – сімейні лікарі, що закінчили в різний час навчання на циклах спеціалізації в різних учбових закладах післядипломної підготовки, 47% – ті, що закінчують навчання на циклах спеціалізації. Склад респондентів в регіонах – по 21 особи з кожного. Середній вік опитуваних 47,7±7,2 року, 67,1% склали жінки і 33,9% – чоловіки.

Серед респондентів 69,1% лікарів працювали в сільських амбулаторіях сімейної медицини, 41,9% – у міських амбулаторіях сімейної медицини.

Аналіз отриманих анкет показав, що в середньому задоволені отриманим рівнем знань і навичок 86,7% лікарів.

Серед найчастіших клінічних проблем, з яким доводилося зустрічатись на практиці: 95% респондентів на перше місце поставили ішемічну хворобу серця. Далі по низхідній було вказано на артеріальну гіпертензію (80%), вертеброгенні захворювання (65%), патологію верхніх дихальних шляхів (56,2%), біль в суглобах (55%), інфекційні захворювання, в тому числі – дитячі інфекції – 45%, цукровий

діабет – 20%, серед інших клінічних проблем можна було виділити неврологічні проблеми – 9% та проблеми амбулаторної хірургії і травматології (5,5%).

Виявлені при аналізі анкет незначні регіональні відмінності за вищезазначеним питанням, вірогідно, слід віднести за рахунок різного складу населення і рівня стану їхнього здоров'я.

При відповіді на запитання щодо клінічних проблем, які респонденти вирішують самостійно в своїй практиці, без допомоги спеціалістів, лікарі вказали в першу чергу, на: запальні захворювання ЛОР-органів – 72,9% респонденти; вертеброгенні болі, остеохондроз – 59%; порушення мозкового кровообігу – 49,2%; запальні захворювання кон'юнктиви – 47,9%; виконання перев'язок, обробка ран, накладення швів – 42,9%; церебральний атеросклероз, енцефалопатії – 34,6%; проблеми клімаксу – 32%; нейрорегуляторна дистонія – 31,25%; іншородні тіла ока – 29%; кропивниця – 27%; стрептодермії та грибкові захворювання шкіри – 23,№%; варикозна хвороба, тромбоемболія – 22,5%.

Незважаючи на той факт, що абсолютна більшість про анкетованих лікарів вказали, що біль-менш задовільні власним рівнем знань та навичок, необхідних для щоденної практичної роботи, відповідаючи на питання про бажання удосконалити знання та навички, всі респонденти навели досить суттєвий список розділів терапії та вузьких медичних спеціальностей зокрема: психіатрія – 51,25%; офтальмологія – 49,5%; ортопедія – 49,6%; педіатрія – 48,3%; валеологія – 44,6%; гінекологія – 37%; геронтологія – 36%; ЛОР – 33%; хірургія – 29,6%; психологія та психотерапія – 26%; епідеміологія – 20,8%; 17,5% – нетрадиційні методи лікування та фітотерапія; 16,3% – неврологія.

Лише 10% респондентів вказали, що потребують удосконалення знань та навичок з внутрішніх хвороб. Достовірної різниці між відповідями на це запитання у респондентів з різних регіонів не було.

Оцінюючи власну підготовку на циклах спеціалізації з практичних навичок, більшість респондентів вказали на недостатню підготовку з наступних навичок: обстеження очей – 68,3%; неврологічні обстеження – 59,2%; обстеження ЛОР-органів – 57,9%; введення внутрішньо маткових контрацептивів – 56,7%; малі хірургічні маніпуляції (обробка ран, накладання пов'язок, швів тощо) – 55%; спірометрія – 54,6%; катетеризація сечового міхура – 54,6%; гінекологічні обстеження – 47,9%; обстеження новонароджених та немовлят – 42,1%; ректальне пальцеве обстеження – 39,6%; обстеження мазків мокротиння для виявлення мікобактерій та туберкульозу – 37,9%; загальна реанімація – 37,5%; обстеження – 37,5%; аналіз ЕКГ – 18,2%; іммобілізація при переломах – 14,4%.

На питання, який спосіб підготовки сімейних лікарів, на їхню думку, є найбільш ефективним щодо надання знань та різнобічних практичних навичок – на основній профільній кафедрі та декількох суміжних, або на одній мультидисциплінарній кафедрі, де представлені викладачі з різних спеціальностей, були отримані наступні аргументовані відповіді. Так, недоліками першого варіанту підготовки лікарі вважали той факт, що нерідко на суміжних кафедрах їм викладали ту інформацію щодо певних нозологій, яка була поза межами компетенцій сімейного лікаря, а стосувалася другого, а то й третього рівня медичної допомоги. Отже, нерідко на лекціях, які викладались на суміжних кафедрах, лікарів включали до групи слухачів циклів тематичного удосконалення або передатестаційного з «вузької» спеціальності, де

подавався теоретичний матеріал, який однозначно був зайвим і суттєво перевантажував надлишковою інформацією майбутнього сімейного лікаря.

При опитуванні лікарів виявився дефіцит пропаганди філософії сімейної медицини на «місцях», адже вузькопрофільні кафедри зосереджені зазвичай весніло на своєму основному напрямку. Спостерігалось також при викладанні недостатнє розуміння тієї межі, де закінчується компетенція сімейного лікаря у лікуванні суміжних захворювань тощо.

Принцип навчання на мультидисциплінарній кафедрі викликав позитивні відгуки, що ґрунтувались на більш узгоджених можливостях подання теоретичного і практичного матеріалу в межах однієї кафедри, наявності адекватної роз'яснювальної роботи та пропаганди філософії сімейної медицини, коли спостерігалась зміна відношення лікарів до цього напрямку, виникала підвищена зацікавленість до оволодіння знаннями з «вузьких» спеціальностей.

Звісно, що оптимальним напрямком є викладання для лікарів первинної ланки безпосередньо педагогічними кадрами – спеціалістами з ЗПСМ, зокрема за принципом «один викладач – один слухач», але об'єктивні причини поки що дозволяють залишати це перспективою майбутнього, тому мультидисциплінарний підхід на нинішньому етапі є прогресивним.

ВИСНОВКИ

Лікарі ЗП–СМ схильні адекватно оцінювати свій рівень підготовки і потреби у оволодінні необхідним теоретичним матеріалом та практичними навичками.

Мультидисциплінарний підхід на кафедрах підготовки сімейних лікарів слід вважати прогресивною формою освіти на сучасному етапі.

Оптимізація розвитку сімейної медицини окрім мультидисциплінарного підходу має включати більш широкую пропаганду філософії сімейної медицини як серед медичних працівників, так і населення, а також потребує удосконалення правової та матеріально-технічної бази.

Необхідно активізувати роботу з керівними працівниками медичних закладів щодо підтримки розвитку сімейної медицини на «місцях».

Мультидисциплінарний підхід на кафедрі сімейної медицини: пріоритети і перспективи С.Ю. Вдовиченко

В результате исследования сделаны определенные выводы. Врачи общей практики–семейной медицины склонны адекватно оценивать свой уровень подготовки и потребности в овладении необходимым теоретическим материалом и практическими навыками. Мультидисциплинарный подход на кафедрах подготовки семейных врачей следует считать прогрессивной формой образования на современном этапе. Оптимизация развития семейной медицины кроме мультидисциплинарного подхода должна включать более широкую пропаганду философии семейной медицины как среди медицинских работников, так и населения, а также нуждается в совершенствовании правовой и материально-технической базы. Необходимо активизировать работу с руководящими работниками медицинских заведений относительно поддержки развития семейной медицины «на местах».

Ключевые слова: мультидисциплинарный подход, первичное звено медицинской помощи, семейная медицина, семейный врач, ОП–СМ.

**Multidisciplinary approach in the department of family medicine:
priorities and prospects**
S. Yu. Vdovychenko

Based on finding there were made conclusions as following^ doctors spealized in general practice of family medicine tend to assess their competence and learning needs for theoretical material and practical skills adeguately; a multidisciplinary approach in departments for training family physicians should be considered a progressive form of education today; optimization of family medicine apart from the multidisciplinary approach should include broad propagation of family medicine philosophy among health workers and population. In involves changing the legal, material and technical foundation; intensifying of work with chiefs medical institutins to support the field development of family medicine is necessary.

Key words: *multidisciplinary approach, primary health care reform, family medicine, family physicians, GP.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Матюха Л.Ф. Науково обгрунтовані підходи до кваліфікаційної характеристики лікаря загальної практики–сімейного лікаря з позиції компетентного підходу / Л.Ф. Матюха, Н.Г. Гойда, М.В. Олійник // Методичні рекомендації, 2010.
2. European Society of General Practice/Family Medicine WONCA Europe/ The European definitions of the key features of the discipline of general practice and the role of the general practitioner. A description of the core competencies of the general practitioner/family physician. London: ESGP/FM; 2002, 2005, 2011.
3. EURAST educational agenda. European Academy of Teachers in General Practice EURAST. Leuven. 2005.
4. Ноель-Нойман Э. Массовые опросы. Введение в методику демокопии. – М., 1978.
5. Горачук В. Організація соціологічних опитувань пацієнтів/їх представників і медичного персоналу в закладах охорони здоров'я / В. Горачук, Н.Г. Гойда, Б.П. Криштопа, Л.Ф. Матюха // Методичні рекомендації. – 2012.

УДК 618.25:618.177-089.888.11-06:618.25-08

**Застосування сучасних методів активного
навчання для оптимізації безперервного
професійного розвитку лікаря**

В.Д. Воробій

Івано-Франківський національний медичний університет МОЗ України

У публікації надано інформацію про основні методи активного навчання в межах безперервного професійного розвитку лікарів та шляхи заохочення до них слухачів.

Ключові слова: *методи активного навчання, безперервний професійний розвиток, стиль навчання.*

Загальні тенденції розвитку медицини та суспільства потребують змістовної перебудови медичної освіти відповідно до світових стандартів. На сучасному етапі розвитку вищої медичної школи начальним є необхідність підготовки висококваліфікованих кадрів, впровадження в галузь нових технологій організації та управління педагогічним процесом [1]. Бурхливий розвиток медицини спонукає змінювати форми і методи підготовки спеціалістів, покращувати рівень освіти як безперервний процес вдосконалення знань лікаря-професіонала [2]. В контексті сучасної освітньої реформи особливу актуальність приділяють клінічному навчанню, що спрямоване на досягнення компетентності та базується на принципах професійної підготовки лікарів [3, 4]. Грунтуючись на засадах Болонського процесу, викладання дисциплін поступово зміщується в бік безперервного професійного розвитку лікарів та передбачає перехід від пасивних до активних форм навчання [4, 5]. Загальна освіта, на відміну від клінічного навчання, частіше спрямована на досягнення мети. Вона дає широкий спектр знань та умінь, які необхідні у даній професії, звідки учень зможе у наступному вибрати те, що буде необхідним у ситуації, яка склалася.

Мета дослідження: вивчення методів забезпечення високоякісного медичного обслуговування відповідно до принципів навчання та концепцією успішного оволодіння навичками. Завданням клінічних викладачів є забезпечення передачі практичних навичок разом із наданням інформації, яка потрібна слухачам для виконання їхньої повсякденної роботи. Ефективне клінічне навчання робить наголос на використанні теоретичних знань у процесі виконання практичних навичок, накопиченні професійних знань та умінь, які повинні будуватися на системі єдиних державних стандартів.

В умовах України безперервність навчального процесу в післядипломній освіті найбільшою мірою може дати очно-заочна форма навчання, яка складається із заочного (дистанційного) та очного (традиційного) блоків. Мета такого навчання – це оволодіння учнями навичками самостійної роботи, яка охоплює вміння орієнтуватись

в інформаційному просторі, знання основної періодичної літератури, навички роботи з нею, підготовку рефератів, доповідей. З позиції доказової медицини сучасний лікар має знати основні консенсуси та міжнародні рекомендації [2]. При дистанційному навчанні лікар одержує завдання із урахуванням фаху та категорії.

При очному навчанні, насамперед, актуальним має бути клінічне навчання. На нашу думку, для успішного клінічного навчання необхідне вміння викладачів застосовувати різноманітні форми та методики викладання, а також володіння технологіями обробки навичок у контрольованих та змодельованих умовах (рольові ігри, заняття на тренажерах), придбання та повторення навички з розвитком її до рівня компетенції, як елементу досягнення досвідченості зі збереженням принципу реалістичної учбової ситуації. Навпроти, дидактична лекція, як форма навчання основа дисципліни, не придатна для передачі клінічних навичок, вироблення вміння вирішувати різноманітні проблеми. Тому, з метою удосконалення підготовки спеціалістів, щоб за відведений термін навчання на різні цикли підготовки сформувати у слухачів основи клінічного мислення та удосконалити практичні навички, необхідно у викладацькій роботі використовувати такі методики сучасної активної освіти:

- **інтерактивна лекція** – її проведення передбачає запитання по ходу лекції з обох боків: і викладача, і слухачів. В такій ситуації викладачу треба володіти матеріалом набагато краще, ніж в дидактичній лекції;

- **навчання в малих групах** – воно пропонує партнерські відносини на практиці між слухачами та викладачем. Слухачі дуже цінують створення таких партнерських відносин. Щоб вони склалися, потрібно створити коло із стільців, між якими буде маленький проміжок, якщо хтось із слухачів помилився, не треба одразу його виправляти, так само не потрібно і одразу відповідати на запитання слухачів, нехай спробують відшукати вірний шлях самі, щоб він запам'ятався. При цьому головним завданням викладача є створення високого рівня мотивації, підтримання доброзичливої атмосфери, дотримання демократичних принципів викладання. Викладач відіграє роль координатора: планує заняття, ініціює роботу, забезпечує інформаційну підтримку;

- **мозковий штурм** – дозволяє проводити проблемні заняття, можна обрати із слухачів посередника, який буде направляти заняття в якесь русло;

- **рольові ігри**. Викладачі звикли оцінювати тільки медичні знання слухачів по цих іграх. Однак, через гру можна дати багатогранну оцінку слухачеві – його знанням, навичкам консультування пацієнта та спілкування між особистостями, навичкам надання допомоги при невідкладних станах і таке інше. Потрібно часто хвалити учня по ходу гри, починати обговорення проведеної слухачами гри із питань, які об'єднують із слухачами. Спочатку викладач має виділити те, що йому в грі сподобалось, і тільки потім сказати, що він зробив би не так.

Пасивне запам'ятовування і викладення поширене на перших курсах багатьох сучасних медичних вузів, адже студентам необхідно оволодіти 1–2 рівнем знань. В цьому випадку викладач сам вирішує, які знання має вивчити студент. В пасивному навчанні є позитивні сторони, а саме – інформація викладається в логічній послідовності, у студента формуються навички по системній роботі, у викладача є можливість навчити більшість студентів, причому, чим дидактичніше лекція, тим

краще. Недоліки пасивного навчання обумовлюються обмеженням ініціативи студентів, ігноруванням їхньої думки. Таким чином, студенти не несуть відповідальність за освіту.

Принципова відміна викладення дисциплін для студентів та дорослих полягає в тому, що в навчанні студентів використовується педагогіка. Викладення дисциплін при цьому схоже на постійне повторення із мінімальним контролем з боку учня. Освіта для дорослих – це антрогогіка, освіта тут є актом доброї волі. Вона стимулює різноспрямоване мислення. Наголос робиться на рівні попередньої освіти слухача. Існує шість рис, які відрізняють дорослих від студентів в навчанні:

- 1) вони перебувають не на початковому рівні знань;
- 2) критично оцінюють вміння викладача;
- 3) мають сформований світогляд і власний досвід;
- 4) мають свої цілі в навчанні;
- 5) мають уявлення, яким має бути навчання;
- 6) у них є конфліктуючі інтереси (позитивні або негативні обставини життя).

Найбільш успішне навчання базується на якомусь рівні, мотивується власною потребою слухача, застосовує зворотній зв'язок, застосовує самооцінку. Щоб зорієнтувати, підбурити слухача до участі в активних формах навчання, бажано врахувати його улюблений стиль навчання. Викладач не може дотримуватись пасивної точки зору на процес навчання слухачів, тобто: якщо слухач цікавиться, він вчиться. Стилі навчання можуть бути такими:

- **активіст** – холерик в навчанні, швидко й швидко віддається набуттю нового досвіду, але ненадовго, швидко охолоджується. Він може блискуче робити в малій групі, взяти участь у круглому столі, дискусії, встати і виступити. Проте, реферати він готувати добре не буде, чи робити огляд літератури, тобто в постійних видах роботи буде халтурити. З активістом можна готувати рольові ігри, нехай складні, але короткі;

- **рефлектор** – багато спостерігає, дуже обережно висловлює свою думку, коли переслухає всіх і ще думає: так я сказав, чи ні. Він підсумує результат залежно від того, чия точка зору перемогла. Безперспективно просити його вести дискусії, він не зможе сам зробити висновок на аудиторію, не вислухавши її, рефлектора вибирає із колії нестача часу, він не може переналаштуватися. Проте добре виконає збір інформації, проаналізує і просинтезує її, якщо є багато часу. Проведення мозкового штурму з ним – задача безперспективна;

- **теоретик** – це людина-план, він не буде пробити нічого без плану, сам буде логічні схеми, сам їх перевіряє на практиці. Теоретики захоплюються виконанням планів, це шикарні лектори, наукові співробітники, дуже добре вирішують складні ситуації. Для них непритаманні раптові стрибки, не люблять нічого неочікуваного, їм важко в рольових іграх, вони не імпаки;

- **прагматик** – єдиний критерій цінності любого навчання для нього – це реалізувати знання на практиці. Прагматики навчаються, виходячи із питання: «Ще мені знадобиться в практиці чи ні?». Всі ми, чим досвідченіше стаємо, тим більше фільтруємо інформацію, яка, на його думку, не дасть можливості миттєвої реалізації. Він не сприймає дуже теоретизовано інформації, віддаленої інформації.

Ефективність сучасної підготовки лікарських кадрів є залежним не лише від рівня набутих знань, потрібно ще й позитивні моральні якості, без яких не може

відбутися становлення лікаря. Всі види роботи зі слухачами необхідно спрямовувати на утвердження гуманізації навчального процесу.

ВИСНОВКИ

Упровадження сучасних методів активного навчання в очний блок безперервного навчального процесу в післядипломній освіті сприятиме підвищенню ефективності успішного оволодіння навичками. Використання інформації про стилі навчання дозволить оптимізувати рівень засвоєння матеріалу.

Применение современных методов активной учебы для оптимизации непрерывного профессионального развития врача В.Д. Воробий

В публикации предоставлена информация об основных методах активного обучения в рамках непрерывного профессионального развития врачей и путях привлечения к ним слушателей.

Ключевые слова: методы активного обучения, непрерывное профессиональное развитие, стиль обучения.

Using modern methods of active teaching for physicians continuous professional development V.D. Voroby

This publication contains information about basic methods of active teaching in the frameworks of physicians' continuous professional development and the ways of doctors involving the trainees.

Key word: methods of active teaching, continuous professional development, teaching style.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дерев'яно Л.І. Вимоги сьогодення до проблеми післядипломної освіти / Л.І. Дерев'яно, Л.А. Васильєва, Н.В. Півнюва // Матеріали учбово-методичної конференції «Актуальні питання післядипломної освіти в Україні». – Харків. – 2003. – С. 99–100.
2. Долженко М.Н. Дистанционное обучение в системе медицинского последипломного образования в Украине / М.Н. Долженко, Роберт Бендер // Зб. наук. праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика. – К., 2004. – С. 546–550.
3. Ліпкан Г.М. Деякі питання оптимізації навчального процесу / Г.М. Ліпкан, Т.Л. Сакун, І.М. Заїка // Зб. наук. праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика. – Київ. – 2003. – С. 1069–1072.
4. Мачерет Є.Л. Напрямки оптимізації навчального процесу в клінічній кафедрі / Є.Л. Мачерет, Г.М. Чуприна, О.О. Коркушко // Зб. наук. праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика. – К., 2004. – С. 546–550.
5. Пидаев А.В. Болонский процесс в Европе. Что это такое и нужен ли он Украине? Возможна ли интеграция медицинского образования Украины в Европейское образовательное пространство? / А.В. Пидаев, В.Г. Передерий. – Одесса: Одес. гос. мед. ун-т, 2004. – 192 с.

УДК 371.313:376.472

Роль зовнішніх факторів у формуванні кваліфікованих спеціалістів

С.Ю. Вдовиченко, В.Д. Воробій

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

Івано-Франківський національний медичний університет МОЗ України

У статті розглядаються можливості використання нетрадиційних засобів навчання в медичному вузі. Формування професійних навичок лікарів-інтернів є динамічний послідовний процес.

Ключові слова: реферат, акушерство і гінекологія, ефективність навчання.

У зв'язку з переходом вищої школи до багаторівневої системи навчання назріла необхідність по-новому оцінити роль і значущість постдипломної підготовки у формуванні висококваліфікованих спеціалістів [1, 2]. Як відомо, на це можуть впливати внутрішні (особистість лікаря-інтерна) і зовнішні (ВУЗ, післядипломна освіта) фактори. Серед зовнішніх факторів велике значення мають методи навчання лікарів-інтернів. Отже, подальше вдосконалення методики викладання є актуальним завданням. Підготовка лікарів включає в себе формування системи професійних теоретичних знань, навичок і умінь. На всіх рівнях підготовки лікаря використовують нетрадиційні прийоми навчання.

Мета дослідження: оцінювання ефективності нетрадиційних прийомів навчання.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для формування системи професійних теоретичних знань у лікарів-інтернів акушерів-гінекологів під час кожного семінарського заняття вони готують реферативні повідомлення з актуальних проблем акушерства та гінекології, самостійно підбираючи і вивчаючи періодичну літературу зі спеціальності. Таким чином, лікарі-інтерни вчать знаходити нові джерела знань, практично аналізувати їх, висувати власні ідеї. Досвід показує, що якщо лікар-інтерн не здобув навичок самостійної роботи з літературою, не навчився мислити і проявляти ініціативу, то по прибутті на місце роботи може перетворитися у звичайного ремісника.

В умовах сьогодення велике значення в учбовому процесі приділяють формуванню професійних навичок лікарів-інтернів акушерів-гінекологів. Перший етап – вивчення методичних рекомендацій щодо оволодіння практичних навичок, другий – обробка кожного елемента навичок під керівництвом викладача, третій – самостійна робота лікаря-інтерна з формування навичок, четвертий – оцінювання оволодіння практичними навичками.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Для об'єктивізації цієї роботи були розроблені критерії оцінювання оволодіння практичних навичок. Кожна навичка розбита на елементи, які оцінюють в 1 бал: правильна техніка бімануального дослідження; визначення величини, форми, поверхні, консистенції, рухливості матки; визначення положення матки; пальпація придатків матки; запис результатів дослідження. Таким чином, сума балів визначає оцінювання оволодіння практичними навичками по 5-бальній системі. Розроблені критерії оцінювання дозволяють не тільки оцінити, наскільки лікар-інтерн оволодів даною навичкою, але й звернути увагу на ті елементи, які лікар-інтерн не засвоїв або засвоїв недостатньо. В результаті такого підходу формування професійних навичок лікарів-інтернів представляється як динамічний, послідовний процес від більш простого до складного, від отримання теоретичних знань до придбання навичок і закріплення їх за допомогою викладача і самостійної роботи. Окрім того, розроблені критерії дозволяють об'єктивно оцінити ступінь оволодіння практичною навичкою.

З метою оптимізації оволодіння професійних умінь у лікарів-інтернів поряд з вирішенням конкретних професійних питань біля ліжка хворої, нетипових ситуаційних завдань з діловою грою широко використовують побудову діагностичних і лікувальних алгоритмів, особливо в розділі тактики лікаря при невідкладних станах в акушерсько-гінекологічній практиці і при рецензуванні історій хвороб. Сьогодні кожен знає, що алгоритм – це точне розпорядження про поетапне виконання у певній послідовності елементів операцій і дій, що забезпечують вирішення завдань певного типу. Лікарі-інтерни вивчають анамнестичні дані, результати дані, результати клінічного і лабораторного обстеження, аналізуючи правильність дій лікаря, виявляють тактичні і організаційні лікарські помилки. Послідовність дій лікарів-інтернів представляють у вигляді алгоритму, вивчають кожен його етап, виявляючи допущені помилки. І кінцевим результатом розбору є побудова алгоритму дій лікаря в інтерпретації лікаря-інтерна. Алгоритмізація учбового процесу дисциплінує лікарів-інтернів, сприяє розвитку творчого підходу до навчання, самостійного і логічного мислення.

ВИСНОВКИ

Об'єктивізація оцінки оволодіння практичними навичками, рецензування історій хвороб, алгоритмізація учбового процесу, самостійна творча робота з періодичною літературою дозволяють підвищити рівень підготовки молодих спеціалістів не тільки в плані теоретичних знань, але і в плані професійних навичок і умінь.

Роль внешних факторов в формировании квалифицированных специалистов

С.Ю. Вдовиченко, В.Д. Воробий

В статье рассматриваются возможности использования нетрадиционных средств учебы в медицинском вузе. Формирование профессиональных навыков врачей-интернов является динамическим последовательным процессом.

Ключевые слова: реферат, акушерство и гинекология, эффективность учебы.

Role of outside factors in formation of qualified specialists S.Yu. Vdovychenko, V.D. Voroby

The article deals with possibilities of using untraditional methods of teaching in Medical University. Formation of professional skills of doctors is represented as a dynamic successive process.

Key words: summary, obstetrics and gynaecology, efficiency of teaching.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Друпп Ю.Г. Продовження удосконалення тестового контролю знань студентів із застосуванням комп'ютерної техніки / Ю.Г. Друпп, С.І. Галалу, О.В. Ольшевська [та ін.] // Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики: Збірник наукових праць. – Київ-Луганськ, 2003. – С. 283–285.
2. Обернев Л.Д. Анализ некоторых форм контроля в медицинском образовании / Л.Д. Обернев, А.К. Попов, М.В. Попова // Вопросы здравоохранения Донбасса. Сборник научно-педагогических статей. – Вып.14. – 2006.

Матеріали науково-практичного семінару з міжнародною участю «Здоров'я матері, плода та новонародженого в Україні»

14 травня 2015 року, м. Київ

Современная тактика вспомогательных репродуктивных технологий у женщин с патологией шейки матки в анамнезе

М.М. Адамов

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

В последние годы в Украине широко используются вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) при женском бесплодии разного генеза, причем иногда тактика их проведения стандартизирована без учета сопутствующей генитальной патологии, в том числе и заболеваний шейки матки (ШМ), пролеченных разными способами и методиками. В связи с изложенным выше, представляет значительный интерес изучения особенностей проведения ВРТ у пациенток этой группы, а также разработка тактики ведения у них ранних сроков беременности.

Цель исследования: восстановление репродуктивной функции у женщин после разных методов оперативного лечения патологии ШМ на основе изучения у них клинико-функциональных и морфологических особенностей, а также усовершенствования и внедрения алгоритма хирургических и лечебно-профилактических мероприятий с использованием ВРТ.

Для решения поставленной цели и задач было проведено обследование и лечение 96 пациенток репродуктивного возраста с бесплодием на фоне воспалительно-дистрофических и гиперпластических процессов эндоцервикса.

Основную группу составили 70 женщин, патологии ШМ которым было выполнено методами криодеструкции или радиоволновой хирургии (в частности методом криодеструкции – 30 пациенток, методом радиоволновой хирургии – 40 пациенток); в группу сравнения вошли 26 женщин, которым были выполнены хирургические операции – кюретаж и бужирование по поводу изучаемой патологии ШМ. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности предложенного алгоритма дифференцированного подхода к проведению ВРТ у женщин с патологией ШМ с учетом наличия сопутствующих дисгормональных нарушений. Представленные данные позволяют рекомендовать усовершенствованный алгоритм для широкого использования в кабинетах и клиниках репродуктологии.

Дискутабельні питання використання гормональної контрацепції у жінок, які не народжували

Н.В. Адамчук

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

Останнім часом у молоді спостерігаються ранній початок статевого життя, зростання сексуальної активності, відсутність контрацептивної культури призводять до збільшення числа запальних захворювань статевих органів і в тому числі ектопії шийки матки. Оскільки це категорія молодих і, як правило жінок, які не народжували, збереження їх репродуктивного потенціалу має дуже велике значення.

Мета дослідження: підвищення ефективності лікувально-профілактичних заходів при неускладненій ектопії шийки матки у молодих жінок, які не народжували, на основі використання диференційованого походу до вживання різних методів гормональної контрацепції.

Для вирішення поставлених в роботі завдань були обстежені 154 жінки раннього репродуктивного віку – від 18 до 25 років. Для виявлення особливостей сексуальної і контрацептивної поведінки і соціального для визначень статусу сексуально-активних молодих жінок усім пацієнткам було проведено анонімне анкетування по загальноприйнятій методиці. Гормональні контрацептиви підбирали індивідуально з урахуванням конституційно-біологічного фенотипу жінок, соматичної і гінекологічної патології.

Результати проведених досліджень свідчать про позитивний вплив різних варіантів гормональної контрацепції на ектопію шийки матки у молодих жінок, які не народжували. При цьому треба використовувати диференційований підхід для призначення різних варіантів гормональної контрацепції. Отримані результати дають нам підставу для рекомендації вдосконаленого алгоритму для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Шляхи зниження невиношування вагітності у жінок, які перенесли перший медичний аборт

С.М. Бакшеєв

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

Серед різних чинників ризику невиношування все більшого значення набувають вихідні фонові запальні захворювання після першого медичного аборту. 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 уrogenітального тракту. У той же час, патогенез невиношування на тлі запальних процесів після першого медичного аборту вивчено 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 ефективний підхід до профілактики невиношування вагітності з врахуванням основних причин запального процесу.

Мета дослідження: зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з невиношуванням і запальними захворюваннями після першого медичного абортів в анамнезі на основі вивчення особливостей мікробіологічного статусу і функціонального стану фетоплацентарного комплексу, а також удосконалення комплексу лікувально-профілактичних заходів.

Для вирішення поставленої мети і завдань було відібрано 100 жінок з невиношуванням вагітності після першого медичного абортів в анамнезі. В результаті проведеного клініко-лабораторного, функціонального і статистичного аналізу результату вагітності і пологів в групах жінок стає очевидною перевага запропонованих методів діагностики і етіопатогенетичної терапії загрозового переривання вагітності із запальними захворюваннями після перенесеного першого медичного абортів в порівнянні із загальноприйнятим лікуванням.

Бесплодие у пациенток с наружным генитальным эндометриозом на фоне гипотиреоза

Д. Ю. Берая

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

Результаты исследований последних лет свидетельствуют о существенной роли экстрагенитальной патологии в генезе наружного генитального эндометриоза, особенно в том плане, что данная патология развивается на фоне нарушенного иммунного равновесия а именно активации В-лимфоцитарной системы при одновременном развитии Т-клеточного иммунодефицита.

Одним из основных вариантов соматической заболеваемости у женщин репродуктивного возраста является гипофункция щитовидной железы в виде гипотиреоза. Отклонения от физиологической секреции тиреоидных гормонов, являющихся модуляторами действия эстрогенов на клеточном уровне, могут способствовать прогрессированию нарушений гисто- и органогенеза гормоночувствительных структур и формированию эндометриоза. Вместе с тем, научные данные о состоянии гормонального статуса при наружном генитальном эндометриозе и его роли в возникновении, развитии и течении заболевания весьма многочисленны и противоречивы, что определяет актуальность настоящего исследования.

Цель исследования: установить особенности гормональной функции репродуктивной системы при наружном генитальном эндометриозе на фоне гипотиреоза. Для решения поставленной цели нами было обследовано 110 больных репродуктивного возраста от 20 лет до 41 года с наружным генитальным эндометриозом.

Все женщины были разделены на две группы. В первую группу вошли 50 паци-

енток с наружным генитальным эндометриозом (НГЭ) без патологии ЩЖ, во вторую – 60 женщин с НГЭ и сопутствующим гипотиреозом.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной роли эндокринологического статуса в оценке функционального состояния репродуктивной системы у пациенток с наружным генитальным эндометриозом на фоне гипотиреоза. Полученные результаты указывают, что гиперпродукция тиреотропного гормона у больных с наружным генитальным эндометриозом при гипофункции щитовидной железы способствует уменьшению уровня фолликулостимулирующего гормона и повышению продукции пролактина, что приводит к снижению эстрогенпродуцирующей функции яичников. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке тактики ведения этих пациенток.

Відношення різних учасників партнерських пологів щодо тактики їх проведення

С. Ю. Вдовиченко

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

Не викликає сумнівів той факт, що унаслідок ліберально-демократичних змін, що сталися, етико-правового врегулювання медичної діяльності стало також активно підніматися питання про необхідність гуманізації вітчизняного акушерства і якщо один із способів досягнення цього пропонуються так звані партнерські пологи, тобто коли на пологах присутній і бере участь в них близька родилля/родиллі людина, як правило, чоловік. Вочевидь, що за наявності дійсно позитивних ефектів від присутності на пологах чоловіка народжуючої жінки доцільні певні зміни в існуючій системі допомоги родиллі, однак партнерські пологи, що отримали початок, переважно, у великих містах України – досить нова і мало апробована соціальна практика, яка потребує різнобічного аналізу, що і визначає актуальність сьогодення дослідження.

Мета дослідження: вивчення дискусійних питань партнерських пологів з точки зору їх учасників. Для досягнення поставленої мети було проаналізовано результати анкетування 100 подружніх пар, які вибрали партнерські пологи при розродженні. Результати проведених досліджень свідчать, що в опитаних жінок можна констатувати, що більшість з них вважає вирішення про присутність чоловіка на пологах за правильне і задоволена цим рішенням, оскільки його присутність допомогла їм, навіть якщо у чоловіка і спостерігалися виражені негативні психогенні ефекти. Стриманіше жінки оцінювали створення при пологах «домашньої» обстановки і ефективність психопрофілактичної підготовки, що проводилася з ними (та їх чоловіком), до пологів. Ці оцінки жінок-споживачів відповідного виду медичних послуг доцільно враховувати при оптимізації організації і проведення партнерських пологів у міському пологовому будинку.

Влияние консервативной миомэктомии на менструальную функцию женщин

А.А. Довгань

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

Таврического федерального университета

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. Проблема хирургического органосохраняющего лечения больных 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.

Для решения поставленной цели нами проведено обследование 100 пациенток репродуктивного возраста с лейомиомой матки. Средний возраст пациенток составил $35,7 \pm 3,7$ года. 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.

Тактика проведения допоміжних репродуктивних технологій при поєднаній патології матки

Г.В. Колесник

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

м. Київ

Останніми роками в Україні широко використовуються допоміжні репродуктивні технології (ДРТ), у тому числі і при жіночому безплідді різного генезу, до якого відноситься і матковий чинник безпліддя. При цьому ефективність ДРТ залишається не завжди високою, що дозволяє виділити пацієнток після невдалих спроб ДРТ, ведення яких викликає певні труднощі не лише з медичної, але і з психологічної точки зору.

Мета дослідження: підвищення ефективності відновлення репродуктивної функції у жінок після невдалих спроб ДРТ на основі вивчення в них клініко-функціональних, ендокринологічних і ендоскопічних особливостей стану ендометрія, а також розроблення і упровадження алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

метрія, а також розроблення і упровадження алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Відповідно до мети дослідження було проведено комплексне обстеження 130 пацієнток, з поєднаними чинниками безпліддя, у яких було встановлено переважання одного основного чинника. Аналіз математико-статистичних взаємозв'язків дозволив виявити наявність зв'язків між результатом допоміжних репродуктивних технологій і різними анамнестичними даними, рівнем рецепторів по статевих гормонів, а також концентраціями гормонів в периферичній крові. На нашу думку, отримані дані можуть сприяти обґрунтуванню критеріїв здатності імплантації ендометрія, і свідчать про необхідність досліджень динаміки гормонального статусу пацієнток, рівнів рецепторів в слизовій оболонці ендометрія до стероїдних гормонів. Очевидно, що облік цих чинників разом з даними анамнезу повинні здійснюватися при проведенні комплексу заходів по підготовці ендометрія в програмі допоміжних репродуктивних технологій.

Вплив недиференційованої дисплазії сполученої тканини на клінічний перебіг вагітності та пологів

А.Л. Костюк

Вінницький національний медичний університет імені Н.І. Пирогова

На думку більшості дослідників недиференційована дисплазія сполучної тканини (НДСТ) – це генетично гетерогенна група захворювань мультифакторіальної природи, з прогредієнтним перебігом, в основі якої лежать порушення синтезу, розпаду або морфогенезу компонентів позаклітинного матриксу, що виникають в осіб з певною генетичною схильністю в період раннього ембріогенезу або постнатально під дією несприятливих чинників зовнішнього середовища. За даними ряду авторів, патологія вагітності зустрічається у жінок з НДСТ значно частіше, ніж у здорових жінок – 85,5% проти 53,3%. Так, загроза переривання вагітності зустрічається в 50% відсотків жінок з НДСТ, а загроза передчасних пологів – в 6 разів частіше, ніж у здорових вагітних. За даними інших дослідників найчастішим ускладненням другої половини вагітності у жінок з НДСТ є преєклампсія (51,7%), перебіг пологів у даних пацієнток відрізняється великою кількістю ускладнень. Проте слід зазначити, що відомості про особливості перебігу вагітності і пологів у жінок з НДСТ суперечливі. В той же час, висока частота ускладнень протягом вагітності, пологів і післяпологового періоду у пацієнток НДСТ зумовлює актуальність даної проблеми в акушерстві.

Мета дослідження: вивчити особливості перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду і стану новонароджених при різному ступеню вираженості НДСТ.

Відповідно до поставленої мети дослідження був проведений аналіз акушерсько-гінекологічного і соматичного здоров'я включених в дослідження жінок, для чого були вивчені 172 історії пологів пацієнток. Усіх пацієнток було розподілено на дві групи: 1-у групу (основну) склали вагітні з фенотипічними ознаками НДСТ від 6 балів і більш. 2-у групу (порівняння) склали вагітні з фенотипічними

ознаками НДСТ до 6 балів. У дослідження було включено 160 пацієток (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 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 у вагітних, що не розвивається, в анамнезі і відшаруванням хоріону.

Наведене вище свідчить про значний 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.

Особливості клінічного перебігу генітального ендометріозу у пацієток з патологією грудних залоз

Б.М. Лисенко

**Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини
Державного управління справами**

У даний час фіброзно-кістозне ураження 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. Серед широкого спектру причин такої несприятливої ситуації виділяють початкові дисгормональні порушення, які можуть починатися з пубертатного періоду, обтяжений репродуктивний анамнез, медико-соціальні причини та ін. Не дивлячись на значне число наукових публікацій щодо проблем генітального ендометріозу і фіброзно-кістозному ураженню грудних залоз окремо, наукові дослідження, що стосуються взаємозв'язку цих двох патологій, практично відсутні, а наявні в даному напрямку поодинокі публікації носять фрагментарний характер. Усе наведене вище свідчить про актуальність даного наукового завдання.

Мета дослідження: підвищити ефективність діагностики і прогнозування патології грудних залоз у жінок з генітальним ендометріозом на підставі вивчення клініко-ехографічних, доплеромеричних і ендокринологічних особливостей, а також удосконалення і впровадження алгоритму діагностичних і прогностичних заходів.

Відповідно до мети і завдань роботи було проведено обстеження 50 жінок з генітальним ендометріозом (основна група) і 50 практично здорових жінок (контрольна група) з регулярним менструальним циклом. Результати проведених досліджень свідчать, що наукове завдання підвищення ефективності діагностики і лікування доброякісної патології грудних залоз на тлі генітального ендометріозу є досить актуальним і вимагає індивідуалізованого комплексного підходу з урахуванням даних додаткових методів дослідження. Запропонований нами алгоритм дозволяє підвищити ефективність діагностики і лікування даної поєднаної патології і знизити захворюваність жінок репродуктивного віку.

Особливості оперативного лікування лейоміоми матки у жінок з безпліддям

О.О. Літвак

**Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини
Державного управління справами**

Порушення репродуктивної функції у вигляді первинного і вторинного безпліддя досить часто має місце у пацієток з лейоміомою матки, досягаючи 60–70%. Ця проблема набуває все більшу актуальність у зв'язку з омолодженням хворих на лейоміому, з одного боку, і пізнім плануванням вагітності (після 40 років) – з іншого, коли значно підвищується ризик виникнення цієї доброякісної пухлини жіночої статеві системи. Згідно з даними літератури, у жінок з безпліддям у 12–20% випадків лейоміома матки є єдиною причиною репродуктивних невдач. Проте, питання про роль лейоміоми матки у формуванні порушень репродуктивної функції залишається дискусійним.

Мета дослідження: зниження частоти порушень репродуктивної функції жінок з лейоміомою матки шляхом оптимізації тактики ведення, вдосконалення міомектомії під час і поза вагітності, визначення репродуктивного прогнозу при поєднанні лейоміоми матки з іншими чинниками ризику порушення репродуктивної функції. Під нашим спостереженням знаходились 150 пацієток репродуктивного віку від 19 до 45 років, яким було виконано консервативну міомектомію лапаротомічним доступом під час вагітності або поза вагітності, простежені найближчі та віддалені результати. Проведений аналіз найближчих та віддалених результатів реконструктивно-пластичних операцій при лейоміомі матки свідчить про доцільність та ефективність даного втручання. Значення цієї операції визначається можливістю створення сприятливих умов для виношування вагітності та реалізації репродуктивної функції у жінок з порушеною фертильністю.

Особливості тактики ведення вагітності та пологів у жінок з екстрагенітальною патологією, які багато народжують

Л.В. Манжула

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

Відповідно до сучасних даних літератури жінки, які багато народжують, складають групу високого ризику по профілактиці та зниженню материнської та перинатальної смертності, оскільки у них, порівняно з жінками, які народжують вперше і повторно, набагато частіше зустрічаються анемії, гестози, не виношування вагітності, слабкість пологової діяльності та кровотечі різного генезу в пологах. Серед важливих екстрагенітальних захворювань, які ускладнюють вагітність у жінок, які багато народжують слід відзначити варикозну хворобу, проблеми ожиріння та пролонгування вагітності у цих жінок, пієлонефрити та хронічні захворювання печінки.

Мета дослідження: вивчення оцінки соматичного статусу жінок, які багато народжують, з визначенням у них найчастіших екстрагенітальних захворювань, які супроводжували обстежених під час вагітності та пологів.

Для вирішення поставленої мети і завдань дослідження нами були вивчені 150 історій пологів та індивідуальних обмінних. Особливості протікання екстрагенітальних захворювань у жінок, які багато народжують, є надзвичайно актуальним питанням сучасного акушерства і не до кінця вивченим. У зв'язку з цим, у порядку зниження ускладнень вагітності та пологів, профілактики материнської та перинатальної смертності у цієї групи жінок, важлива роль приділяється роботі жіночої консультації, де в першу чергу повинна здійснюватися вчасна діагностика вагітності, ретельне диспансерне спостереження за вагітними групи ризику з частими пологами, екстрагенітальною патологією і ускладненнями вагітності та обов'язкове їх оздоровлення. У свою чергу пологодопоміжні заклади повинні проводити кваліфіковане розродження цих жінок з сучасним наданням новітніх технологій акушерської та перинатальної пологодопомоги.

Перинатальні аспекти багатоплідної вагітності

О.В. Мельник

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

Оскільки багатоплідна вагітність є високим ризиком як для матері, так і для плода, вказане збільшення частоти багатопліддя впливає на акушерські і перинатальні показники, ставлячи проблему багатоплідної вагітності в ряд найбільш актуальних проблем сучасної допомоги породіллі. Перинатальна смертність при вагітності двійнятами в 5–7 разів вище, ніж при вагітності одним плодом, а при вагітності вищого порядку цей показник ще більший.

Мета дослідження: підвищення ефективності профілактики перинатальних ускладнень у жінок з багатоплідною вагітністю на основі розробки діагностичних і прогностичних критеріїв внутрішньоутробної гіпоксії плодів з використанням клініко-біохімічних і функціональних методів досліджень.

Відповідно поставленої мети нами було обстежено 79 жінок з багатоплідною вагітністю (двійнята) в терміні від 31 до 40 тиж вагітності. Залежно від результатів пологів для плода всіх пацієнток було розподілено на три клінічні групи. 1-у (контрольну) групу склали 31 жінок з двійнятами – пологи закінчилися народженням практично здорових дітей; 2-у група – 33 двійнят, де один або обоє новонароджених перенесли середній ступінь асфіксії і 3-ю групу – 15 двійнят, де один або обидва новонароджених перенесли важкий ступінь гіпоксії. Як показали результати проведених досліджень, багатоплідна вагітність є чинником ризику плацентарної недостатності. Для своєчасної діагностики і ефективного контролю за лікувально-профілактичними заходами, що проводяться, необхідно використовувати динамічні ехографічні і доплерометричні дослідження.

Гіперпролактинемія – як одна з причин невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій

І.Є. Палига

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

У структурі жіночого безпліддя ендокринні чинники займають друге місце, причому, найчастішою патологією є гіперпролактинемія, що досягає 40%. Як свідчать дані сучасної літератури в 50–60% випадків причинами стійкого підвищення секреції пролактину і порушення репродуктивної функції є пролактинсекретуючі пухлини гіпофіза (мікро- і макропролактиноми), а так звана функціональна гіперпролактинемія виявляється у 30% пацієнток. Останніми роками в Україні широко використовуються допоміжні репродуктивні технології (ДРТ), у тому числі і при жіночому безплідді ендокринного генезу, до якого відноситься і функціональна гіперпролактинемія.

Мета дослідження: підвищення ефективності відновлення репродуктивної функції у жінок з функціональною гіперпролактинемією на основі вивчення в них клініко-функціональних, ендокринологічних і ендоскопічних особливостей, а також розробки і впровадження комплексу лікувально-діагностичних заходів з використанням ДРТ.

Комплексне клініко-гормональне, рентгенологічне, ультразвукове, ендоскопічне і морфологічне обстеження проведене у 125 пацієнток (основна група) репродуктивного віку, що страждають безпліддям і функціональною гіперпролактинемією. Результати проведених досліджень свідчать про суттєву роль функціональної гіперпролактинемії в порушенні репродуктивної функції жінок. При неефективності поетапної консервативної терапії і ендоскопічного лікування необхідно використовувати допоміжні репродуктивні технології з обов'язковою попередньою корекцією рівня пролактину. Отримані результати підтверджують ефективність розробленого алгоритму і можуть бути широко використані в практичній охороні здоров'я.

Сучасна тактика ведення жінок репродуктивного віку при поєднанні патології грудних залоз та яєчників

О.А. Полюляк

Одеський національний медичний університет МОЗ України

В даний час фіброзно-кістозне ушкодження грудних залоз є досить частою патологією, що зустрічається, серед жінок репродуктивного віку, а в структурі смертності жінок репродуктивного віку рак грудної залози займає одне з перших місць. Серед широкого спектру причин такої несприятливої ситуації виділяють початкові дисгормональні порушення, які можуть починатися з пубертатного періоду, обтяжений репродуктивний анамнез, медико-соціальні причини та ін.

Не дивлячись на значне число наукових публікацій по проблемах дисфункції яєчників і фіброзно-кістозному ушкодженню грудних залоз окремо, наукові

дослідження, що стосуються взаємозв'язку цих двох патологій, практично, відсутні, а наявні в даному напрямі одиничні публікації носять фрагментарний характер. Усе наведене вище свідчить про актуальність наукового завдання, що вивчається.

Мета дослідження: підвищення ефективності діагностики та лікування дисфункції яєчників у поєднанні з дифузною фіброзно-кістозною мастопатією (ДФКМ) грудних залоз на підставі вивчення клініко-ехографічних, мамографічних і ендокринологічних особливостей, а також удосконалення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів. Для з'ясування стану грудних залоз у жінок репродуктивного віку (18–40 років) з дисфункцією яєчників (ДЯ), а також основних причин цієї патології було проведено обстеження 350 жінок. Результати проведених досліджень свідчать, що ДЯ у жінок з ДФКМ є достатнім актуальним науковим завданням сучасної гінекології. Використання вдосконаленого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів дозволяє знизити частоту дисгормональних порушень, що призводить до зменшення клініко-функціональних проявів патології репродуктивної системи.

Дискутабельні питання ендоскопічної діагностики та лікування аденоміозу

П. М. Прудніков

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

Виникнення і розвиток аденоміозу (Ад) супроводжується, окрім порушень менструальної і генеративної функцій, складними реакціями регулюючих систем, що спричиняють за собою зміни діяльності всього жіночого організму і що характеризують процес його дезадаптації в нових умовах, різко погіршуючи загальний стан і якість життя, а нерідко призводять до інвалідизації жінок в репродуктивному віці. Не дивлячись на значне число наукових публікацій щодо проблем ГЕ, не можна вважати всі наукові питання даної проблеми повністю вирішеними. На нашу думку, наукові і практичні дослідження, що полягають в підвищенні ефективності ендоскопічної діагностики і лікуванні Ад є перспективними і мають важливе соціальне значення для збереження репродуктивного здоров'я жінок.

Мета дослідження: підвищення ефективності діагностики і лікування Ад у жінок з порушенням репродуктивної функції на підставі вивчення клініко-ехографічних, ендокринологічних та імунологічних особливостей, а також розроблення і впровадження вдосконаленого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів з використанням сучасних ендоскопічних технологій та медикаментозної корекції.

Для вирішення поставленої мети і завдань було проведено обстеження 850 жінок репродуктивного віку, що звернулися на амбулаторний прийом з приводу синдрому тазових болів і безпліддя. Після додаткового обстеження виявлено, що у 496 (58,4%) жінок є Ен статевих органів, з числа яких у 127 (14,9%) пацієнток виявлений Ад у поєднанні з безпліддям, яким було проведено клініко-лабораторне обстеження в об'ємі запропонованого діагностичного комплексу. Отримані резуль-

тати свідчать, що відсутність важких ускладнень, що обтяжують репродуктивне здоров'я на тлі пропонованої терапії для відновлення репродуктивного здоров'я не збільшує, а навпаки, знижує, частоту рецидивів. Нами визначено достовірну зміну ультразвукових ознак в процесі терапії аденоміозу, які не можуть розглядатися як діагностичні його критерії, але, проте, з високим ступенем достовірності у поєднанні з клінічними даними, а також лабораторними показниками, можуть бути використані для визначення тривалості терапії, а можливо і її якості. Отримані нами дані можна широко використовувати при відновленні репродуктивної функції у пацієнток з аденоміозом. Простота виконання і економічність, а також неінвазивність досліджень підвищує можливість їх використання в широкій медичній практиці.

Особливості тактики допоміжних репродуктивних технологій у жінок різного віку з генітальною патологією

Я. А. Рубан

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

Зміну соціального стану 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. В 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. Враховуючи фізіологічне зниження фертильності у жінок пізнього репродуктивного віку, актуальною є оцінка ефективності лікувальних заходів і розробка алгоритму лікування безпліддя в цього контингенту хворих, особливо за наявності генітального ендометріозу і лейоміоми матки.

Мета дослідження: вивчення особливостей лікування безпліддя на тлі генітального ендометріозу у пацієнток старше 40 років.

Для вирішення поставленого завдання дослідження були проведені в два етапи. Так, нами були вивчені основні особливості лікування безпліддя у 80 пацієнток старше 40 років з генітальним ендометріозом. Результати проведених досліджень свідчать про складність лікування безпліддя на тлі генітального ендометріозу у пацієнток старше 40 років. Ефективність лікування безпліддя в даного контингенту хворих залежить від стадії процесу і супутньої гінекологічної патології. Необхідно брати до уваги значне зниження оваріального резерву в даного континген-

ту пацієнток, в першу чергу поважно розробити програми відновного лікування, направлені на збереження наявного фолікулярного резерву. Актуальний перегляд тактики вживання допоміжних репродуктивних технологій при ендометріозі. Отримані результати вказують на необхідність використання індивідуального підходу для вирішення цього складного завдання сучасної репродуктології.

Особливості репродуктивної функції жінок з аномаліями розвитку матки

А.П. Садовий

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

Природжені аномалії розвитку (ПАР) матки і піхви серед дівчаток з гінекологічною патологією складають до 6% і мають тенденцію до зростання. Клінічні прояви ПАР матки і піхви залежать від форми аномалії і частіше характеризуються дисменореєю, первинною аменореєю, тазовими болями. При ПАР з порушенням відтоку менструальної крові в 80% зустрічається спайковий процес малого тазу і ендометріоз. Серед різних варіантів ПАР матки найчастіше зустрічаються дворога і сідловидна матка, проте наукові публікації в даному напрямі небагаточисельні і носять фрагментарний характер, при тому, що частота даної патології зростає.

Мета дослідження: вивчення клінічних і репродуктивних аспектів дворогої матки. Відповідно до поставленої мети було обстежено 45 пацієнток, з яких в 24 була діагностована дворога матка і в 21 – сідловидна. При аналізі основних причин звернення пацієнток встановлено, що це були порушення репродуктивної функції і невиношування вагітності. Результати проведення досліджень свідчать, що жінки з аномаліями розвитку матки у вигляді дворогої або сідловидної матки складають групу високого ризику щодо розвитку порушень репродуктивної функції, причому при дворогій матці – первинного безпліддя, а при сідловидній – вторинного. Основним репродуктивним ускладненням вагітності у цих пацієнток є невиношування, а в подальшому – плацентарна дисфункція із затримкою розвитку плода. Отримані результати диктують необхідність подальшого вивчення даної проблеми, особливо в аспекті зниження частоти порушень репродуктивної функції і поліпшення перинатальних результатів розродження.

Тактика ведення жінок з патологічним прелімінарним періодом на фоні плацентарної дисфункції

С.Я. Ткачик

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

У даний час існує декілька підходів до проблеми патологічного прелімінарного періоду (ППП). Так, на думку ряду авторів при даному ускладненні характерна морфофункціональна неспроможність міометрія і шийки матки. При клінічно ви-

раженому 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.

Згідно останнім дослідженням при ППП спостерігаються зміни у вмісті гормонів і біологічно активних речовин, відповідальних за реалізацію пологового акту. Ці зміни, з одного боку, порушують формування родової домінанти в головному мозку вагітних, а з іншого – призводять 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.

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

Відповідно до поставленої мети було обстежено 120 пацієнток, серед яких 90 первородящих з ППП, яких було розподілено на групи. Результати проведених досліджень свідчать, що жінки з ППП на фоні плацентарної дисфункції 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 суттєво зменшити рівень перинатальної смертності і захворюваності, що дозволяє рекомендувати дану методику для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Особливості психосоматичних порушень у постменопаузальному періоді

В.А. Шамрай

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

Розвиток психосоматичного напрямку і впровадження інформативних методик обстеження викликають інтерес до ролі психічних чинників у виникненні клімактеричних розладів. Цей підхід отримав назву психосоматичного, а його прояви стали розглядати як психосоматичні. Психосоматичний підхід до діагностики і лікування різних психосоматичних порушень показав, що найбільше значення він має на ранніх стадіях їх розвитку. Наявність в клімактеричному періоді у жінок психосоматичних порушень, складність адекватного оцінювання та їх корекції, дозволяють вважати це питання одним з важливих на сучасному етапі.

В той же час, корекцію клімактеричних розладів неможливо проводити без врахування постійного впливу на жіночий організм чинників соціального середовища, що відіграють важливу роль в психогенно-вегетативних порушеннях. Усе наведене

вище визначило **мету дослідження** – вивчити особливості психосоматичних порушень у жінок в клімактеричному періоді.

При виконанні роботи проведено вивчення показників загальносоматичного і акушерсько-гінекологічного анамнезу, а також клінічне і інструментальне обстеження жінок з клімактеричними розладами. Додаткову інформацію про соматичний і акушерсько-гінекологічний статус обстежених жінок отримували з історій хвороби і амбулаторних карт. Для кожної жінки склали спеціальний індивідуальний протокол/анкету, до якого були внесені дані, що відображають умови життя і особливості розвитку жіночого організму, починаючи з антенатального періоду. Результати проведених досліджень свідчать, що у жінок в клімактеричному періоді на виникнення психосоматичних порушень впливає реалізація статевої і дітородної функцій, рівень тривожності, стан вегетативної нервової системи, характерологічні особливості особи, що відображається на якості життя жінок. Отримані результати свідчать про суттєву роль психосоматичних порушень в генезі клімактеричного синдрому, причому вони розвиваються на тлі багатофакторної конфліктної ситуації. Отримані результати дозволяють розширити наявні дані про патогенез клімактеричних порушень, що слід враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Наукове видання

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ
СПІВРОБІТНИКІВ
НМАПО імені П.Л. ШУПИКА**

Випуск 24, книга 6 (частина 1)

Головний редактор:
академік НАМН України, професор

Ю.В. Вороненко

Науковий редактор: член-кор. НАМН України, д.мед.н., проф.

Ю.П. Вдовиченко

Художній і технічний редактор:
Л.В. Сухих

Комп'ютерне упорядкування та верстка: **А.О. Бондаренко**

Редактор англ. резюме: к.пед.н., доцент **Л.Ю. Лічман**

Замовник та видавець: НМАПО імені П.Л. Шупика

Адреса для листування: Україна, 04112, м. Київ-112, вул. Дорогожицька, 9
Адреса редакції: Україна, 04112, м. Київ-112, вул. Дорогожицька, 9, кім. 403,
тел./факс (044) 440-61-92
e-mail: nmapo403@ukr.net

Формат 60x84/16. Папір офсетний. Гарнітура Peterburg
Обл. видав. арк. – 20,32. Ум.-друк.арк. – 14,26.
Друк ТОВ «Професіонал-Івент»
Тел./факс: (044) 220-15-41