



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. – 298 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: чл.-кор. НАМН України, професор **Вдовиченко Ю.П.**

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.; **Н.О. Ветютнева** - д.мед.н., проф.; **І.Б. Вовк** - д.мед.н., професор; **Н.Г. Гойда** - д.мед.н., проф.; **Ю.І. Головченко** - д.мед.н., проф.; **О.В. Голяновський** - д.мед.н., професор; **О.В. Горбунова** - д.мед.н., професор. **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.; **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.; **А.Г. Корнацька** - д.мед.н., професор; **Г.П. Козинець** - 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.; **Т.Г. Романенко** - д.мед.н., професор; **М.М. Сергієнко** - член.-кор. НАМН України, проф.; **Н.Я. Скріпченко** - д.мед.н., професор; **Л.В. Суслікова** - д.мед.н., професор; **О.О. Тимофєєв** - д.мед.н., проф.; **О.В. Ткаченко** - д.мед.н., проф.; **Л.Є. Туманова** - д.мед.н., професор; **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 №8 від 21.10.15 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.О. Товстановська** - д.мед.н., професор

М.Є. Яроцький – 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 3)

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; 298 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: Associate Member of the NAMS, Professor **Yu.P. Vdovychenko**

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; **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; **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; **G.I. Lusenko** - M.D., Ph.D., Professor; **V.I. Mamchych** - M.D., Ph.D., Professor; **O.V. Pavlenko** - M.D., Ph.D., Professor; **Ye.G. Pedatchenko** - Associate Member of the NAMS, Professor; **M.Ye. Polischuk** - Associate Member of the NAMS, Professor; **V.A. Popov** - M.D., Ph.D., Professor; **M.G. Prodanchuk** - Associate Member of the NAMS, Professor; **M.S. Ponomarenko** - M.D., Ph.D., Professor; **S.O. Rykov** - M.D., Ph.D., Professor; **A.P. Radzikhovsky** - M.D., Ph.D., Professor; **M.M. Sergienko** - Associate Member of the NAMS, Professor; **O.O. Tymofeyev** - M.D., Ph.D., Professor; **O.V. Tkachenko** - M.D., Ph.D., Professor; **Yu.I. Feshchenko** - Academician of the NAMS, Professor; **N.V. Kharchenko** - M.D., Ph.D., Professor; **N.I. Shvets** - M.D., Ph.D., Professor; **N.M. Shuba** - M.D., Ph.D., Professor; **I.B. Vovk** - M.D., Ph.D., Professor; **L.Ye. Tumanova** - M.D., Ph.D., Professor; **N.Ya. Skripchenko** - M.D., Ph.D., Professor; **A.G. Kornatska** - M.D., Ph.D., Professor; **O.V. Golyanovskiy** - M.D., Ph.D., Professor; **T.G. Romanenko** - M.D., Ph.D., Professor; **L.V. Suslikova** - M.D., Ph.D., Professor; **O.V. Gorbunova** - 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 № 8, 21.10.2015

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.O. Tovstanovska** - M.D., Ph.D., Professor.
M.E. Yarotskiy - 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 3)

Kyiv – 2015

ЗМІСТ

АКУШЕРСТВО

| | |
|--|----|
| Вплив різних методів контрацепції на клінічний перебіг вагітності і пологів <i>Н.В. Адамчук</i> | 10 |
| Вплив соціального і психологічного статусу родинних пар на вибір методи розродження <i>С.Ю. Вдовиченко</i> | 13 |
| Особливості діагностики дистресу плода під час вагітності та в пологах – практичний досвід <i>Н.В. Гецько, О.В. Цмур</i> | 19 |
| Особливості акушерської та перинатальної патології у жінок з преєклампсією при попередній гестації <i>Д.О. Говсєєв</i> | 28 |
| Ретроспективний аналіз кесаревого розтину у жінок з аномаліями пологової діяльності <i>Н.П. Гончарук, Н.Р. Ковида</i> | 32 |
| Особливості гемокоагуляції та вуглеводного й ліпідного обмінів у вагітних жінок на тлі метаболічного синдрому <i>О.Л. Іщенко, С.М. Сергієнко, Л.І. Школа</i> | 38 |
| Особливості лабораторного дослідження амніотичної рідини при патологічному перебігу вагітності <i>І.Д. Кондратенко</i> | 47 |
| Рання діагностика ускладнень вагітності у жінок з пролапсом мітрального клапана і недиференційованою дисплазією сполучної тканини <i>А.Л. Костюк</i> | 54 |
| Особливості фетоплацентарного комплексу і біофізичного профілю плода при аномальній плацентажії <i>С.А. Куріцина</i> | 60 |
| Клінічний перебіг вагітності у жінок з нейроендокринною патологією і варикозною хворобою нижніх кінцівок <i>Л.В. Манжула</i> | 68 |
| Особливості плацентарної дисфункції у жінок до 18 років, які народжували вперше <i>В.В. Маркевич</i> | 73 |
| Клинико-ультразвукові аспекти дихориальної диамніотической двойни <i>О.В. Мельник</i> | 78 |
| Влияние прогестерона на период адаптации недоношенных детей <i>Е.В. Мосендз</i> | 83 |

| | |
|---|-----|
| Прегравадарна клінічна характеристика жінок з надлишковою масою тіла та метаболічним синдромом <i>С.О. Остафійчук</i> | 86 |
| Особливості невиношування у жінок старше 40 років <i>Т.В. Лещева, К.Л. Романенко</i> | 90 |
| Перинатальные исходы одно- и многоплодной беременности после вспомогательных репродуктивных технологий <i>Я.А. Рубан</i> | 95 |
| Кореляційні зв'язки поєднань гіперандрогенії та невиношування вагітності на прегравадарному етапі <i>Л.М. Семенюк, М.Є. Яроцький</i> | 99 |
| Особливості лактаційної функції у породілей з метаболічним синдромом <i>С.М. Сергієнко, О.Л. Іщенко, І.П. Крохмаль, І.О. Ковтонюк</i> | 105 |
| Вагітність і пологи у жінок з пухлини яєчників та міомою матки різної локалізації <i>В.І. Бойко, Н.П. Сухостаєць</i> | 112 |
| Возможности прогнозирования слабости родовой деятельности <i>С.Я. Ткачик</i> | 117 |
| Екскреція стероїдних гормонів при дискоординованій пологовій діяльності <i>С.Я. Ткачик</i> | 122 |
| Морфологічні особливості фетоплацентарного комплексу у жінок з надлишковою масою тіла <i>С.Ю. Вдовиченко, Т.Д. Фахрутдінова</i> | 126 |
| Партнерські пологи при одно- та багатоплідній вагітності в умовах міського пологового будинку <i>Т.А. Шинкарук</i> | 132 |

ГІНЕКОЛОГІЯ

| | |
|---|-----|
| Особливості порушень менструальної функції у жінок з патологічним становленням пубертатного періоду <i>С.М. Бакшєєв</i> | 136 |
| Вплив різних аномалій розвитку матки на клінічний перебіг вагітності <i>В.І. Бойко, Ю.С. Воліна-Стахорна</i> | 140 |
| Морфологічні аспекти поєднання гіперпластичних процесів ендометрія і аденomioзу <i>Д.М. Гаврюшов</i> | 144 |

| | |
|---|-----|
| Тактика комбінованого хірургічного лікування поєднаної патології матки | |
| <i>М.Л. Куземенська, С.Є. Гладенко</i> | 152 |
| Особенности репродуктивного прогноза после хирургического лечения миомы матки | |
| <i>А.А. Довгань</i> | 158 |
| Особливості олігоменореї у дівчаток-підлітків з ожирінням | |
| <i>Т.С. Зоріна</i> | 164 |
| Оптимізація тактики допоміжних репродуктивних технологій у пацієнок після перенесених операцій на придатках та на матці | |
| <i>Г.В. Колесник</i> | 167 |
| Сучасні соціально-гігієнічні чинники розвитку фіброзно-кістозної хвороби грудної залози у жінок з безпліддям | |
| <i>Р.Є. Кубрак</i> | 172 |
| Порівняльні аспекти гормональної та внутрішньо маткової контрацепції в жінок із захворюваннями печінки та жовчовивідних шляхів | |
| <i>Д.С. Ледін</i> | 178 |
| Особливості лікування гіперпластичних процесів ендометрія на фоні гіпотиреозу | |
| <i>Б.М. Лисенко</i> | 188 |
| Клінічні аспекти відновлення репродуктивної функції у жінок з міомою матки | |
| <i>О.О. Литвак</i> | 193 |
| Плацентарна дисфункція у жінок, які використовували різні методи контрацепції | |
| <i>О.А. Лубковська</i> | 199 |
| Стресовий фактор як складова життя жінок з передменструальним синдромом | |
| <i>Л.В. Пахаренко</i> | 203 |
| Особливості клінічної симптоматики поєднаної патології матки у постменопаузальний період | |
| <i>Т.П. Поліщук</i> | 209 |
| Гипогалактия у женщин с доброкачественной патологией грудных желез: прогнозирование и профилактика | |
| <i>О.А. Полюлях</i> | 216 |
| Оптимізація діагностики аденоміозу при метроррагіях в репродуктивному і перименопаузальному віці | |
| <i>П.М. Прудніков</i> | 222 |

| | |
|---|-----|
| Информативность методов диагностики при гнойно-воспалительных заболеваниях придатков матки, осложненных местным и разлитым перитонитом | |
| <i>В.С. Страховецкий</i> | 229 |
| Метаболічний синдром і поєднана патологія матки в періоді постменопаузи | |
| <i>В.А. Шамрай</i> | 234 |

БЕЗПЛІДДЯ

| | |
|--|-----|
| Диагностика и лечения бесплодия при гиперандрогении сочетанного генеза в супружеской паре | |
| <i>М.М. Адамов</i> | 240 |
| Тактика допоміжних репродуктивних технологій у жінок з тиреоїдною патологією | |
| <i>Д.Ю. Берая</i> | 246 |
| Дискусійні питання прогнозування ефективності допоміжних репродуктивних технологій | |
| <i>І.Е. Палига</i> | 252 |
| Иммунологический мониторинг эффективности вспомогательных репродуктивных технологий у женщин с аномалиями развития матки | |
| <i>А.П. Садовой</i> | 259 |
| Особливості допоміжних репродуктивних технологій у пацієнок з патологією шийки матки в анамнезі | |
| <i>Т.Л. Шемелько</i> | 266 |
| Роль эндокринологических и микробиологических нарушений у женщин с аномалиями развития матки в оценке эффективности вспомогательных репродуктивных технологий | |
| <i>С.В. Шиянова</i> | 272 |

| | |
|--|-----|
| Матеріали науково-практичного семінару з міжнародною участю «Здоров'я матері, плода та новонародженого в Україні» | |
| 21 жовтня 2015 року, м. Київ | 277 |

УДК 618.177-07-08:616-432

Вплив різних методів контрацепції на клінічний перебіг вагітності і пологів

Н.В. Адамчук

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

Як показали результати проведених досліджень, розродження жінок, які використовують внутрішньоматковий спіраль, в анамнезі супроводжується високою частотою перинатальної патології внаслідок значного рівня порушень у системі мати-плацента-плід. Отримані клінічні, функціональні, лабораторні, мікробіологічні й вірусологічні результати підтверджують дане положення та свідчать про необхідність розроблення відповідного алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів для практичної охорони здоров'я.

Ключові слова: контрацепція, вагітність, пологи.

Частота акушерських і перинатальних ускладнень за даними вітчизняних дослідників залишається високою і складає від 10% до 50% [1, 2]. У структурі різних ускладнень переважають плацентарна дисфункція і інтраамніальне інфікування, причому найбільш частою патологією є дистрес-синдром плода, що досягає в окремих лікувальних установах 40–50% [1, 2].

Як свідчать дані сучасної літератури [3, 4] головними причинами такого високого рівня різних ускладнень є несприятливий преморбідний фон, який багато в чому залежить від початку і характеру статевого життя, а також від раціонального використання різних методів контрацепції [1–4].

Серед широкого спектру сучасних методів профілактики непланованої вагітності основними є внутрішньоматкова і гормональна контрацепція [2, 3]. Окрім цього зростає рівень використання різних посткоїтальних контрацептивів [3].

У зв'язку з наведеним вище, значний інтерес представляє вивчення особливостей перебігу вагітності і пологів у жінок, що використовували різні методи контрацепції, а також розроблення тактики ведення у них гестаційного періоду.

Мета дослідження: оцінювання впливу різних методів контрацепції на клінічний перебіг вагітності і пологів на основі вивчення клініко-ехографічних, ендокринологічних, імунологічних, мікробіологічних і морфологічних особливостей.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети і завдань дослідження було вивчено особливості клінічного перебігу вагітності й пологів у 90 жінок, які використовують різні методи контрацепції – 1-а група, яких було розподілено на наступні підгрупи:

- 1.1. – 30 жінок, які не використовували контрацепцію;
- 1.2. – 30 жінок, які завагітніли після ВМС;
- 1.3. – 30 жінок, які завагітніли після ГК.

Усім пацієнткам було проведено динамічне клініко-лабораторне і інструментальне обстеження. З цієї метою використовували методи, що дозволяють оцінити перебіг вагітності, а також стан фетоплацентарної системи. Проводили аналіз клінічного перебігу пологового акту, раннього післяпологового періоду і стан новонароджених. Патоморфологічне дослідження посліду дозволило ретроспективно оцінити функцію фетоплацентарної системи під час вагітності і пологів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що клінічний перебіг вагітності у пацієнток з ВМС в анамнезі в порівнянні з гормональною контрацепцією характеризується більш високою частотою плацентарної дисфункції (43,3% проти 20,0%); загострення урогенітальної інфекції (20,0% в порівнянні з 6,7%) і порушень мікробіоценозу статевих шляхів (30,0% проти 16,7%).

При розродженні жінок, що використовували з метою контрацепції ВМС, порівняно з гормональною контрацепцією відзначений більш високий рівень передчасних пологів (10,0% проти 3,3%), передчасного розриву плодових оболонок (23,3% проти 16,7%); аномалій пологової діяльності (20,0% проти 10,0%); дистресу плода (26,7% проти 16,7%) і акушерських кровотеч (13,3% проти 10,0%), що призводить до високої частоти абдомінального розродження (26,7% проти 13,3%). Перинатальні результати свідчать, що при використанні до вагітності різних методів контрацепції у пацієнток з ВМС в анамнезі в порівнянні з гормональною контрацепцією спостерігається більш високий рівень різноманітних форм асфіксії новонароджених (33,3% проти 13,3%), затримка внутрішньоутробного розвитку плода (30,0% проти 20,0%) і постгіпоксична енцефалопатія (26,7% проти 13,3%).

Використання ВМС в порівнянні з гормональною контрацепцією є більш суттєвим чинником ризику розвитку плацентарної дисфункції, що підтверджується відмінностями в підсумковій оцінці частоти порушень функціонального стану фетоплацентарного комплексу: 73,3% в порівнянні з 43,3%, причому за рахунок усіх форм – компенсованої (43,3% проти 26,7%); субкомпенсованої (20,0% в порівнянні з 13,3%) і декомпенсованої (10,0% проти 3,3%).

Декомпенсовані зміни системного імунітету у пацієнток, які використовували в анамнезі ВМС, починаються з 18–20-го тижня вагітності і зберігаються до самого розродження, а у жінок із гормональною контрацепцією в анамнезі носять компенсований характер упродовж усієї гестації.

Порушення мікробіоценозу статевих шляхів починаються з 28–30-го тижня у пацієнток з ВМС в анамнезі і характеризуються зниженням в порівнянні з жінками, які приймали гормональну контрацепцію, кількості лактобацил (46,7% в порівнянні з 66,7%); біфідобактерій (36,7% проти 63,3%) і молочнокислих стрептококів (26,7% в порівнянні з 46,7%) при одночасному підвищенні штамів стафілокока (63,3% проти 50,0%) і інших патогенних і умовно-патогенних мікроорганізмів.

ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, розродження жінок, що використовували внутрішню маткову спіраль, в анамнезі супроводжується високою частотою перинатальної патології внаслідок значного рівня по-

рушень у системі мати–плацента–плід. Отримані клінічні, функціональні, лабораторні, мікробіологічні й вірусологічні результати підтверджують дане положення та свідчать про необхідність розроблення відповідного алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів для практичної охорони здоров'я.

Влияние различных методов контрацепции на клиническое течение беременности и родов
Н.В. Адамчук

Результаты проведенных исследований показали, что родоразрешение женщин, использующих внутриматочные спирали, в анамнезе сопровождается высокой частотой перинатальной патологии вследствие значительного уровня нарушений в системе мать–плацента–плод. Полученные клинические, функциональные, лабораторные и микробиологические результаты подтверждают данное положение и свидетельствуют о необходимости разработки соответствующего алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий для практического здравоохранения.

Ключевые слова: контрацепция, беременность, роды.

Influence of various methods of contraception on a clinical current of pregnancy and delivery
N. V. Adamchuk

Results of the spent researches have shown, that delivery women with use intrauterine spirals in the anamnesis is accompanied by high frequency perinatal pathologies owing to considerable level of infringements in system mother–placenta–fetus, and complex genesis. The received clinical, functional, laboratory and microbiological results confirm the given position also testify to necessity of working out of corresponding algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions for practical public health services.

Key words: contraception, pregnancy, delivery.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Богатырева Р.В. Руководство по планированию семьи / [Богатырева Р.В., Венцовский Б.М., Вовк И.Б. и др.]. – Киев, 2013. – 258 с.
2. Венцьківський Б.М. Контрацепція: порівняння та перспективи / Б.М. Венцьківський, В.О. Товстановська // Нова медицина. – 2012. – № 4. – С. 21–27.
3. Вовк К.Б. Гормональная терапия различных нарушений менструальной функции у женщин репродуктивного периода: Методические рекомендации / К.Б. Вовк, В.Ф. Петербургская. – К., 2001. – 16 с.
4. Ганжий И.Ю. Дискуссионные аспекты гормональной контрацепции: (Обзор литературы) / И.Ю. Ганжий // Репродуктивное здоровье женщины. – 2007. – № 3 (32). – С. 17–19.

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

Вплив соціального і психологічного статусу родинних пар на вибір методики розродження

С.Ю. Вдовиченко

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

Результати проведених досліджень свідчать про наявність специфічних відмінностей соціального і психологічного статусу в родинних пар, які планують партнерські пологи. Так, вищий соціальний і професійний статус, а також кращий матеріальний стан частіше зустрічаються в сімей, які планують партнерські пологи. Крім того, на допологовому етапі показники ситуаційної і особової трижовності в чоловіків і жінок, які планують партнерські пологи, достовірно нижче, ніж в пар, які планують пологи без участі партнера. Отримані результати необхідно враховувати при підготовці родинних пар до партнерських пологів на етапі жіночої консультації.

Ключові слова: партнерські пологи, соціальний і психологічний статус.

В умовах сьогодення проблеми здоров'я сім'ї, материнства і дитинства продовжують залишатися досить актуальними. Це обумовлено кризисною демографічною ситуацією, зростанням безпліддя в шлюбі, низькою народжуваністю, рівнем загального і репродуктивного здоров'я підлітків, що знижується, зростанням соматичної патології у вагітних жінок, низьким рівнем нормальних пологів, високими показниками материнської і перинатальної смертності, кількістю хворих і інвалідизованих дітей, що збільшується [1–5].

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

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

Мета наукового дослідження: оцінювання соціального і психологічного статусу родинних пар, які планують ПП.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проводили на кафедрі акушерства, гінекології і перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. Клінічна база – міський клінічний пологовий будинок № 1 м. Києва.

Нами проведено клініко-психологічне обстеження 100 подружніх пар, які планують ПП (основна 1 група) і 100 подружніх пар, які не планують ПП (контрольна 2 група). У кожній групі були виділені по дві підгрупи по 50 жінок з врахуванням паритету пологів: 1.1 і 2.1. – по 50 жінок, які народжують вперше (ЖНВ); 1.2 і 2.2. – по 50 жінок, які народжують повторно (ЖНП).

У комплексі проведених досліджень були включені загальноприйняті соціальні і психологічні методи дослідження, які дозволяли оцінити готовність подружньої пари до ПП.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Безумовно, проведення ПП залежить від можливості партнера своєчасно прийти на пологи, тому 90% пар з числа тих, у кого пологи були вперше і 80% пар з числа тих, у кого пологи – повторні мешкали в умовах максимальної близькості від розроджувачої установи – в м. Києві. Мешканок інших областей в основній групі не було, в контролі – 6 (6%) жінок.

При оцінці сімейного стану встановлено, що у жінок, які планують ПП, відмічений стабільніший сімейний стан, ніж у жінок, які народжували без участі партнера: так в реєстрованому шлюбі перебували 92% ЖНВ основної групи і 86% ЖНП основної групи. З числа жінок контрольної групи аналогічні цифри – всього 80% ЖНВ і 64% ЖНП. При цьому в підгрупі 1.1 незареєстрованих стосунках з партнерами було в 8% жінок, в 1.2 – 14%, тоді як жінки контрольних підгруп - в два рази частіше (2.1 – 16% і 2.2 – 26%). Пацієнок поза шлюбом в основній групі відмічено 1% в основній групі, а в контролі таких спостерігалось від 6,0%. Всі дані відмінності статистично були достовірні ($p < 0,05$).

Заслужують на увагу і вікові аспекти подружжя, які планують ПП. При аналізі середнього віку жінок і чоловіків статистично достовірних відмінностей між групами не виявлено ($p > 0,05$).

При аналізі отриманих даних звертає на себе увагу наступне: середній вік жінок і чоловіків основної і контрольної груп не має статистично достовірних відмінностей, що доводить порівнянність сформованих клінічних груп.

Проте при аналізі по вікових категоріях у ЖНВ виявлені наступні особливості: у групі пологів без партнера значимо частіше відмічені вікові ЖНВ 35–39 років (таких в основній групі 1,0%, а в контролі – 8,0%). При аналізі вікових аспектів у чоловіків відмічено, що в перших пологах беруть участь в два рази частіше чоловіків у віці від 30 до 34 років (34% проти 16%) і навпаки. У групі тих, що планували народжувати без партнера достовірно частіше зустрічалися батьки дитини у віці від 20 до 24 років (10% і 24%). У групі ЖНП батьків у віці менше 25 років не було. Достовірно відрізняється від підгрупи 2.2 частота зустрічання чоловіків у віці 35–39 років (у підгрупі 1.2 – 14%, в 2 групі – 23%). Отже, участь в перших пологах як партнер характерно для доросліших чоловіків, а при повторних пологах чоловіки старше 35 років рідше беруть участь в пологах.

Враховуючи такі суперечні дані по ЖНВ і ЖНП, ми проаналізували порівняльні вікові характеристики в подружній парі аби оцінити переважаючий віковий аспект чоловіка або дружини. Отримані результати свідчать, що на ПП як у ЖНВ, так і в ЖНП дружини рідше бувають старшими за чоловіків (підгрупа 1.1 – 14% проти 20% в підгрупі 2.1; підгрупа 1.2 – 14% проти 16% в підгрупі 2.2), причому наголошується така ж тенденція і для подружжя-ровесників.

Отже, в сім'ях, які планують пологи спільно з партнером, дружини через різницю у віці з чоловіком частіше потребували турботи і захисту. Тоді як в контрольній групі, дружини частіше домінували через свої вікові особливості. Крім того, звертало на себе увагу те, що в групі досліджуваних не було юних подружніх пар.

Нами проаналізовані також і професійні особливості подружніх пар порівнюваних груп. При цьому встановлено, що на ПП йдуть жінки і чоловіки найрізноманітнішої професійної приналежності. Статистично достовірної різниці з контрольною групою у ЖНВ не відмічено, виявлені наступні тенденції: ЖНВ, які планують пологи з партнером соціально-активніші, рідше зустрічалися домогосподарки, частіше зустрічалися керівники різного рівня. В ЖНП ці тенденції більш виражені і досягають статистичної значущості (представники управлінського апарату серед ЖНП основної групи виявлялися в 26%, а в контролі в 2,5 рази рідше – 10%), зворотна тенденція виявлена по некваліфікованих професіях – робітники серед жінок, які планують ПП, серед ЖНВ відмічені в 4%, а в контролі 8%. Серед ЖНП основної групи робочих спеціальностей не було, а в контролі – 16% ($p < 0,05$).

При аналізі професійної приналежності чоловіків також можна відзначити наступні тенденції, що заслуговують уваги: серед чоловіків, що беруть участь в ПП як у ЖНВ, так і в ЖНП значимо частіше спостерігалися представники управлінського апарату (підгрупа 1.1 – 42%, підгрупа 2.1 – 18%, що в 2,3 рази частіше; підгрупа 1.2.

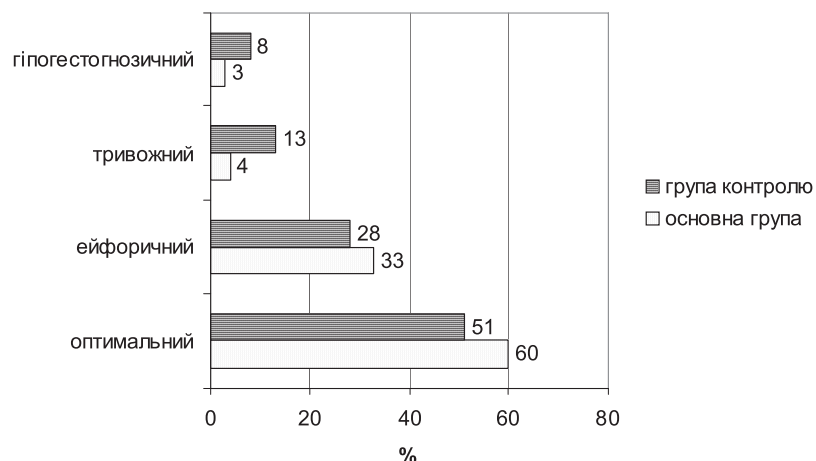
54% проти 40% в підгрупі 2.2., що в 1,3 рази частіше). Також як і серед жінок, у чоловіків, які планують присутність на пологах, значимо рідше зустрічалися робочі спеціальності (підгрупа 1.1. – 6%; підгрупа 2.1. – 20%; підгрупа 1.2. – серед чоловіків робітників не відмічено, а в підгрупі 2.2. – 26% відповідно), причому ці відмінності статистично достовірні в підгрупах ЖНВ і ЖНП ($p < 0,05$).

Спостерігаються у ЖНВ і ЖНП також дві протилежні тенденції: менеджери і інженери в основній групі ЖНВ зустрічалися рідше, ніж в контролі, в 2–3 рази, а в ЖНП – навпаки – в 2,5 – 3 рази частіше.

При аналізі результатів проведеного перед ПП анкетування встановлено, що освітній рівень опитаних чоловіків основної групи дещо вищий, ніж у жінок: 94% чоловіків мають вищу освіту, 4% – незавершену вищу, 2% – середньо-спеціальну, а 10% чоловіків вказали на наявність двох вищих освіт. У жінок 78% має вищу освіту, 12% незавершену вищу і 10% – середньо-спеціальну освіту.

Всі опитані подружні пари мають облаштоване житло, при цьому 86% подружніх пар проживають окремо, і 14% подружніх пар живуть разом з батьками.

Рівень доходу нижче середнього не відмічений в пар, які планують ПП (у контролі 15%); на середній рівень вказали 70% подружніх пар, які планують ПП (у контролі також 70%). Родинний матеріальний дохід, як вище середнього, оцінюють 16% подружніх пар (у контролі 10%), і 14% подружніх пар вважають, що повністю матеріально забезпечені (у контролі 5%). При цьому 32% подружніх пар основної



Оцінювання типу гестаційної домінанти у жінок

групи вказують на допомогу батьків, 68% пар заперечують допомогу батьків (достовірної різниці з контролем не виявлено – $p > 0,05$).

У цілому наведені вище дані, на наш погляд свідчать про вищий соціальний і професійний статус сімей, які планують ПП, чим сімей, в яких жінки планують пологи без участі партнера. Це відображає і стабільніше матеріальне положення серед подружніх пар основної групи.

При оцінюванні характеру гестаційної домінанти (малюнок) у 60% вагітних виявлений оптимальний тип, при цьому, у пацієток контрольної групи оптимальний тип в 51,0%. У основній групі ейфорійний тип гестаційної домінанти в 33% (у контролі 28%), звертає увагу, що у пацієток, які планують пологи з партнером тривожний тип гестаційної домінанти спостерігався в 3 рази рідше, ніж у пацієток, які планують пологи без партнера (4% проти 13%), гіпогестогнозичний тип в 2,5 разу рідше (3% проти 8% в контролі). Депресивного типу гестаційної домінанти в досліджуваних групах виявлено не було.

Були вивчені рівні особової (ОТ) і ситуаційної тривожності (СТ) у жінок і чоловіків порівнюваних груп на допологовому етапі (таблиця).

Як видно з даних цієї таблиці, на допологовому етапі показники як СТ, так і ОТ між основною і контрольною групами, як у жінок, так і у чоловіків статистично достовірні вище в групі, які планують пологи без участі партнера. При інтерпретації результат можна оцінювати таким чином: до 30 – низька тривожність; 31–45 – помірна тривожність; 46 і більш – висока тривожність.

При аналізі виявлено, що рівень СТ у випробовуваних відповідає помірній тривожності, що є нормою. Відмічено, що у чоловіків, які планують участь в ПП, є тенденція до низької СТ. Це свідчить про комфортність планованої ситуації.

Рівні ОТ, як «глибиннішої» характеристики особи, високі у всіх групах. Проте, є статистично достовірні різниці як у чоловіків, так і в групі жінок, які планують

Рівні ситуаційної (СТ) і особової (ОТ) тривожності у жінок і чоловіків порівнюваних груп на допологовому етапі (бали, $M \pm m$)

| Параметри | Основна група (партнерські пологи) | | Контр. група (пологи без партнера) | |
|-----------|------------------------------------|-----------|------------------------------------|--------------|
| | Жінки | Чоловіки | Жінки | Чоловіки |
| N | 50 | 50 | 50 | 50 |
| СТ | 35,46±0,74 | 31,6±0,62 | 38,4±0,68* | 37,19±1,14** |
| ОТ | 49,9±0,61 | 46,9±0,72 | 53,4±0,7** | 52,2±1,07** |

Примітка: * – достовірність відносно основної групи $p < 0,05$;

** – достовірність відносно основної групи $p < 0,01$.

ПП – рівні ОТ у них значимо нижче, ніж в пар, які планують пологи без партнера ($p < 0,001$).

При порівнянні рівнів тривожності у чоловіків і жінок на допологовому етапі виявлено, що у вагітних рівні тривожності вищі, ніж у їх партнерів при ПП ($p = 0,0012$), що природно в даній ситуації. У контрольній групі на допологовому етапі достовірної різниці між показниками вагітних і їх чоловіків не отримано (високі рівні як у вагітних, так і у їх партнерів).

Таким чином, на допологовому етапі показники СТ і ОТ у чоловіків і жінок, які планують ПП, достовірно нижче, ніж в пар, які планують пологи без участі партнера.

Проте, при високих рівнях ОТ перед планованими пологами необхідна психокоректувальна робота (підготовка до пологів) як для вагітних, так і для їх чоловіків.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про наявність специфічних відмінностей соціального і психологічного статусу в родинних пар, які планують ПП. Так, більш високий соціальний і професійний статус, а також краще матеріальне положення частіше зустрічається у сімей, які планують ПП. Крім того, на допологовому етапі показники СТ і ОТ у чоловіків і жінок, які планують ПП, достовірно нижче, ніж в пар, які планують пологи без участі партнера. Отримані результати необхідно враховувати при підготовці родинних пар до ПП на етапі жіночої консультації.

Влияние социального и психологического статуса семейных пар на выбор методики родоразрешения С.Ю. Вдовиченко

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о наличии специфических отличий социального и психологического статуса у семейных пар, планирующих партнерские роды. Так, более высокий социальный и профессиональный статус, а также лучшее материальное положение чаще встречаются у семей, планирующих партнерские роды. Кроме того, на этапе беременности основные показатели ситуационной и личностной тревожности у мужчин и женщин, планирующих партнерские роды, до-

стоверно нижче, ніж у пар, плануючі традиційні роди. Отримані результати необхідно врахувати при підготовці сімейних пар до партнерських родів на етапі жіночої консультації.

Ключеві слова: партнерські роди, соціальний і психологічний статус.

Influence of the social and psychological status of married couples on a technique choice delivery
S.J. Vdovichenko

Results of the spent researches testify to presence of specific differences of the social and psychological status at the married couples planning partner childbirth. So, higher social and professional status, and also the best financial position meet at the families, planning partner childbirth is more often. Besides, at a pregnancy stage the basic indicators situational and personal uneasiness at men and the women planning partner childbirth, authentically more low, than at the pairs, planning traditional childbirth. The received results are necessary for considering by preparation of married couples for partner childbirth at stage of female consultation.

Key words: partner childbirth, the social and psychological status.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство: Теория и практика. / В.В. Абрамченко. – СПб: СОТИС, 2011. – 311 с.
2. Алешина Н. Почему муж не хочет присутствовать на родах? 7 объективных причин / Н. Алешина // <http://urology.com.ua/article5917.html> (2015).
3. Андреева Т.В. Психология современной семьи / Т.В. Андреева. – СПб.: Речь, 2015. – 436 с.
4. Брагина Н.М. Психологическая готовность женщины к родам: актуальность проблемы / Н.М. Брагина // Проблемы социальной психологии XXI столетия. Т. 1. / Под ред. Козлова В.В. – Ярославль, 2014. – С. 133–134.
5. Брутман В.И. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов / В.И. Брутман, Г.Г. Филиппова, И.Ю. Хамитова // Вопросы психологии. – 2012. – № 1. – С. 59–68.

УДК 618.3#618.33-02+618.5-089]-07:[073.432.19+073.48+616.12-079.2] 001.891.5

**Особливості діагностики дистресу
плода під час вагітності та в пологах –
практичний досвід**

Н.В. Гецько, О.В. Цмур

Ужгородський національний університет

У статті наведено результати клініко-статистичної обробки 38 історій пологів та розвитку новонароджених у жінок з дистресом плода. Визначення стану плода проводили неінвазивними методами дослідження, регламентованими Наказом МОЗ України № 900 від 27.12.2006 р., а саме: кардіотографія, доплерометрія, ультразвукове обстеження. Тактика ведення кожного випадку обиралась індивідуально, враховуючи результати обстежень та стан плода. Доведено, що перинатальні наслідки для немовлят з дистресом плода в пологах залежать від тривалості дистресу та швидкості прийняття рішення про розродження.

Ключові слова: вагітність, пологи, дистрес плода, УЗД, доплерометрія, КТГ, кесарський розтин, вакуум-екстракція, акушерські щипці.

Основним завданням акушерства є надання кваліфікованої медичної допомоги вагітній жінці по забезпеченню народження живої та здорової дитини. Ключовим моментом цього завдання є визначення стану плода.

Порушення стану життєдіяльності плода під час вагітності та пологів можуть виникати на фоні різних ускладнень як з боку матері, так і з боку фетоплацентарного комплексу.

Не дивлячись на різні причини виникнення внутрішньоутробного страждання плода (порушення транспортування кисню до матки, порушення обміну кисню між маткою та плацентою, патологічні стани плода і пуповини), в сучасному акушерстві вони позначаються як дистрес плода.

Сучасна ідеологія перинатальної охорони плода базується на принципах прийняття медичних рішень, які базуються на доказовій медицині та включені (входять) до міжнародних стандартів надання допомоги.

Базові знання та міжнародний досвід сучасного практичного підходу до діагностики та лікування дистресу плода викладені в клінічному протоколі «Дистрес плода при вагітності та під час пологів» [3].

У структурі причин перинатальної захворюваності і смертності одне з перших місць займає гіпоксія плода. Її частота, за різними літературними даними, складає 50–76% [1, 2]. У зв'язку з цим оцінка функціонального стану плода є однією з основних задач при спостереженні за перебігом вагітності і пологів.

Майже всі екстрагенітальні та акушерські ускладнення під час вагітності негативно впливають на розвиток плода, часто викликаючи антенатальний дистрес. Враховуючи значну частоту різноманітних ускладнень вагітності, що сягає біля 70%, вирішальне зна-

чення має раннє виявлення ознак страждання плода. Своєчасна діагностика антенатального дистресу плода дозволяє не тільки обрати адекватну тактику ведення вагітності і пологів, але й підвищити ефективність лікування плацентарної недостатності.

Відомо, що факторами ризику виникнення дистресу плода можуть бути як екстрагенітальні захворювання матері, ускладнення гестаційного процесу та ускладнення пологів, які призводять до метаболічного ацидозу крові плода і, в деяких випадках, можуть виникати незворотні зміни стану плода аж до виникнення важкої асфіксії з летальними наслідками.

У процесі виникнення внутрішньоутробних страждань плода (дистресу) основним патогенетичним фактором є киснева недостатність, яка призводить до порушення обмінних процесів, функціональної здатності матки компенсувати кисневе голодування і, в результаті, до термінальних станів.

Вчасно виявлений дистрес плода, як під час вагітності, так і під час пологів істотно впливає на перинатальні наслідки розродження та має великий вплив на стан здоров'я малюків в подальшому.

Фактори ризику, що призводять до розвитку дистресу плода:

1. Патологічні стани, що призводять до порушення транспорту кисню до матки:

а) порушення оксигенації материнської крові (серцево-судинна патологія, генералізовані ангіопатії при цукровому діабеті, інфекційні захворювання, вплив токсичних та шкідливих факторів середовища та шкідливих звичок);

б) гемічна гіпоксія (анемія вагітних);

в) циркуляторні розлади у вагітних (гіпотензія, гіпертензія, прееклампсія вагітних).

2. Патологічні стани, що порушують обмін кисню між маткою та плацентою:

а) патологічні зміни в спіральних артеріях, як наслідок перенесених до вагітності запальних захворювань або переривань вагітності;

б) окклюзивні ураження спіральних артерій внаслідок мікротромбозів, периферичного вазоспазму (переночування, прееклампсія);

в) аномалії пологової діяльності.

3. Власно плацентарні фактори:

а) порушення розвитку та дозрівання плаценти (ангіоми, кісти плаценти, двочасткова плацента, тощо).

Патологічні стани плода і пуповини:

а) порушення кровообігу в а.umbilicalis (вузли пуповини, функціонально коротка пуповина, тромбоз а.umbilicalis).

б) захворювання плода (гемолітична хвороба, вади розвитку).

Ми не в змозі виявити наявність гіпоксемії та гіпоксії плода, але можемо визначити стан плода неінвазивними прямими методами: ультразвуковою фетометрією, кардіотокографією (КТГ), ультразвуковою доплерометрією швидкості кровотоку в судинах плода, пуповини, плаценти та матки.

Використовуючі наведені вище методи, можливість визначення стану плода значно зростає. Це стосується більш ранньої діагностики неблагополуччя плода (страждання) і, перш за все, в/утробної гіпоксії за даними КТГ; об'єктивізації критеріїв ступеню важкості плацентарної недостатності за даними дослідження кровоплину в судинах матково-плацентарного комплексу та плода, виявлення (діагностика) затримки розвитку

плода за даними фетометрії, оптимізація вибору тактики ведення вагітності та пологів та використання оперативного методу родорозршення у вагітних з дистресом плода.

Комплексне пренатальне обстеження вагітної у відповідності із рекомендаціями Міжнародної асоціації акушерів і гінекологів (FIGO) і провідних спеціалістів в області перинатології направлено на раннє виявлення різних по формі і ступеню важкості патологічних станів плода. Тільки висока точність діагностики порушень функціонального стану плода, достовірна оцінка ступеня важкості цих порушень (особливо в групі жінок високого ризику перинатальної патології) дозволяє с своєчасно вирішити питання про госпіталізацію, проведення комплексу лікувально-профілактичних заходів, а також визначити рівень акушерського стаціонару та оптимальний термін і метод розродження.

Мета дослідження:

1. Дослідити перебіг вагітності та пологів та стану плода та новонародженого у вагітних жінок з діагнозом «дистрес плода». Встановити зв'язок перебігу вагітності, наявності екстрагенітальної захворюваності з перебігом вагітності, пологів та станом плода і новонародженого.

2. Оцінити можливості неінвазивних методів дослідження стану плода під час вагітності та в пологах.

3. Дослідити взаємозв'язок між патологічними змінами навколоплідних вод, результатами обстежень фетоплацентарного комплексу, станом плода під час вагітності і в пологах та перинатальними наслідками розродження.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено клініко-статистичний аналіз 38 історій пологів та розвитку новонародженого, які знаходились під спостереженням і народжували в Ужгородському МПБ за період з 01.01.2013 р. по 01.11.2013 р.

Терміни вагітності у жінок з дистресом плода від 30 до 42 тиж, з них мешканок міста і села було майже порівну (58% та 42% відповідно); першовагітних – 55%, повторно-вагітних – 45%.

Вік жінок коливався від 15 до 42 років.

Залежно від клінічної картини, тактики ведення та розродження пацієнтки були розподілені по групам:

1 група – вагітні з дистресом плода до початку пологової діяльності (13 жінок);

2 група – дистрес плода в I періоді пологів (12 жінок);

3 група – дистрес плода в II періоді пологів (13 жінок).

При проведенні обстеження у вагітних I групи використовувались наступні методи діагностики стану плода, на основі яких встановлювався діагноз дистресу плода, а саме:

1. Аускультация серцевої діяльності плода.

2. Визначення біофізичного профілю плода (БПП), в тому числі і модифікованого в поєднанні з індексом амніотичної рідини.

3. Визначення швидкості кровотоку в артерії пуповини.

4. Кардіотокографія плода з комп'ютерною обробкою даних на кардіотокографі.

Вагітні з підозрою на дистрес плода були госпіталізовані у відділення патології вагітності Ужгородського МПБ з наступним їхнім обстеженням та моніторним спостереженням за станом плода у випадках ускладнення вагітності або екстрагенітальної па-

тології проводили корекція лікування основного захворювання з метою знизити його несприятливий вплив на плід.

У І групі спостереження вагітні розподілялись наступним чином:

- жительки сільської місцевості – 59% (7);
- жительки міста – 41% (6);
- з них першородячих – 6 (41%);
- повторнонароджуючих – 7 (59%).

Розподіл жінок за віком:

- 15–29 років – 6 (41%);
- 25–34 років – 5 (38%);
- 35–42 років – 2 (15%).

9 вагітних з цієї групи були соматично здоровими, в інших спостерігалася екстрагенітальна патологія та ускладнення вагітності, а саме:

- переривання вагітності – 4 випадки;
- гіпертонічна хвороба – 2 випадки;
- полікістоз нирок – 1 випадок;
- ожиріння – 2 випадки;
- міопія – 1 випадок;
- патологія щитовидної залози – 2 випадки;
- безпліддя в анамнезі – 1 випадок;
- ревматизм – 1 випадок.

Перебіг вагітності у вагітних І групи ускладнився наступним и захворюваннями:

- прееклампсія вагітних легкого та середнього ступеню – 3 випадки;
- залізодефіцитна анемія – 3 випадки;
- поєднаний пізній гестоз – 2 випадки.

При обстеженні стану фетоплацентарного комплексу у вагітних І групи були виявлені наступні ускладнення:

- затримка внутрішньоутробного розвитку плода – 59%;
- маловоддя – 70%;
- порушення гемодинаміки а.umbilicalis – 39%;
- погані показники біофізичного профілю плода (3–6 балів) – 52%;
- багатоводдя – 4%.

Слід відмітити, що найгірші показники біофізичного профілю плода та гемодинамічних змін в а.umbilicalis спостерігались у вагітних з вираженим маловоддям, де індекс амніотичної рідини складав менше 3, а швидкість кровотоку змінювалась протягом спостереження в бік зниження діастолічного компоненту аж до виникнення термінального кровотоку, а в одному випадку – до нульового і реверсного кровотоку.

Взаємозв'язок між маловоддям і виникненням дистресу плода підтверджується багатьма клініцистами і описаний в медичній літературі. Так, група японських авторів з університету Нагасакі ще в 1997 році провели дослідження і виявили прямий кореляційний зв'язок між маловоддям і виникненням дистресу плода.

Слід зауважити, що кардіотокографічне зображення серцевих скорочень плода не завжди корелювало зі змінами біофізичного профілю плода та доплерометрії. Так, у випадку термінального кровотоку в пуповинній артерії показники кардіотокограми були в межах норми протягом 10 днів і, лише при появі нульового кровотоку, на КТГ була зареєстрована повна відсутність акцелерації протягом 25 хв. У зв'язку з цим, вагітній жінці було проведено термінове оперативне розродження шляхом кесарева розтину.

Усі вагітні жінки І групи з встановленим діагнозом дистресу плода до початку пологової діяльності були розроджені методом кесарева розтину.

Стан новонароджених дітей у цій групі розподілявся наступним чином:

23% – без патологічних відхилень раннього неонатального періоду, 77% – з патологічним перебігом раннього неонатального періоду, який розподілявся по наступних нозологіях:

1. Недоношеність – 6 випадків (41%);
2. ЗВУР – 7 випадків (69%);
3. Гіпертензивний синдром – 1 випадок (7,7%);
4. Синдром дихальних розладів – 1 випадок (7,7%);
5. Гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС – 1 випадок (7,7%);
6. Муковісцидоз – 1 випадок (7,7%);
7. Внутрішньомозкові крововиливи – 2 випадки (15%);
8. Перинат. ураження ЦНС – 1 випадок (7,7%);
9. Дезадаптаційний синдром – 2 випадки (15%).

Оцінка за шкалою Апгар коливалась від 2 до 7 балів і розподілялась наступним чином:

- 2 бали – 1 випадок;
- 4–7 балів – 11 випадків;
- 8 балів – 1 випадок.

Характеристика навколоплодових вод була наступною:

- чисті – 7 випадків (59%);
- меконіальні – 3 випадки (23%);
- кров'янисті – 1 випадок (7,7%);
- мутні – 2 випадки (15%).

Звертає на себе увагу часте поєднання маловоддя і ЗВУР – 7 випадків (55%) і лише у 3 вагітних спостерігалась стійка монотонність ритму з 1–2 або їх відсутністю протягом 20 хв спостережень, що й дозволило остаточно визначитись з тактикою ведення випадку.

У 2 групі вагітних (12 жінок) дистрес плода був діагностований в І періоді пологів, причому, з початком пологової діяльності за станом плода проводився моніторинговий контроль за допомогою КТГ –

У групі з 12 вагітних було 5 жительок міста (42%) і 7 жительок села (58%), першовагітних – 7 (58%), повторно вагітних – 5 (42%), розподіл по віку: 15–24 роки; 25–34 роки; 35–42 роки був однаковий.

При клініко-статистичній обробці історій пологів було виявлено наступні дані анамнезу (екстрагенітальні захворювання):

- Пієлонефрит – 1
- Гіпертонічна хвороба – 2
- Носій НБС антигену – 1

Розумова відсталість – 1

НЦД по гіпотонічному типу – 1

Ожиріння – 1

НЦД по гіпертонічному типу – 1

Переривання вагітності – 3

Перебіг вагітності ускладнився наступними ускладненнями:

1. Залізодефіцитна анемія – 3 випадки (25%).

2. Преєклампсія вагітних – 3 випадки (25%).

3. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти – 1 випадок.

Визначення дистресу плода в I періоді пологів проводили методом аускультативного носієві методом електронного запису кардіотокограм. З позиції сучасного акушерства проведення кардіотокографічного дослідження при ускладненому перебігу вагітності, а також проведення КТГ-моніторингу в родах є необхідною і обов'язковою умовою досягнення сприятливого результату вагітності і пологів для плода і новонародженого. Візуальна оцінка антенатальних кардіотокограм в значній мірі є суб'єктивною, а суб'єктивності, як правило, властива нестабільність висновків. Розбіжності висновків в оцінці одних і тих же кардіотокограм між декількома експертами відмічені в достатньо високому відсотку – 37–78%, що неприйнятне для діагностичного методу. Такий високий відсоток розбіжності висновків в оцінюванні одних і тих же кардіотокограм можна частково пояснити використанням різних діагностичних критеріїв і недосконалістю візуальної інтерпретації кардіотокограм. Спільною рисою є також потреба тривалого запису КТГ – від 20 (мінімально) до 60 хв.

Суб'єктивність оцінки кардіотокограм може бути значно зменшена при використанні спеціальних комп'ютерних програм. Сьогодні в багатьох перинатальних діагностичних центрах і акушерських клініках світу комп'ютерний аналіз кардіотокограм повністю витіснив їх візуальну оцінку [5].

У 1971 році з'явилось повідомлення Dawes G. і Redman C. (1971) про те, що ними запропонована принципово нова система оцінки стану плода за наслідками автоматичного розрахунку параметрів і аналізу антенатальної КТГ. Друга версія програми аналізу, що тримала назву Sonicaid 8002, розроблена на базі вивчення 48 000 реальних КТГ. Вона пройшла апробацію в провідних акушерських клініках Англії, Німеччини, Франції, Італії, США, Росії. Програма визнана світовою спільнотою акушерів найбільш надійною та інформативною, та рекомендована Всесвітньою асоціацією акушер-гінекологів (FIGO) в акушерську практику. Слід відмітити, що широке використання тільки кардіотокографії з 60-х років минулого століття дозволило знизити в розвинутих країнах світу перинатальну смертність в 3–4 рази

У нашій клініці використовується як метод простої КТГ, так і КТГ з комп'ютерною обробкою даних (за допомогою апаратів Sonicaid).

При проведенні КТГ у всіх роділей 2 групи було виявлено одну або декілька патологічних ознак, а саме: монотонність ритму при базальній частоті > 180 або 100 ударів за хвилину та появу ранніх, варіабельних або пізніх децелерацій амплітудного більше 30 ударів за хвилину.

В зв'язку з встановленням діагнозу дистресу плода в I періоді пологів усі випадки були завершені шляхом кесарева розтину.

Стан новонароджених за шкалою Апгар розподілявся наступним чином:

| Шкала Апгар | Випадки/проценти |
|-------------|------------------|
| 1-4 бали | 2-16% |
| 5-7 балів | 4-34% |
| 8 балів | 6-50% |

Чотири новонароджених потребували лікування у неонатологічному відділенні, 2 дітей – у відділенні інтенсивної терапії новонароджених.

По нозологіям новонароджених виявлено:

ЗВУР – 2 випадки (16%);

Асфіксія новонароджених – 2 випадки (16%);

СДР – 2 випадки (16%).

1 випадок важкої асфіксії новонародженого відбувся на фоні передчасного відшарування плаценти з великою крововтратою та екстирпацією матки у матері.

Слід зауважити, що і в 2 групі роділей з дистресом плода більш ніж в половині випадків були густі меконіальні води – 8 випадків (66%) та маловоддя – 4 випадки (33%).

3 група вагітних з дистресом плода представлена 13 випадками, в яких дистрес плода був діагностований в II періоді пологів, з них 8 жінок (62%) – жительок села і 5 жінок (38%) – жительок міста віком 15–24 роки – 5 жінок (38%); 25–34 року – 6 (41%) і 35–42 року – 2 (15%), причому першонароджуючих було більше – 8 (62%) проти 5 (38%).

У 8 жінок (62%) перебіг вагітності був без ускладнень, у 5 (35%) спостерігались відповідно:

- ПЕ – 1 випадок;

- анемія вагітних – 2 випадки;

- загроза переривання вагітності – 1 випадок.

3 екстрагенітальні патології слід відмітити 1 випадок ожиріння та 1 випадок хронічного бронхіту.

В 3 групі спостерігались новонароджені і розподілялись наступним чином:

| Шкала Апгар | Випадки/проценти |
|-------------|------------------|
| 1-4 бали | 3-25% |
| 5-7 балів | 9-69% |
| 8 балів | 1-7,7% |

При цьому тривалість II періоду пологів складала 120 хв у новонароджених з найнижчою оцінкою за шкалою Апгар (1–4 бали); 40 хв – у новонароджених з середнім ступенем важкості асфіксії (5–7 балів) і 25 хв – у малюків без асфіксії.

Постнатальні (патологічні) стани спостерігали у 8 (62%) новонароджених і були представлені:

1. Гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС – 1 випадок (7,7%).

2. Асфіксія новонароджених – 3 випадки (23%).

3. Кефалогематома – 2 випадки (15%).

4. Судомна готовність – 1 випадок (7,7%).

5. Перелом ключиці – 1 випадок (7,7%).

6. Синдром дихальних розладів – 2 випадки (15%).

7. Дезадаптаційний синдром – 2 випадки (15%).

У цій групі 3 новонароджених потребували нагляду та лікування у відділенні інтенсивної терапії новонароджених.

Перебіг пологів у 3 групі роділей із дистресом плода ускладнився слабкістю пологової діяльності у 3 випадках, передчасним не прогресуючим відшаруванням нормально розташованої плаценти в одному випадку.

Моніторинг за станом плода проводився за допомогою КТГ, що дало можливість вчасно встановити діагноз дистресу плода та негайно завершити пологи. При цьому було виявлено пізні подовжені децелерації з амплітудою 30–60 за 1 хв, з відсутністю нормалізації серцевого ритму плода після потуги. Слід відмітити, що порушення серцевого ритму плода у 6 жінок (41%) спостерігалось на фоні злиття (відходження) густих меконіальних вод.

У 3 групі жінок з дистресом плода в потужному періоді пологів були завершені в 3 випадках накладанням акушерських щипців і в 10 випадках – вакуум-екстракції плода, причому рішення про оперативне завершення пологів приймалось на протязі 5–12 хв. Найкращі перинатальні результати спостерігались у жінок з тривалістю II періоду пологів 25 хв і тривалістю прийняття рішення про термінове оперативне розродження – не більше 5 хв.

В результаті дослідження було встановлено, що у 39% жінок спостерігався ускладнений перебіг вагітності, у 24% – ускладнений перебіг пологів, маловоддя (70%) часто супроводжувалось ЗВУР (59%) і більш ніж в половині випадків (66%) спостерігались меконіальні води.

ВИСНОВКИ

1. Отримані дані про перебіг вагітності та пологів у вагітних з дистресом плода свідчать про високий ризик виникнення дистресу у жінок з екстрагенітальною патологією, обтяженим акушерським анамнезом та ускладненим перебігом вагітності та пологів.

2. Сучасні неінвазивні методи обстеження та дослідження стану плода дають можливість вчасно виявити та оцінити ступінь важкості дистресу плода, причому їх застосування має бути комплексним та проводитись в моніторному режимі.

3. Діагностика стану матері і плода повинна мати системний, комплексний і динамічний характер, що враховує індивідуальні особливості перебігу даної вагітності і пологів.

4. Результати проведеного клініко-статистичного аналізу історій пологів та карт розвитку новонародженого свідчать, що:

а) хронічний перебіг дистресу плода призводить до виникнення ЗВУР плода та супроводжується маловоддям.

б) найгірші показники шкали Апгар спостерігались у новонароджених 3 групи (дистрес в II періоді пологів), а найкращі – в 2 групі (I період пологів).

в) пряму залежність стану новонароджених між тривалістю II періоду пологів та швидкістю прийняття рішення про оперативне розродження (вакуум-екстракція, накладання акушерських щипців).

5. Перинатальні наслідки залежать від тривалості дистресу та швидкості прийняття рішення про розродження.

Особенности диагностики дистресса плода во время беременности и в родах – практический опыт

Н.В. Гецко, О.В. Цмур

В статье приведены результаты клинико-статистической обработки 38 историй родов и развития новорожденного у женщин с дистрессом плода. Определение состояния плода проводили неинвазивными методами, регламентированными Приказом МЗ Украины от 27.12.2006, а именно: доплерометрией, КТГ, УЗИ. Тактику ведения каждого случая избирали индивидуально, с учетом результатов исследования и состояния плода. Доказано, что перинатальные результаты для новорожденных с дистрессом в родах зависят от длительности дистресса и времени принятия решения о родоразрешении.

Ключевые слова: беременность, роды, дистресс плода, УЗИ, доплерометрия, КТГ, кесарево сечение, вакуум-экстракция, акушерские щипцы.

Features of diagnostics of fetal distress during pregnancy and in births is practical experience

N.V. Getsko, O.V. Tsmur

The article imposed clinical results of statistical processing of 38 stories of childbirth and newborn in women with the diagnosis of fetal distress. Determination of fetal state conducted dopplerometria, CTG, ultrasound research. The management of each case was elected individually, taking into account the results of the examination and fetal condition. Perinatal outcomes for infants with distress during the labour depend on the duration of the distress and the time providing operational assistance.

Key words: pregnancy, births, fetal distress, ultrasound research, dopplerometria, CTG, caesarian section, vacuum-extraction, obstetric tongs.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Агеева М.И. Допплерометрические исследования в акушерской практике / М.И. Агеева. – М.: Видар. – М., 2000. – 112 с.
2. Кулаков В.И. Комплексная пренатальная диагностика / В.И. Кулаков // *Мать и дитя: Материалы 6-го Росм. Форума.* – М., 2004. – С. 3–6.
3. Наказ МОЗ України № 900 від 27.12.2006 «Дистрес плода при вагітності та під час пологів».
4. Dawes G.S. Short term fetal heart variation, decelerations and umbilical flow velocity waveforms before labour / G.S. Dawes, M. Moulden, C.W.G. Redman // *British Journal of Obstetrics and Gynecology.* – 1992. – № 80. – P. 673–678.
5. Dawes G.S. Improvements in computerized fetal heart rate analysis antepartum / G.S. Dawes, M. Moulden, C.W.G. Redman // *British Journal of Perinatal Medicine.* – 1996. – № 24. – P. 25–26.
6. Dawes G.S. Large fetal heart rate decelerations at term associated with changes in fetal heart rate / G.S. Dawes, M. Lobb, M. Moulden, C.W.G. Redman // *British Journal of Obstetrics and Gynecology.* – 1993. – № 168. – P. 105–111.
7. Douglas G. Computerised analysis of fetal heart rate recordings in patients with diabetes mellitus: the Dawes-Redman criteria may not be valid indicators of fetal well-being / Douglas G. Tincello, M. Khaled El-Sapagh, A. Stephen Walkinshaw // *Journal of Perinatal Medicine.* – 1998. – № 26. – P. 102.
8. Dawes G.S. Baseline in human fetal heart-rate records / G.S. Dawes, C.P.S. Houghton, C.W.G. Redman // *International Journal of Obstetrics and Gynecology* // Online – 23.08.2005.
9. Ferrario M. Heart Rate Variability (HRV) Signal Analysis for the monitoring of fetal distress and neonatal critical care / M. Ferrario, F. Aletti, G. Baselli et al. // *International Journal of Obstetrics and Gynecology* // Online – 2012.

Особливості акушерської та перинатальної патології у жінок з прееклампсією при попередній гестації

Д. О. Говсеєв

Клінічний міський пологовий будинок № 5 м. Києва

Результати проведених досліджень показали, що використання запропонованих нами реабілітаційних і лікувально-профілактичних заходів у жінок з прееклампсією при попередній гестації дозволяє поліпшити показники центральної гемодинаміки у поєднанні з нормалізацією функціонального стану вегетативної нервової системи, а також корегувати взаємини в системі мати–плацента–плід перед розродженням, що позитивно впливає на акушерські і перинатальні результати у жінок групи високого ризику.

Ключові слова: вагітність, пологи, прееклампсія.

Вивчення проблеми прееклампсії як і раніше залишається актуальною, оскільки вона є провідною причиною материнських і перинатальних втрат, займає істотне місце серед ускладнень, що негативно впливають на репродуктивне здоров'я матері і дитини [1–4]. Крім того, актуальність цієї проблеми обумовлена також негативними віддаленими наслідками прееклампсії для материнського організму [5–7]. На думку багатьох авторів у більшості жінок, що перенесли дане акушерське ускладнення, формуються хронічна патологія нирок, гіпертонічна хвороба, ендокринні порушення, проте відомості про частоту повторної прееклампсії є вельми суперечливими і носять досить дискусійний характер. До теперішнього часу немає чітких критеріїв і тестів, за допомогою яких можна було оцінити ризик розвитку повторної прееклампсії, прогноз перебігу вагітності і пологів у жінок цієї групи.

Не дивлячись на багаточисельні наукові дослідження з проблеми прееклампсії, багато питань залишаються до кінця не вирішеними. На нашу думку, в першу чергу це стосується розробки критеріїв ранньої діагностики, вибору оптимальних методів ведення, термінів і методів розродження, прогнозування і результату вагітності у жінок з прееклампсією при попередній гестації. Відсутні чіткі рекомендації щодо профілактики акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з повторною прееклампсією. Усе це вимагає проведення подальших наукових розробок, направлених на вдосконалення лікувально-діагностичної допомоги вагітним з прееклампсією при попередній гестації.

Мета дослідження: зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з прееклампсією при попередній гестації на основі вивчення клініко-гемодинамічних особливостей, функціонального стану вегетативної нервової системи і фетоплацентарного комплексу, а також розроблення і впровадження реабілітаційних і лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У відповідності з метою справжньої наукової роботи було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 150 жінок, з яких:

- контрольна група – 50 акушерські і соматично здорових первородящих, розроджених через природні пологові шляхи;
- I група – 50 жінок з прееклампсією при попередній гестації, проведених за загальноприйнятими реабілітаційними і лікувально-профілактичними заходами;
- II група – 50 жінок з прееклампсією при попередній гестації, проведених по запропонованій нами методиці.

Загальноприйняті реабілітаційні і лікувально-профілактичні заходи проводили згідно існуючих рекомендацій і включали наступні моменти:

- комплексне обстеження жінок на етапі планування сім'ї з медико-генетичним скринінгом, функціональним, імунологічним і ендокринологічним обстеженням;
- додаткове обстеження терапевтом, окулістом і невропатологом до і в процесі всього гестаційного періоду;
- профілактика акушерських і перинатальних ускладнень з урахуванням чинників ризику.

Основними суттєвими моментами запропонованої нами методики стали:

- оцінювання стану вегетативної нервової системи до і під час вагітності;
- використання гормональних контрацептивів (логест, силест, фемоден) на етапі планування сім'ї і предгравідарної підготовки;
- профілактичне вживання препаратів кртал і магне-В6 в загальноприйнятих дозуваннях в наступних на етапі предгравідарної підготовки і впродовж гестаційного періоду: 10–12 тиж; 20–22 тиж; 30–32 тиж і 37–38 тиж.

Віддалені наслідки прееклампсії різного ступеня тяжкості вивчені в сучасній літературі досить широко [3, 4, 6]. При цьому досить переконливо показано, що жінки, які перенесли прееклампсію, складають групу високого ризику щодо розвитку нової соматичної патології, в основному пов'язаної з ушкодженням судин.

Найчастішим варіантом виникнення екстрагенітальної патології після розродження пацієнток з прееклампсією є нейроциркуляторна дистонія, на фоні якої ризик розвитку повторної прееклампсії збільшується у декілька разів. У цьому аспекті необхідне використання ефективної медикаментозної корекції. Наш вибір був зроблений саме на препараті Кратал, оскільки це новий вітчизняний препарат рослинного походження, 1 пігулка якого містить 0,867 г таурину; 0,043 г естракта плодів глоду густого і 0,087 г екстракту пустирника густого. Кратал володіє м'якою антигіпоксичною і антиагрегантною дією. Крім того, препарат надає дію, що інгібує, на ренін-ангіотензивну і калікреїн-кінінову системи, позитивний вплив на продукцію цАМФ і інгібує процеси перекисного окислення ліпідів, а також покращує кровопостачання і функціональний стан системи мати-плацента-плід, що ми вважаємо досить позитивним моментом. Важливим є і той факт, що останніми роками з'явилися публікації про позитивний вплив Кратала на функціональний стан фетоплацентарного комплексу, що є дуже важливим для профілактики повторної прееклампсії. Все вищепераховане дозволяє нам рекомендувати Кратал для профілактики повторної прееклампсії у жінок групи високого ризику.

Терміни і тривалість реабілітаційних і лікувально-профілактичних заходів проводилися індивідуально під контролем основних клініко-лабораторних і функціональних методів дослідження.

Для проведення дослідження була розроблена спеціальна карта, в яку вносили основні особливості преморбідного фону, причини прееклампсії при попередній гестації, дані про клінічний перебіг вагітності, пологів, стану новонароджених, післяпологового і неонального періодів, а також результати додаткових лабораторних і функціональних методів дослідження. Дані всіх карт заносилися в комп'ютер і оброблялися за допомогою програми Excell.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що перенесена під час гестації прееклампсія є істотним чинником ризику розвитку патології репродуктивної системи: порушення менструального циклу (12,0%) і соматичної захворюваності: нейроциркуляторна (12,0%) дистонія і гіпофункція щитовидної залози (10,0%).

Вагітність у жінок з прееклампсією при попередній гестації супроводжується високою частотою раннього переривання вагітності (8,0%) з приводу діагностованих аномалій розвитку плода і мимовільних викиднів (по 4,0%), а також значним рівнем анемії вагітних (60,9%), прееклампсії (52,2%); фетоплацентарної недостатності (52,2%) і бактеріального вагінозу (32,6%).

Розродження жінок з прееклампсією при попередній гестації відбувається на фоні високої частоти передчасного розриву плодових оболонок (45,7%), дистресу плода (47,8%), аномалій пологового діяльності (41,3%) і передчасного відшарування плаценти (8,7%), що призводить до високого рівня передчасних пологів (13,1%) і кесарева розтину (39,1%).

Перинатальні результати розродження жінок з прееклампсією при попередній гестації характеризуються високою частотою плодових втрат (65,2%), а також значним рівнем затримки внутрішньоутробного розвитку плода (32,6%), середньо-важких форм асфіксії (21,7%), інтраамніального інфікування (10,9%) і постгіпоксичної енцефалопатії (27,9%).

Стан вегетативної нервової системи у жінок з прееклампсією при попередній гестації характеризується розвитком стресової ситуації з підвищеною стомлюваністю, порушеннями сну і тривожністю. Регуляція серцевого ритму відбувається в умовах автономного контуру з подальшою вираженою напругою регуляторних механізмів, що з'являється централізацією управління серцевою діяльністю і різким підвищенням активності симпатичної і парасимпатичної нервової системи. Під час подальшої вагітності ці зміни носять прогресуючий характер.

Використання пропонованих реабілітаційних і лікувально-профілактичних заходів у жінок з прееклампсією при попередній гестації дозволяє знизити частоту переривання вагітності до 20 тиж в 4 рази; прееклампсії при справжній вагітності – в 3,6 рази; фетоплацентарної недостатності в 2 рази; передчасних пологів – в 3,2 рази; дистресу плода в пологах в 2,3 рази; аномалій пологової діяльності – в 2 рази; кесаревих розтинів – в 1,9 рази; середньо-важких форм асфіксії новонароджених – в 3,6 рази; постгіпоксичної енцефалопатії – в 3,2 рази і перинатальних втрат – в 3,2 рази.

ВИСНОВКИ

Таким чином, використання пропонованих нами реабілітаційних і лікувально-профілактичних заходів в жінок з прееклампсією при попередній гестації дозволяє поліпшити показники центральної гемодинаміки у поєднанні з нормалізацією функціонального стану вегетативної нервової системи, а також корегувати взаємини в системі мати-плацента-плід перед розродженням, що позитивно впливає на акушерські і перинатальні результати у жінок групи високого ризику.

Особенности акушерской и перинатальной патологии у женщин с прееклампсией при предыдущей беременности

Д.А. Говсеев

Результаты проведенных исследований показали, что использование предлагаемых нами реабилитационных и лечебно-профилактических мероприятий у с прееклампсией при предыдущей гестации позволяет улучшить показатели центральной гемодинамики в сочетании с нормализацией функционального состояния вегетативной нервной системы, а также корректировать взаимоотношения в системе мать–плацента–плод перед родоразрешением, что положительно влияет на акушерские и перинатальные исходы у женщин группы высокого риска.

Ключевые слова: беременность, роды, прееклампсия.

Features obstetrical and perinatal pathologies at women with preeclampsia at the previous pregnancy

D.A. Govseev

Results of the lead researches have shown, that use of rehabilitation and treatment-and-prophylactic actions at with preeclampsia at previous gestation allows to improve parameters central hemodynamic in a combination to normalization of a functional condition of vegetative nervous system, and also correction mutual relations in system mother – placenta- born before delivery, that positively influences on obstetrical and perinatal outcomes at women of group of high risk.

Key words: pregnancy, delivery, preeclampsia.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Богатирьова Р.В. Ведення вагітності та пологів при пізній прееклампсії, їх прогнозування, діагностика, лікування і профілактика / Р.В. Богатирьова, Б.М. Венцківський, В.С. Дашкевич / Метод. рекомендації. – К., 2009. – 32 с.
2. Венцовский Б.М. Современные принципы лечения позднего токсикоза беременных / Б.М. Венцовский, В.Г. Жегулович // Лікування та діагностика. – 2007. – № 1. – С. 42–44.
3. Венцківський Б.М. Гестози вагітних: Навч. посібник. / Б.М. Венцківський, В.М. Запорожан, А.Я. Сенчук. – К.: Аконті, 2012. – 112 с.
4. Коломийцева А.Г. Поздние гестозы беременных / А.Г. Коломийцева // Вісник асоц. акушерів-гінекологів України. – 1999. – № 3. – С. 79–89.
5. Коломийцева А.Г. Волемічні зміни у вагітних з прееклампсією / А.Г. Коломийцева, Л.В. Віденко // Зб. наукових праць Асоціації акуш.-гінекол. України. – К., 2009. – С. 51–55.
6. Степанковская Г.М. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии. / Г.М. Степанковская, Б.М. Венцовский – К.: Здоров'я, 2010. – 672 с.
7. Чайка В.К. Программа охраны материнства и детства в семье (безопасное материнство) – профилактика акушерских и перинатальных потерь / В.К. Чайка, Т.Ю. Бабич, Г.В. Белоусов // Збірн. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К., 2009. – С. 460–463.

Ретроспективний аналіз кесаревого розтину у жінок з аномаліями пологової діяльності

Н.П. Гончарук, Н.Р. Ковида

Київський міський пологовий будинок № 1

У роботі проаналізовані історії пологів породілей з аномаліями пологової діяльності типового міського пологового будинку, пологи в яких були закінчені шляхом операції КС. Встановлено динамічні зміни в частоті, у віковій структурі, паритеті, виділені основні свідчення до оперативного розродження

Ключові слова: кесарів розтин, аномалії пологової діяльності

Однією з найактуальніших проблем сучасної перинатальної медицини є патологія скорочувальної діяльності матки, яка спостерігається у кожній п'ятій жінки [1].

Зростання цього ускладнення в останні десятиліття змусив вітчизняних і зарубіжних вчених вивчати дану проблему, але до теперішнього часу дійсно ефективних шляхів рішення не знайдено. Число абдомінальних пологів, післяопераційних і післяпологових ускладнень, а також дитяча захворюваність в даній групі вкрай високі [2].

Останнім часом зросла питома вага первинної та вторинної слабкості пологової діяльності, при цьому не знайдено нових ефективних шляхів профілактики та боротьби з цим ускладненням пологів. За даними ВООЗ, в даний час близько 65% всіх пологів закінчується застосуванням окситоцину. При цьому, небезпечна тенденція збільшення дози введеного в пологах окситоцину призводить до підвищення частоти гіпоксії плода [3].

В останнє десятиліття зріс інтерес акушерів-гінекологів, фізіологів, ендокринологів, морфологів і вчених інших спеціальностей до дослідження АПД. Складаючи близько 2% пологів в популяції, дане ускладнення пологів погано піддається терапії і являє собою науково-практичну проблему, яка не має ефективних шляхів вирішення [4].

Мета дослідження: аналіз частоти та структури показань до оперативного розродження у жінок з аномаліями пологової діяльності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У процесі виконання роботи було вивчено та проаналізовано історії пологів роділлей з аномаліями пологової діяльності типового міського пологового будинку, пологи у яких були закінчено шляхом операції КР за період з 2001–2014 рр.

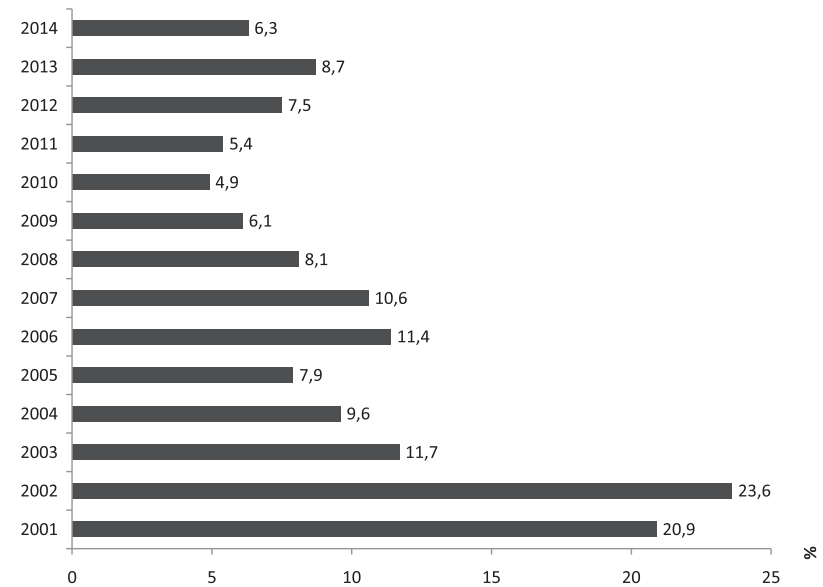
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У загальній структурі показань до КР за досліджуваний період друге місце посідають аномалії пологової діяльності, що сприяло подальшому детальному аналізу історій пологів за даним показанням.

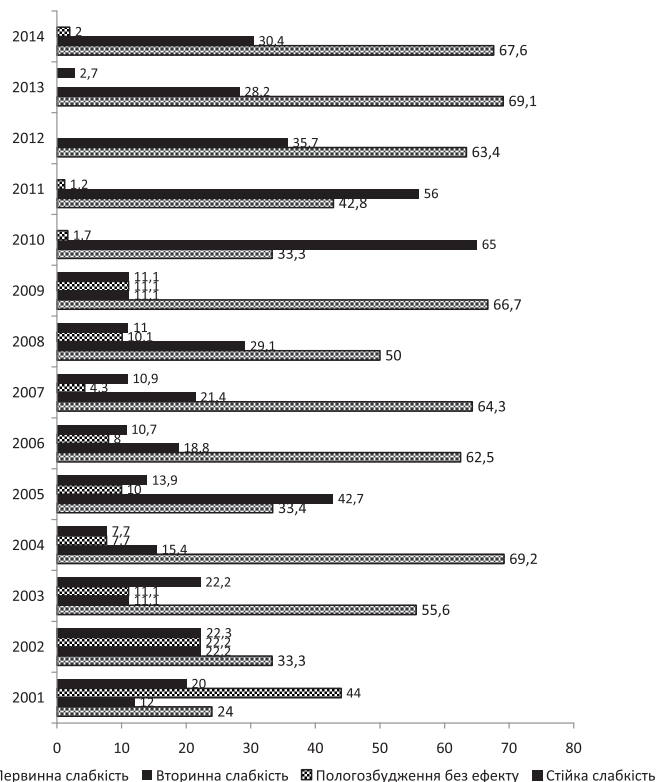
При ретельному вивченні розподілу щодо даного показання, відзначаємо позитивну динаміку до його зменшення з 20,9% – у 2001 р. до 6,3% – у 2014 р. (мал. 1). На нашу думку, це може свідчити про вчасне виявлення даної патології, використання комплексного підходу до діагностики: врахування як суб'єктивних відчуттів роділлі, так і результатів кардіотокографії та адекватного лікування з використанням сучасних утеротонічних препаратів.

Із врахуванням позитивної тенденції до зниження аномалій пологової діяльності за досліджуваний період, проте високого їх рівня, нами було проаналізовано основні причини (структуру) їх виникнення. Так, основним показанням протягом усього періоду є первинна слабкість пологової діяльності, що в середньому становить 55% (мал. 2).

На нашу думку та з урахуванням даних наукових джерел первинна слабкість пологової діяльності може виникати внаслідок перенапруження функції ЦНС, ендокринопатії, несвоечасного лікування патологічного прелімінарного періоду або неадекватної оцінки передвісників пологів, перерозтягнення матки в разі багатоводдя, багатопліддя, великого плода. Наведені вище факти потребують подальшого ретельного вивчення.



Мал. 1. Частота проведених КР у жінок з аномаліями пологової діяльності

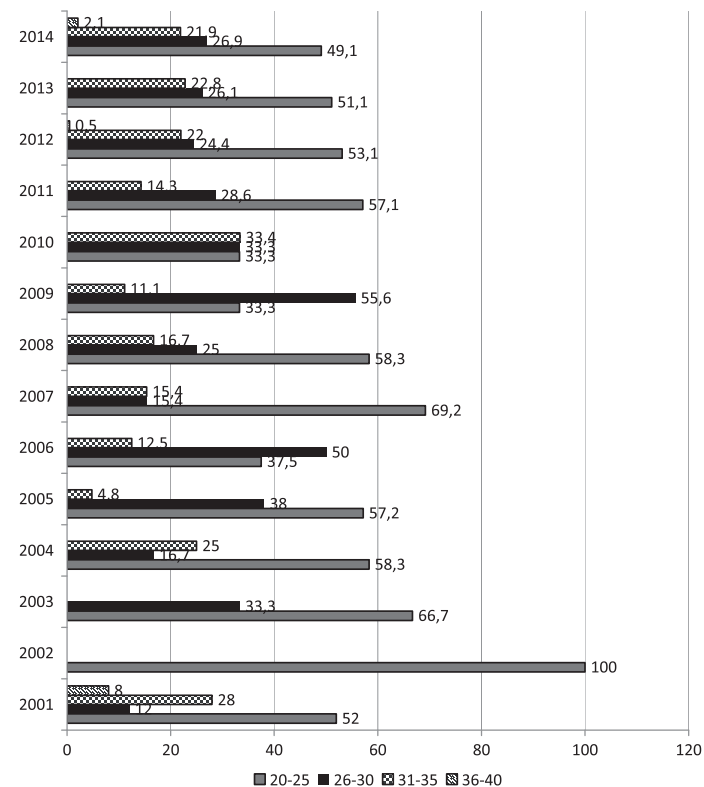


Мал. 2. Основні показання до КР у жінок з аномаліями пологової діяльності за 2001–2014 рр.

Ураховуючи, що з 2011 року запроваджуються нові підходи до розродження жінок з рубцем на матці в структурі показання до КР, з'явилося поєднане показання – це первинна слабкість пологової діяльності у жінок, які здійснили спробу ВПКР. Так, у 2012 р. таких породілей було 8,5%, у 2013 р. – 15,5%, а у 2014 р. – 29,4% від загальної структури первинної слабкості пологової діяльності.

Також високий рівень серед причин виникнення аномалій пологової діяльності займає вторинна слабкість, яка в середньому становить 30%. Звертає на себе увагу, зниження пологозбудження без ефекту практично в 10 разів, з 20,9% у 2001 р. до 2% – у 2014 році. Ми вважаємо, що дана ситуація обумовлена встановлення чітких критеріїв щодо оцінки зрілості шийки матки у жінок, які плануються для програмованих пологів, та розроблення нових підходів до їх ведення.

При дослідженні розподілу за віком жінок з аномаліями пологової діяльності за 2001–2014 рр. було встановлено, що дана патологія найбільш часто зустрічається у



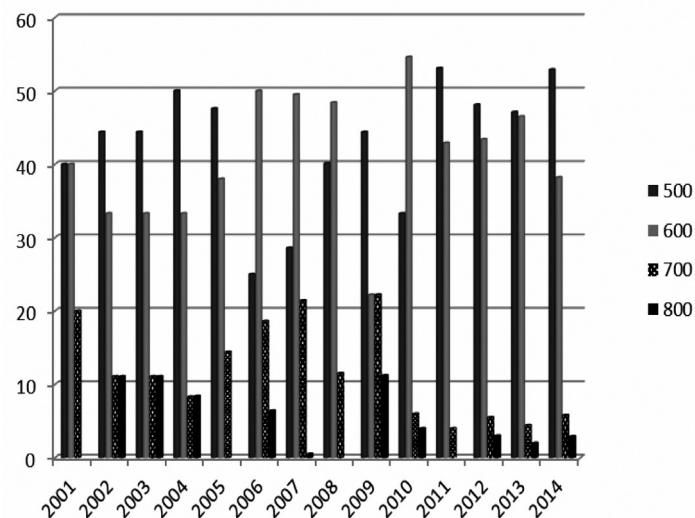
Мал. 3. Динаміка розподілу за віком жінок з аномаліями пологової діяльності, яким проведено КР за 2001–2014 рр.

віці 20–25 років (мал. 3.). Проте це не відображає загальну вікову статистику жінок за досліджуваний період, які були розроджені шляхом КР.

Слід відмітити, що у даній когорти жінок особливістю паритету було значне превалювання (до 2012 р.) перших пологів, що становили практично 95%. Однак, структура паритету змінилася з 2012 року з появою нового показання первинна слабкість пологової діяльності у поєднанні з рубцем на матці, кількість перших пологів зменшилась до 70%.

В подальшому нами було проаналізовано об'єм загальної крововтрати у жінок з аномаліями пологової діяльності, яким проведено КР (мал. 4).

З отриманих даних, що відображені на мал. 4, відзначаємо збільшення об'єму загальної крововтрати у жінок з аномаліями пологової діяльності за досліджуваний період. Так крововтрата об'ємом 600 мл в середньому була у 41%, а 700 мл – у 12%. Дана тенденція пояснюється тим, що при аномаліях пологової діяльності зни-



Мал. 4. Динаміка розподілу жінок з аномалією пологової діяльності, яким проведено КР за об'ємом загальної крововтрати 2001–2014 рр.

жується скоротлива здатність матки, внаслідок виснаження міоцитів та пригнічення чутливості рецепторів міометрію до окситоцину, що приводить до збільшення об'єму крововтрати.

Основним ускладненням в післяопераційному періоді була анемія, яка становила в середньому 37%, з них 23% – середнього ступеню тяжкості та 27,8% – тяжкого ступеню, що прямопропорційно корелює зі збільшенням об'єму загальної крововтрати.

Також було проведено оцінку стану новонароджених у жінок з аномаліями пологової діяльності розродженнях шляхом КР. Встановлено, що у 95% були вилучені здорові діти з оцінкою Апгар 8/8 б.

ВИСНОВКИ

Провівши детальний аналіз історії пологів жінок з АПД за 2001–2014 рр. можна зробити наступні висновки:

- спостерігається позитивна тенденція до зниження аномалій пологої діяльності за досліджуваний період;
- основним показом протягом усього періоду є первинна слабкість пологової діяльності, що в середньому становить 55%;
- ретельний збір анамнезу, вивчення об'єктивного статусу та результатів додаткових методів дослідження, ймовірно, дадуть можливість завчасно виявляти групу ризику порушень скоротливої діяльності матки, проводити повноцінну підготовку вагітних до пологів і чітко патогенетично обґрунтовувати лікувальні заходи.

Ретроспективний аналіз кесарева сечення у жінок з аномаліями родової діяльності Н.П. Гончарук, Н.Р. Ковида

В роботі проаналізовані історії родов жінки з аномаліями родової діяльності типичного городского роддома, роди у яких були закончені путем операції КС. Установлено динамічні зміни в частоті, в віковій структурі, паритеті, виділені основні показання к оперативному родорозрешенню

Ключевые слова: кесарево сечение, аномалии родової діяльності.

Retrospective analysis of cesarean section in women with anomalies of labor activity N.P. Goncharuk, N.R. Kovyda

The paper analyzes the history of labor women with anomalies of labor activity typical of urban maternity hospital, childbirth which were completed by the operation of the CS. Established dynamic changes in the frequency, in the age structure, par, highlights the main indications for operative delivery.

Key words: cesarean section, anomalies of labor activity.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Венцівський Б.М. Комплексна діагностика і терапія дискоординації пологової діяльності / Б.М. Венцівський, В.Г. Жегулович, Р.Б. Гладкий // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2000. – № 4. – С. 69–73.
2. Абрамченко В.В. Адренергические средства в акушерской практике / В.В. Абрамченко, О.В. Капленко. – СПб.: Петрополис, 2000. – 272 с.
3. Абрамченко В.В. О корреляции между психосоматическим состоянием беременной женщины и характером сократительной активности матки в последнем триместре беременности / В.В. Абрамченко, О.В. Голубева, В.Я. Семенов // Индукция сократительной деятельности матки: Сб. науч. тр. – Саратов, 2000. – С. 8–11.
4. Shynlova O. Integration of endocrine and mechanical signals in the regulation of myometrial functions during pregnancy and labour / O. Shynlova, P. Tsui, S. Jaffer, S. Lye // Europ. Journ. of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology. – 2009. – Vol. 44, Suppl. 1. – P. S2–S10.

УДК 618.56:616-008.9:616-053.31

Особливості гемокоагуляції та вуглеводного й ліпідного обмінів у вагітних жінок на тлі метаболічного синдрому

О.Л. Іщенко, С.М. Сергієнко, Л.І. Школа
ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Останнім часом у структурі екстрагенітальної патології вагітних спостерігається зростання частки метаболічного синдрому. Перебіг гестаційного періоду у жінок з метаболічним синдромом супроводжується високою частотою акушерських ускладнень.

З метою вивчення вираженості змін з боку ліпідного й вуглеводного обмінів та гемокоагуляції, а також їх патогенетичного значення в розвитку патології вагітності, було обстежено 40 вагітних з надлишковою масою тіла без метаболічного синдрому, 30 вагітних з індексом маси тіла >30 та метаболічним синдромом, й 30 вагітних з метаболічним синдромом та індексом маси тіла >40. Основні показники ліпідного й вуглеводного обмінів та гемокоагуляції вивчалися у різні триместри вагітності.

В обстежених пацієнток було встановлено достовірне збільшення у сироватці крові вмісту глюкози, імунореактивного інсуліну, при одночасному зниженні індексу Саго; підвищення концентрації загального холестерину, β -ліпопротеїдів, тригліцеридів, ліпопротеїдів низької щільності; зростання активованого часткового тромбoplastинного часу, протромбінового індексу, спонтанної агрегації тромбоцитів, рівня фібриногену при одночасному зменшенні тромбінового часу і кількості тромбоцитів.

Вираженість встановлених зсувів у метаболічному й гемостазіологічному гомеостазі щільно корелює з підвищенням індексу маси тіла у пацієнток, та має чітку тенденцію до посилення у міру прогресування вагітності. Глибина виявлених порушень гемостазу й вуглеводного та ліпідного обмінів обумовлює частоту невиношування вагітності у пацієнток з метаболічним синдромом.

Ключові слова: метаболічний синдром, ліпідний обмін, вуглеводний обмін, гемостаз, акушерські ускладнення.

Проблема акушерських та перинатальних ускладнень залишається однією з найважливіших і в теперішній час. До того ж, показники плодових втрат в нашій країні залишаються вищими, у порівнянні із державами Європейської співдружності. Серед основних причин такого негативного стану вказують й на ріст поширеності соматичної захворюваності серед жінок репродуктивного віку [6, 7].

В останні роки в структурі екстрагенітальної патології важливе місце стали займати різні ендокринопатії, основним варіантом яких є метаболічний синдром (МС) [2]. Він характеризується поєднанням гіперінсулінемії, первинної артеріальної гіпертензії, дисліпідемії, ожиріння і полікістозних змін яєчників; ці симптоми найчастіше взаємозалежні та доповнюють і посилюють один одного [1, 3, 5].

У наших попередніх публікаціях було висвітлено клінічні особливості перебігу гестаційного періоду у жінок з МС [2, 8]. Протягом вагітності в них спостерігаються з високою частотою такі ускладнення, як невиношування і недоношування, гестаційна анемія, плацентарна дисфункція і преєклампсія. Розродження жінок з МС супроводжується високою частотою передчасного розриву плодових оболонок, аномалій пологової діяльності і дистресу плода, що призводить до значної частоти абдомінального розродження. Перинатальні наслідки розродження таких пацієнток характеризуються високою частотою асфіксії немовлят, внутрішньоутробного інфікування, постгіпоксичної енцефалопатії, інтра- і постнатальної летальності.

Незважаючи на значне число наукових публікацій з проблеми метаболічного синдрому, існуючі лікувально-профілактичні заходи не завжди ефективні в плані зниження ризику розвитку різних акушерських та перинатальних ускладнень [3, 6, 7]. І насамперед, внаслідок недостатньої уваги вивченню динаміки перебігу МС протягом гестації та визначенню патогенетичних зв'язків між зсувами параметрів гомеостазу та постанням акушерської та перинатальної патології.

Мета дослідження: пошук шляхів зниження частоти акушерських та перинатальних ускладнень у жінок з МС на підставі вивчення у порівняльному аспекті вираженості та динаміки змін з боку ліпідного й вуглеводного обміну та гемокоагуляції протягом гестаційного періоду, а також їх патогенетичного значення.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення встановленої мети нами були обстежені 150 жінок, яких було розподілено на такі групи:

- 1 група – 40 жінок з індексом маси тіла (ІМТ) від 30,0 до 40,0 без ознак МС;
- 2 група – 30 жінок з ІМТ від 30,0 до 40,0 та встановленим МС;
- 3 група – 30 жінок з встановленим МС та ІМТ > 40,0;
- контрольна група – 50 жінок без екстрагенітальної патології, які народжували вперше.

Класифікація надлишкової маси тіла й ожиріння у обстежених пацієнток проводили відповідно до загальноприйнятих методик [5].

Встановлення МС у досліджуваних жінок проводили за критеріями, складеними Міжнародною Федерацією Діабету в 2005 році (які є, на нашу думку, найбільш відповідними сучасному стану діагностичних і клінічних можливостей більшості лікувальних установ у теперішніх соціально-економічних умовах в Україні), а саме: абдомінальний тип ожиріння, наявність інсулінорезистентності, дисліпідемії та артеріальної гіпертензії [1, 9].

Рівень ліпідів визначався в сироватці крові натще (після 12-годинного голодування). Вміст тригліцеридів (ТГ), холестерину (ЗХ), ліпопротеїдів низької (ЛПНЩ) і високої (ЛПВЩ) щільності визначали стандартними методиками [4].

Атерогенність ліпідного профілю визначалася не тільки й не стільки за абсолютними значеннями концентрації окремих ліпідів у крові, але й за характером поєднання складу ліпідів і ліпопротеїдів у конкретному випадку – фенотипом дисліпидемії.

Для вивчення вуглеводного статусу визначали натще рівень глюкози в капілярній крові та вміст імунореактивного інсуліну в сироватці крові [4].

Для виявлення інсулінорезистентності використовували розрахунок індексу Саго, тобто відношення концентрації глюкози в крові (у ммоль/л) до рівня імунореактивного інсуліну (у мкОд/мл), а достовірним критерієм інсулінорезистентності було значення цього індексу нижче 0,33.

Такі показники гемостазу як гематокрит (ГТ) та кількість тромбоцитів (Тр) визначали за рутинною методикою; активованій частковий тромбопластиновий час (АЧТЧ) визначали методом M.J. Larrien, C. Weilland, протромбіновий індекс (ПІ) та тромбіновий час (ТЧ) методом A.J. Quick, етаноловий тест (ЕТ), вміст фібриногену (ФБ) методом P.A. Рутберг; за стандартною формулою обчислювали спонтанну агрегацію тромбоцитів (САТр) [4].

Статистичне опрацювання досліджуваного матеріалу включало його частотний аналіз із дискретними і беззупинними значеннями (n , $M \pm m$, δ , мінімальні та максимальні значення, асиметрія й ексцес). Достовірність відміни пар середніх обчислювалась за допомогою критеріїв Ст'юдента та Фішера, а також додатково непараметричними методами (за критерієм Ван Дер Вардена) для рядів із розподілом, відмінним від нормального. Аналіз взаємозв'язків між явищами проводився з розрахунком коефіцієнта кореляції r і кореляційного відношення – t . Для виявлення ступеня спряженості між ознаками, що вивчались, був використаний метод кореляційного аналізу, що дозволяє визначити силу і тісноту зв'язку між цими показниками, а також її спрямованість [10].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час нашого спостереження у 10 пацієток (10%), незважаючи на своєчасно проведену загальноприйнятну зберігальну терапію, відбулося мимовільне переривання вагітності. Причому 6 випадків сталися у I триместрі (відповідно 1 (2,5%), 2 (6,6%) та 3 (10,0%) особи у 1, 2 й 3 групі), і 4 випадки у II триместрі (жодного в 1 групі та по 2 (відповідно 7,1% та 7,4%) в 2-й і 3-й групі).

Для оцінки основних змін метаболізму й гемостазу в жінок з метаболічним синдром ми представили порівняльні аспекти основних лабораторних показників по триместрах вагітності, що є методологічно найбільш обгрунтованим.

Як свідчать дані табл. 1, у жінок різних груп діагностовані зміни ліпідного та вуглеводного метаболізму на початку вагітності носили різний характер.

Так, для пацієток 1 групи було характерно достовірне збільшення ($p < 0,05$) вмісту глюкози, імунореактивного інсуліну, ЗХ, β -ліпопротеїдів, ТГ і ЛПНЩ при одночасному зниженні ($p < 0,05$) індексу Саго. За мірою підвищення ІМТ у 2-й 3-й групах описані зміни носили більш виражений харак-

Таблиця 1

Зміни біохімічних показників у обстежених пацієток в I триместрі вагітності

| Показник | Контрольна група, n=50 | 1 група, n=40 | 2 група, n=30 | 3 група, n=30 |
|-----------------------------------|------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Глюкоза (ммоль/л) | 3,92±0,11 | 4,18±0,23* | 4,46±0,25** | 4,78±0,33*** |
| Імунореактивний інсулін (мкОД/мл) | 8,89±0,37 | 11,65±0,42* | 14,49±0,74** | 16,89±0,87*** |
| Індекс Саго | 0,44±0,03 | 0,36±0,03* | 0,31±0,02** | 0,28±0,01*** |
| Холестерин (ммоль/л) | 5,35±0,14 | 5,96±0,16* | 6,47±0,16** | 6,79±0,19** |
| β -ліпопротеїди (ОД/л) | 50,42±2,44 | 64,13±2,52* | 65,32±2,47* | 68,89±2,37** |
| Тригліцериди (ммоль/л) | 2,28±0,02 | 2,78±0,03* | 3,26±0,32* | 4,29±0,42*** |
| ЛПНЩ (ммоль/л) | 58,64±1,44 | 64,73±1,53* | 68,29±1,61** | 68,89±1,37** |
| ЛПВЩ (ммоль/л) | 1,29±0,07 | 1,31±0,08 | 1,32±0,07 | 1,33±0,09 |

Примітка: достовірність різниці p відносно контрольної групи: * – $< 0,05$, ** – $< 0,01$, *** – $< 0,001$.

тер, про що свідчить зниження коефіцієнта вірогідності до 0,01 й 0,001 відповідно. Отримані результати свідчать про наростання лабораторних ознак метаболічного синдрому вже в I триместрі вагітності, незважаючи на проведення загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів.

Відомо, що підвищення коагуляційного потенціалу під час вагітності, що перебігає фізіологічно, є проявом хронічного внутрішньосудинного згортання. Даний стан гемостазу розглядають як підготування організму майбутньої матері до крововтрати під час пологів, а підвищення активності антикоагулянтної системи – як попередження тромботичних ускладнень під час вагітності. Крім того, дуже важливе значення має стан метаболізму в розвит-

Таблиця 2

Зміни стану гемостазу у обстежених пацієток в I триместрі вагітності

| Показник | Контрольна група, n=50 | 1 група, n=40 | 2 група, n=30 | 3 група, n=30 |
|------------------------|------------------------|---------------|---------------|---------------|
| ГТ (%) | 40,32±1,02 | 41,01±1,32 | 42,14±1,78* | 43,03±1,89 |
| АЧТЧ (с) | 46,21±1,23 | 45,82±1,03 | 46,03±1,65 | 46,08±1,92 |
| ПІ (%) | 92,72±1,64 | 91,85±1,42 | 92,06±1,62 | 95,21±1,59* |
| ТЧ (с) | 18,13±1,62 | 17,93±1,43 | 15,03±1,25* | 15,01±1,07* |
| ФБ (г/л) | 3,73±0,21 | 3,77±0,18 | 3,81±0,25 | 3,85±0,29 |
| ЕТ | 3,84±0,23 | 3,88±0,25 | 3,93±0,27 | 3,96±0,38 |
| Тр ($\times 10^9$ /л) | 264,82±5,81 | 265,25±5,77 | 269,62±5,93 | 274,62±6,72 |
| САТр (%) | 20,12±1,83 | 21,62±1,99 | 22,06±1,78 | 25,15±1,59* |

Примітка: достовірність різниці p відносно контрольної групи: * – $< 0,05$, ** – $< 0,01$, *** – $< 0,001$.

Таблиця 3

Зміни біохімічних показників у обстежених пацієнок в II триместрі вагітності

| Показник | Контрольна група, n=50 | 1 група, n=39 | 2 група, n=28 | 3 група, n=27 |
|-----------------------------------|------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Глюкоза (ммоль/л) | 3,94±0,14 | 4,21±0,25* | 4,49±0,27** | 4,86±0,37*** |
| Імунореактивний інсулін (мкОД/мл) | 8,92±0,39 | 11,68±0,44* | 14,52±0,72** | 16,96±0,89*** |
| Індекс Саго | 0,44±0,02 | 0,36±0,02* | 0,31±0,03** | 0,29±0,02*** |
| Холестерин (мкмоль/л) | 5,38±0,15 | 6,02±0,15* | 6,49±0,15** | 6,82±0,21*** |
| β-ліпопротеїди (ОД/л) | 50,45±2,47 | 64,15±2,54* | 69,22±2,53** | 75,87±2,44*** |
| Тригліцериди (ммоль/л) | 2,29±0,03 | 2,79±0,02* | 3,29±0,31** | 4,34±0,457*** |
| ЛПНЩ (ммоль/л) | 58,72±1,52 | 64,82±1,58* | 68,33±1,73** | 77,88±1,42*** |
| ЛПВЩ (ммоль/л) | 1,28±0,08 | 1,03±0,07* | 0,98±0,07* | 0,99±0,05* |

Примітка: достовірність різниці р відносно контрольної групи: * – <0,05, ** – <0,01, *** – <0,001.

ку можливих геморагічних ускладнень під час вагітності. Відповідно до отриманих нами результатів (табл. 2) в I триместрі вагітності були відсутні достовірні розбіжності між більшістю показників коагулограми у пацієнок всіх груп, за винятком достовірного збільшення ПІ і САТр в групі 3 (p<0,05) при одночасному зниженні ТЧ (p<0,05).

Отже, узагальнюючи отримані результати в I триместрі вагітності, можна констатувати, що в жінок з ІМТ до 40 – біохімічні та гемостазіологічні порушення, практично відсутні, що корелює із клінічним перебігом I триместру вагітності. У групі 2 діагностовані виражені біохімічні зміни, що стосуються вуглеводного й ліпідного обміну на тлі яких збільшується частота репродуктивних втрат. Найбільш істотні порушення вуглеводного й ліпідного обміну та гемостазу мають місце в пацієнок з ІМТ >40, у яких діагностовано наявність вираженого метаболічного синдрому, а частота дотрокового переривання вагітності набагато перевищує середньостатистичні дані.

В II триместрі вагітності (табл. 3) характер вище описаних метаболічних змін зберігаються, а враженість прогресує, особливо з боку зниження ЛПВЩ, що свідчить про більше глибокі порушення ліпідного обміну.

Динаміка змін з боку гемостазу в II триместрі (табл. 4) також зберігається, і додатково відзначається в групі 3 достовірне зниження числа тромбоцитів.

Отже, в II триместрі вагітності біохімічні та гемостазіологічні порушення в пацієнок з ІМТ >40 носять більш виражений характер, що підтверджується зниженням вмісту ЛПВЩ і числа тромбоцитів, що прогностично є несприятливим для розвитку плацентарної недостатності й преєклампсії.

В III триместрі вагітності (табл. 5) нами відзначені більш глибокі порушення з боку ліпідного обміну, особливо в групі 2 і 3.

Таблиця 4

Зміни стану гемостазу у обстежених пацієнок в II триместрі вагітності

| Показник | Контрольна, n=50 | 1 група, n=39 | 2 група, n=28 | 3 група, n=27 |
|--------------------------|------------------|---------------|---------------|---------------|
| ГТ (%) | 40,36±1,06 | 41,08±1,29 | 43,09±1,65* | 44,05±1,77* |
| АЧТЧ (с) | 46,15±1,21 | 45,96±1,05 | 46,09±1,63 | 46,03±1,88 |
| ПІ (%) | 92,78±1,69 | 91,97±1,35 | 95,09±1,59* | 97,33±1,62* |
| ТЧ (с) | 18,17±1,59 | 18,03±1,39 | 15,09±1,22* | 14,08±1,02** |
| ФБ (г/л) | 3,71±0,23 | 3,79±0,19 | 3,94±0,23* | 3,97±0,27* |
| ЕТ | 3,81±0,22 | 3,86±0,23 | 4,09±0,25* | 4,12±0,31* |
| Тр (×10 ⁹ /л) | 264,71±5,66 | 265,03±5,22 | 262,62±4,87 | 234,61±5,81* |
| САТр (%) | 20,08±1,75 | 21,54±1,82 | 25,06±1,62* | 29,13±1,62** |

Примітка: достовірність різниці р відносно контрольної групи: * – <0,05, ** – <0,01, *** – <0,001.

Таблиця 5

Зміни біохімічних показників у обстежених пацієнок в III триместрі вагітності

| Показник | Контрольна група, n=50 | 1 група, n=39 | 2 група, n=26 | 3 група, n=25 |
|-----------------------------------|------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Глюкоза (ммоль/л) | 3,97±0,12 | 4,22±0,23* | 4,52±0,26** | 4,93±0,29*** |
| Імунореактивний інсулін (мкОД/мл) | 8,87±0,36 | 11,62±0,43* | 14,55±0,71** | 16,92±0,85*** |
| Індекс Саго | 0,44±0,02 | 0,36±0,02* | 0,31±0,03** | 0,29±0,02*** |
| Холестерин (мкмоль/л) | 5,39±0,13 | 6,05±0,14* | 6,51±0,16** | 6,94±0,22*** |
| β-ліпопротеїди (ОД/л) | 50,39±2,41 | 64,21±2,45* | 69,32±2,64** | 75,92±2,55*** |
| Тригліцериди (ммоль/л) | 2,33±0,02 | 2,82±0,03* | 3,33±0,32** | 4,39±0,41*** |
| ЛПНЩ (ммоль/л) | 58,69±1,43 | 64,77±1,42* | 68,44±1,69** | 77,92±1,34*** |
| ЛПВЩ (ммоль/л) | 1,27±0,07 | 1,03±0,05* | 0,79±0,06** | 0,62±0,05*** |

Примітка: достовірність різниці р відносно контрольної групи: * – <0,05, ** – <0,01, *** – <0,001.

Вираженість зсувів фенотипу дисліпідемії щільно корелювала з прогресуючим зменшенням інсулінорезистентності при збільшенні ІМТ.

Особливий інтерес представляють результати гемостазіологічних досліджень в III триместрі вагітності (табл. 6).

Так, у першу чергу варто вказати на відсутність достовірних розбіжностей з боку параметрів коагулограми в жінок з надлишковою масою тіла без МС та вагітних контрольної групи. У пацієнок 2 групи достовірні розбіжності мають місце тільки з боку деяких параметрів: збільшення ПІ й САТр при одно-

Таблиця 6

Зміни стану гемостазу у обстежених пацієнток в III триместрі вагітності

| Показник | Контрольна група, n=50 | 1 група, n=39 | 2 група, n=26 | 3 група, n=25 |
|------------------------|------------------------|---------------|---------------|---------------|
| ГТ (%) | 40,39±1,13 | 38,09±1,78 | 37,98±1,95 | 33,09±1,67* |
| АЧТЧ (с) | 46,23±1,31 | 45,87±1,09 | 46,23±1,59 | 55,12±1,77* |
| ПІ (%) | 92,62±1,55 | 91,89±1,25 | 95,09±1,47* | 98,39±1,92** |
| ТЧ (с) | 18,23±1,64 | 18,98±1,46 | 15,09±1,09* | 12,11±0,92** |
| ФБ (г/л) | 3,68±0,21 | 3,72±0,16 | 3,64±0,21 | 3,21±0,22* |
| ЕТ | 3,77±0,21 | 3,82±0,21 | 3,96±0,22 | 4,06±0,27 |
| Тр ($\times 10^9$ /л) | 265,59±5,42 | 268,05±5,15 | 232,62±4,62* | 214,64±5,73** |
| САТр (%) | 20,12±1,68 | 21,49±1,71 | 24,93±1,59* | 30,14±1,55** |

Примітка: достовірність різниці р відносно контрольної групи: * – <0,05, ** – <0,01, *** – <0,001.

часному зниженні ТЧ і кількості тромбоцитів. У групі 3 відзначена виражена гіперкоагуляція, що підтверджується достовірним збільшенням АЧТЧ, ПІ й САТр на тлі одночасного зниження ГТ, ТЧ, ФБ і числа тромбоцитів. Такі зсуви опосередковано вказують ще й на розвиток в III триместрі вагітності в пацієнток з метаболічним синдромом вираженої гіповолемії.

Таким чином, як свідчать результати наших досліджень, частота репродуктивних втрат, акушерських і перинатальних ускладнень корелює зі ступенем виразності порушень вуглеводного й ліпідного обміну та в системі гемостазу. Отримані результати дозволяють глибше зрозуміти патогенетичні механізми розвитку гестаційних ускладнень, а також диктують необхідність удосконалення існуючих лікувально-профілактичних заходів.

ВИСНОВКИ

Під час вагітності в жінок з надлишковою масою тіла та метаболічним синдромом мають місце достовірне збільшення вмісту глюкози, імунореактивного інсуліну, при одночасному зниженні індексу Саго; підвищення вмісту у сироватці крові загального холестерину, β -ліпопротеїдів, тригліцеридів, ліпопротеїдів низької щільності; зростання активованого часткового тромбопластинового часу, протромбінового індексу, спонтанної агрегації тромбоцитів, фібриногену при одночасному зменшенні тромбінового часу і кількості тромбоцитів.

Вираженість встановлених зсувів у метаболічному й гемостазіологічному гомеостазі щільно корелює з підвищенням індексу маси тіла у пацієнток, та має чітку тенденцію до посилення у міру прогресування вагітності.

Глибина виявлених порушень гемостазу й вуглеводного та ліпідного обмінів обумовлює частоту невиношування вагітності у пацієнток з метаболічним синдромом.

Особенности гемокоагуляции и углеводного и липидного обменов у беременных женщин на фоне метаболического синдрома

О.Л. Ищенко, С.М. Сергиенко, Л.И. Школа

В последние годы в структуре экстрагенитальной патологии у беременных наблюдается рост доли метаболического синдрома. Течение гестационного периода у женщин с метаболическим синдромом сопровождается высокой частотой акушерских осложнений.

С целью изучения выраженности изменений со стороны липидного и углеводного обменов и гемокоагуляции, а также их патогенетической роли в развитии патологии беременности, было обследовано 40 беременных с избыточной массой тела без метаболического синдрома, 30 беременных с индексом массы тела >30 и метаболическим синдромом, и 30 беременных с метаболическим синдромом и индексом массы тела >40. Основные показатели липидного и углеводного обменов и гемокоагуляции изучались в сравнительном аспекте в разные триместры беременности.

У обследованных пациенток было установлено достоверное увеличение в сыворотке крови содержания глюкозы, иммунореактивного инсулина, при одновременном снижении индекса Саго; повышение концентрации общего холестерина, β -липопротеидов, триглицеридов, липопротеидов низкой плотности; возрастание активированного частичного тромбопластинового времени, протромбинового индекса, спонтанной агрегации тромбоцитов, уровня фибриногена при одновременном уменьшении тромбинового времени и количества тромбоцитов.

Выраженность установленных сдвигов в метаболическом и гемостазиологическом гомеостазе плотно коррелирует с повышением индекса массы тела у пациенток, и имеет четкую тенденцию к усилению по мере прогрессирования беременности. Глубина выявленных нарушений гемостаза, углеводного и липидного обменов обуславливает частоту невынашивания беременности у пациенток с метаболическим синдромом.

Ключевые слова: метаболический синдром, липидный обмен, углеводный обмен, гемостаз, акушерские осложнения.

Features of hemocoagulation, carbohydrate and lipid metabolism in pregnant women on the background of metabolic syndrome

O.L. Ishchenko, S.N. Sergiyenko, L.I. Shkola

Last years in structure of extragenital pathologies at pregnant women escalation of rate of metabolic syndrome is observed. Current of gestational period at women with MS is accompanied by high frequency of obstetrical complications.

With the purpose of studying of expressiveness of changes of lipid and carbohydrate exchanges and hemocoagulation, and also their pathogenetical role in development of a pathology of pregnancy, 40 pregnant women with superfluous body weight without metabolic syndrome, 30 pregnant women with body weight index >30 and metabolic syndrome, and 30 pregnant women with metabolic syndrome and body weight index >40 have been surveyed. The basic parameters of lipid and carbohydrate exchanges and hemocoagulation were studied in comparative aspect in different trimesters of pregnancy.

At the surveyed patients the authentic increasing in blood serum of the maintenance of glucose, immunoreactive insulin with simultaneous decreasing of Caro's index; augmenting of concentration of the general cholesterol, β -lipoproteins, triglycerides, low density lipoproteins; raising of activated partial thromboplastine time, protrombine index, spontaneous thrombocytes aggregation, level of fibrinogen with simultaneous reduction of trombine time has been established.

Expressiveness of the established shifts in metabolic and hemostatic homeostasis densely correlates with increase of patient's body weight index, and has the precise tendency to strengthening in process of progressing pregnancy. Depth of the revealed infringements of a hemostasis, carbohydrate and lipid exchanges causes frequency of miscarriage at patients with a metabolic syndrome.

Key words: *metabolic syndrome, lipid exchange, carbohydrate exchange, hemostasis, obstetrical complications.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Беляков Н.А., Сеидова Г.Б., Чубриева С.Ю. Метаболический синдром у женщин (патофизиология и клиника). – СПб.: Издательский дом СПбМАПО. – 2007. – 440 с.
2. Вдовиченко Ю.П., Сергієнко С.Н. Особенности клинического течения вагітності у жінок з нейроендокринною патологією // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2005. – № 3. – С. 83–86.
3. Занько С.Н. Метаболический синдром с позиций гинеколога // Охрана материнства и детства. – № 2 (10), 2007. – С. 86–88.
4. Любина А.Я., Ильичева Л.П., Катасонова Т.В. Клинические лабораторные исследования. – М.: Медицина, 1984. – 288 с.
5. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. – М.: Медицина, 2006. – 420 с.
6. Метаболический синдром и тромбофилия в акушерстве и гинекологии / А.Д. Макацария, Е.Б. Пшеничникова, Т.Б. Пшеничникова и др. – М.: ООО «МИА», 2006. – 480 с.
7. Савельева И.В. Беременность и метаболический синдром: состояние проблемы // Росс. вест. акуш.-гинекол. – № 2, 2010. – С. 28–31.
8. Сергієнко С.Н. Беременность и роды у женщин с метаболическим синдромом // Репродуктивное здоровье женщины. – 2006. – № 2 (часть 1). – С. 68–70.
9. Сергієнко С.Н. Особенности диагностики метаболического синдрома на прегравидарном этапе // 36. науч. праць співроб. НМАПО ім. П.Л. Шупика. – Вип. 16. – Кн. 5. – К., 2007. – С. 284–289.
10. Юнкеров В.И. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. – СПб.: Изд-во ВМедА, 2002. – 266 с.

УДК 618.346-008-076/.078:618.2/.5-036.1

Особенности лабораторного дослідження амніотичної рідини при патологічному перебігу вагітності

І.Д. Кондратенко

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

Результати проведених досліджень показали, що фізико-хімічні і біохімічні параметри амніотичної рідини схильні до статистично достовірних змін залежно від терміну пологів і внутрішньоутробного стану плода в пологах. Найбільш показовими є зміни концентрації креатиніну і сечовини в амніотичній рідині при запізнілих пологах, що може мати діагностичне значення. Поєднання вказаних ознак із зниженням кислотності і підвищенням щільності амніотичної рідини при запізнілих пологах, а також наявність в ній меконію вказує на порушення метаболізму плода і необхідність своєчасної корекції виявлених порушень. Клінічне застосування перерахованих параметрів амніотичної рідини в пологах має важливе діагностичне значення при фізіологічному і патологічному перебігу вагітності і пологів.

Ключові слова: *амніотична рідина, лабораторне дослідження, діагностика, патологія.*

Перинатальні втрати переважно зумовлені несприятливими результатами вагітності і пологів при різних станах [1]. Більшість опублікованих досліджень направлена на виявлення і лікування порушень гомеостазу плода при вагітності, тоді як період пологів доволі часто залишається без уваги [2–4]. Гомеостаз плода формується матково-плацентарним комплексом, який разом із забезпеченням кровотоку плода виробляє амніотичну рідину (АР), що оточує плід протягом вагітності і першого періоду пологів. Є безліч публікацій, які свідчать про фізико-хімічні і біологічні параметри навколоплідних вод і їх вплив на формування плода при вагітності [6, 7]. У той же час, зміна вказаних особливостей АР в пологах і їх значення для плода мало вивчені.

Кількість АР, що оточує плід, значно змінюється протягом вагітності і при її ускладненнях. З упровадженням ультразвукової діагностики (УЗД) в акушерську практику стало можливим визначення кількості навколоплідних вод, а також витягання АР шляхом амніоцентезу під контролем УЗД. Проте, дослідження навколоплідних вод за допомогою амніоцентезу при вагітності пов'язане з високим ризиком переривання вагітності, порушенням цілісності плодового міхура і ризиком травми плода.

У сучасній літературі є багато робіт, які присвячені маловоддю і багатоводдю під час вагітності [6–8]. У той же час вплив кількості АР на перебіг пологів і інтранатальний стан плода залишається маловивченим. З іншого боку участь плода в

ініціації і процесі пологової діяльності також є предметом досліджень багатьох авторів. Є відомості про те, що багато компонентів АР виробляються організмом плода і потрапляють в амніотичний простір із сечею плода [6]. Інші компоненти АР, зокрема простагландини, виробляються амніоном безпосередньо. Амніон сам по собі, особливо його капітальна частина, є досить міцним бар'єром, що захищає організм плода від проникнення інфекції з піхви жінки під час вагітності. З іншого боку він є бар'єром для попадання в кров матері часток сироподібного мастила і епітелію плода і, таким чином захищає матір від розвитку емболії навколоплідними водами [8]. Проте за певних умов цілісність амніотичної оболонки порушується, що призводить до багатьох патологічних станів, у тому числі передчасному розриву плодових оболонок, передчасним пологам і такому грізному стану, як емболія навколоплідними водами, що призводить в більшості випадків, до материнської смертності [8]. Чому порушується цілісність плодових оболонок, а також роль амніона і АР при передчасних та запізнілих пологах, є предметом досліджень, що продовжуються [1, 6–8]. Патогенез усіх вказаних станів залишається маловивченим і закликає до ведення подальших досліджень амніона і АР.

Відомо, що з початком пологової діяльності, і особливо в перший період пологів, стан матково-плацентарно-плодового комплексу змінюється досить швидко. В той час як розвиток компенсаторно-присосовних реакцій залежить від багатьох чинників, у тому числі і від кількості і складу АР, що оточує плід [2]. У зв'язку з цим актуальним є вивчення особливостей АР і їх взаємозв'язку з перебігом і результатами пологів. Розроблення найбільш прийнятних методів діагностики і прогнозування перинатальних порушень в пологах сприяє поліпшенню якості медичної допомоги і скороченню частоти неонатальної захворюваності і смертності.

Мета дослідження: вивчення діагностичного значення клініко-лабораторного дослідження АР при фізіологічному і патологічному перебігу вагітності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під нашим спостереженням у клінічних умовах знаходилися 142 породілей, що поступили на пологи до пологових установ різного рівня.

Усі обстежені поступили з початком пологової діяльності. Із загального числа були виключені породіллі з багатоплідною вагітністю, тазовим передлежанням плода, аномаліями розвитку плода і антенатальною загибеллю плода. Більшість обстежених знаходилося в активному репродуктивному віці. Середній вік обстежених склав $24,9 \pm 0,3$ року. Із загального числа обстежених майже половина (48,6%) були первородящими, останні були повторнородящими. Із загального числа жінок, що поступили на пологи, переважна більшість народжували в терміні гестації 38–41 тиж (59,9%). Запізнілі пологи спостерігалися у 19,7% жінок, а в останніх 20,4% жінок вагітність закінчилася передчасними пологами в термінах гестації 22–37 тиж (19,8%).

При оцінюванні клінічного перебігу вагітності звертає увагу, що більше половини жінок перенесла ранній токсикоз вагітних (57,0%), майже кожна четверта породіллі (14,1%) відзначала в анамнезі явища загрозливого викидня, а кожна восьма – загрозові передчасні пологи (12,7%). Всього у 142 породілей зареєстровано 218 ускладнень вагітності, тобто у деяких жінок мало місце декілька ускладнень – 1,5 на одну жінку.

Акушерський анамнез у 73 обстежених повторнородящих жінок був ускладнений лише в 28,8%, в основному невиношуванням, штучним перериванням вагітності, мертвородженням і кровотечами.

Лише 29 жінок із 142 (20,4%) вказали в анамнезі ті або інші гінекологічні захворювання, причому найчастіше – запальні процеси репродуктивної системи.

Усім вагітним проводили комплексне клінічне обстеження під час госпіталізації. Клінічне обстеження жінок включало вивчення анамнезу життя, у тому числі анамнезу захворювання, вивчали особливості перебігу вагітності, проводили загальноприйнятні лабораторні і функціональні методи дослідження.

У комплекс додаткових методів дослідження були включені ехографічні, кардіокографічні і доплерометричні.

Кількість АР визначали двома методами: визначенням максимальної вертикальної кишені (МВК) і визначення індексу АР (ІАР) [1].

Забір АР на лабораторне дослідження виробляли в кінці першого періоду пологів при мимовільному розтині плодового міхура або амніотомії. При цьому в декілька пробірок забирали АР для визначення гормонів, сечовини і креатиніну, білірубіну, глюкози, білка, рН, визначення яких проводили по загальноприйнятих методах [5].

Із загальної кількості обстежених 32 породіллям визначали вміст кортизолу, естрадіолу і плацентарного лактогену в АР імуноферментним методом.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати дослідження біохімічних показників АР показали, що вміст білка в АР коливався в межах 2,2–3,8 г/л. Із збільшенням терміну гестації до пологів концентрація білка в АР поступово збільшується. Є статистично достовірні відмінності в показниках білка в АР при термінових пологах, в порівнянні з передчасними та запізнілими пологами ($p < 0,05$). Встановлено також, що при маловодді спостерігається незначне збільшення концентрації білка при передчасних пологах і значне збільшення – при запізнілих пологах. При багатоводді концентрація білка залишалася на рівні 2,5–3,3 г/л. Отже, збільшення вмісту білка в АР більшою мірою пов'язане з терміном гестації і у меншій мірі – з кількістю АР. Вказані дані переконливо доводять, що маловоддя це не просте згущування концентрації АР, а складний метаболічний процес, що вимагає детальних досліджень всіх можливих параметрів навколоплідних вод.

Середні показники концентрації сечовини в АР склали $3,8 \pm 0,1$ мкмоль/л з коливаннями від 2,2 до 9,9 мкмоль/л. З представлених даних можна відзначити, що концентрація сечовини також зростала в термінових пологах, в порівнянні з передчасними пологами ($p < 0,05$), досягаючи максимуму при запізнілих пологах. Достовірність різниці показників була високою ($p < 0,001$). Між величинами білка і сечовини виявлена пряма залежність, хоча кореляція даної залежності була невисокою ($r = 0,72$). При багатоводді вміст сечовини залишався в межах норми, а при маловодді – залежало від наявності акушерської патології. Вміст сечовини при пологах у всі терміни мав найбільш високі показники при хронічній гіпоксії плода, особливо розвинутій на фоні прееклампсії, ВЗРП при здавленні пуповини. Найбільш високі показники сечовини відмічені при запізнілих пологах, ускладнених акушерською патологією.

Вміст креатиніну в АР склав мкмоль/л і $125,5 \pm 7,3$ ($99,9-207,1$) і поступово підвищувався від $101,11 \pm 1,29$ мкмоль/л при передчасних пологах до $133,36 \pm 5,8$ при термінових пологах, досягаючи до $198,25 \pm 4,07$ мкмоль/л при запізнілих пологах. Вказані відмінності носили достовірний характер ($p < 0,001$). Показники креатиніну знаходилися в прямій залежності від показників сечовини ($r = 0,77$) і змінювалися в аналогічній послідовності, як і показники сечовини.

Зворотна тенденція наголошувалася у вмісті цукру в АР. Так, при передчасних пологах вміст цукру в АР був максимальним і досягав до $0,99$ моль/л, хоча і коливався в межах норми. При термінових пологах вміст цукру в АР дещо знижувався, але не мало достовірних відмінностей ($0,88$ моль/л). При запізнілих пологах концентрація цукру в АР знижувалася до $0,61$ моль/л. При цьому виявлена достовірна відмінність концентрації цукру в АР в порівнянні з терміновими пологами ($p < 0,05$). Слід зазначити, що при багатоводді або маловодді концентрація цукру не зазнавала особливих змін і коливалася в межах норми. Проте при даній показник різко збільшувався за наявності макросомії плода (71%), особливо обумовленому цукровим діабетом в матері (один випадок).

Визначення щільності АР спірометром показало, що даний показник підвищується лише при запізнілих пологах. При термінових і передчасних пологах щільність АР залишалася в межах норми ($0,5-0,9$ ро). Прозорість АР також мінлася лише при запізнілих пологах, супроводжуються маловоддям.

Частота вмісту меконію в АР достовірно підвищувалася при запізнілих пологах і дещо знижувалася при передчасних пологах, коливаючись від $0,5$ до $45,7\%$. У наших дослідженнях меконій в АР виявлений у 40 породілей (28,1%). При цьому виявлено, що поява меконію в АР однаково зустрічалася, як за наявності дистресу плода (50%), так і без нього (50%).

Для диференціації респіраторного і метаболічного ацидозу визначали рН навколоплідних вод. Середні показники кислотності АР (рН) коливалися від $6,9$ до $7,8$ з середніми значеннями $7,2 \pm 0,09$. Показники кислотності АР також мали статистично достовірні відмінності при пологах в різні терміни. Так, частота зниження рН менше $7,0$ зростала як при передчасних та запізнілих пологах. У останньому випадку різниця була статистично достовірною ($p < 0,01$). При цьому рівень кислотності при маловодді у всі терміни пологів був достовірно нижче, ніж при інших випадках.

Дослідження рН навколоплідних вод показало, що рівень її кислотності корелює з величиною частоти серцевих скорочень, лише під час дистресу плода гіпоксії ($r = 0,68$; $p < 0,05$). У всіх останніх випадках чіткого взаємозв'язку рН навколоплідних вод з показником КТГ не виявлено.

Результати досліджень вмісту білірубину в АР показали, що рівень загального білірубину коливався в межах від $4,8$ до $22,9$, при цьому середній рівень загального білірубину склав $10,5 \pm 1,6$, у тому числі прямого – $3,7 \pm 0,1$ і зв'язаного – $6,9 \pm 0,2$. Показники білірубину значно підвищувалися за наявності внутрішньоутробної інфекції (4 випадки), розвитку кон'югаційної жовтяниці новонародженого і гепатиту в плода (1 випадок). В більшості випадків підвищення рівня білірубину в АР свідчило про хронічну гіпоксію плода і при фарбуванні АР меконієм. Останні дані вказують на факт попадання фекальних виділень плода в навколоплідні води. Крім

того, підвищення рівня загального і зв'язаного білірубину свідчило про страждання функції печінки плода під час дистресу.

Вивчення гормонального статусу АР пологах показало, що вміст естрадіолу під час пологової діяльності коливався в межах $30-180$ нг/мл. Виявлена достовірна різниця між вмістом даного гормону в АР при народженні хлопчиків і дівчаток. Так при народженні дівчаток показник естрадіолу досягав $21,4 \pm 2,3$ нг/мл, в той час, як при народженні хлопчиків середній показник естрадіолу знаходився на рівні $16,5 \pm 2,3$ нг/мл. Хоча виявлена різниця і не носила достовірний характер ($p > 0,05$), даний факт вказує на участь плода у виробленні АР. Тим часом, рівень естрадіолу в АР при народженні хлопчиків і дівчаток однаково достовірно підвищувався за наявності акушерської патології, таких як слабкість пологової діяльності у поєднанні з дистресом плода ($p < 0,05$).

Аналогічна картина відмічена у вмісті кортизолу в АР. Показники кортизолу в АР пологах знаходилися в межах $200-450$ нмоль/мл. При цьому при народженні дівчаток середній рівень кортизолу склав $180,4 \pm 8,4$ нмоль/мл, а при народженні хлопчиків – $265,4 \pm 10,2$ нмоль/мл, що також свідчить про участь плода у виробленні АР. Між двома гормонами виявлений прямий кореляційний зв'язок ($r = 0,64$; $p < 0,05$).

При патологічному перебігу пологів показник естрадіолу (Е2), також як і кортизолу (К), достовірно підвищувався, що свідчило про внутрішньоутробне страждання плода ($p < 0,01$). Виявлений взаємозв'язок рівнів Е2 і К з іншими параметрами АР і стан плода в пологах. Так показник Е2 знаходився в прямій залежності від показників опору кровотоку при доплерометрії, а саме систоло-діастолічному відношенню і індексу резистентності ($r = 0,64$). Показники Е2 і К закономірно підвищувалися при зниженні рН АР ($r = -0,71$; $p < 0,01$) і при зниженні базального ритму серцевої діяльності плода на КТГ ($r = -0,69$).

Дані визначення рівня плацентарного лактогену (ПЛ) виявили абсолютно протилежні тенденції. Середній рівень гормону в АР після початку пологової діяльності знаходився в межах $6,7 \pm 0,09$ нг/мл з коливаннями від $0,04$ до $19,0$ нг/мл. Показники ПЛ знаходилися в зворотній залежності від показників Е2 і К, хоча даний зв'язок був недостовірним. Рівень ПЛЛ достовірно знижувався при хронічному дистресі плода, особливо при народженні плода із затримкою розвитку, і різко підвищувався при гострому дистресі, особливо при народженні крупного плода ($p < 0,01$). Рівень ПЛ знаходився в прямому взаємозв'язку з рівнем рН АР і показником оцінки новонародженого за шкалою Апгар ($r = 0,71$; $p < 0,01$).

Рівень гормонів в АР з початком пологової діяльності не залежав від терміну гестації, кількості АР, віку і паритету матері.

ІАР знаходився в зворотній кореляційній залежності від рівня креатиніну і сечовини лише при маловодді ($r = -0,78$, $p < 0,05$), супроводжуючому переносену, але не пролонговану вагітність.

При багатоводді дані параметри не змінювалися. Найбільш несприятливі результати для плода мали місце при зменшенні кількості навколоплідних вод після 38 тижнів вагітності у поєднанні із змінами біохімічних показників навколоплідних вод в пологах, таких як рН нижче $7,0$, а також підвищення рівня креатиніну або сечовини, що вказувала на внутрішньоутробне страждання плода.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень показали, що фізико-хімічні і біохімічні параметри АР схильні статистично достовірним змінам залежно від терміну пологів і внутрішньоутробного стану плода в пологах. Найбільш показовими є зміни концентрації креатиніну і сечовини в АР при запізнілих пологах, що може мати діагностичне значення. Поєднання вказаних ознак із зниженням кислотності і підвищенням щільності АР при запізнілих пологах, а також наявність в ній меконію вказує на порушення метаболізму плода і необхідність своєчасної корекції виявлених порушень. Клінічне вживання перерахованих параметрів АР в пологах має важливе діагностичне значення при фізіологічному і патологічному перебігу вагітності і пологів.

Особенности лабораторного исследования амниотической жидкости при патологическом течении беременности *И.Д. Кондратенко*

Результаты проведенных исследований показали, что физико-химические и биохимические параметры амниотической жидкости подвержены статистически достоверным изменениям в зависимости от срока родов и внутриутробного состояния плода в родах. Наиболее показательными являются изменения концентрации креатинина и мочевины в амниотической жидкости при запоздалых родах, что может иметь диагностическое значение. Сочетание указанных признаков со снижением кислотности и повышением плотности амниотической жидкости при запоздалых родах, а также наличие в ней мекония указывает на нарушение метаболизма плода и необходимость своевременной коррекции выявленных нарушений. Клиническое применение перечисленных параметров амниотической жидкости в родах имеет важное диагностическое значение при физиологическом и патологическом течении беременности и родов.

Ключевые слова: амниотическая жидкость, лабораторное исследование, диагностика, патология.

Features of laboratory research amniotical liquids at pathological current of pregnancy *I.D. Kondratenko*

Results of the carried-out researches have shown that physical-chemical and biochemical parameters of amniotic liquid are subject to statistically authentic changes depending on term of childbirth and a pre-natal condition of a fruit in childbirth. The most indicative are changes of concentration of a creatinine and urea in amniotic liquid at overdue childbirth that can have diagnostic value. A combination of the specified signs to decrease in acidity and increase of density of amniotic liquid at overdue childbirth, and also in it the meconium indicates existence violation of a metabolism of a fruit and need of timely correction of the revealed violations. Clinical application of the transferred parameters of amniotic liquid in childbirth has important diagnostic value at the physiological and pathological course of pregnancy and childbirth.

Key words: amniotic liquid, laboratory research, diagnostics, pathology.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамченко В.В. Клиническая перинатология / В.В. Абрамченко, Н.П. Шабалов. – Петрозаводск. – 2005. – С. 424.
2. Лечиева Э.У. Иммунохимические критерии раннего прогнозирования постнатальной адаптации / Э.У. Лечиева, С.П. Синчихин // Журнал практического акушера-гинеколога. – 2008. – № 1–2. – С. 15–18.
3. Люблич О.А. Акушерские и перинатальные факторы маловодия / О.А. Люблич, В.Б. Цхай // Журнал Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2007. – № 1. – С. 9–11.
4. Милованов А.П. Роль микроокружения в жизнеобеспечении эмбриона человека / А.П. Милованов, В.Е. Радзинский, М.Н. Болтовская // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 4. – С. 15–18.
5. Назаренко Г.И. Лабораторные методы диагностики в клинических исследованиях / Г.И. Назаренко. – М.: МИА. – 2009. – 342 с.
6. Пустотина О.А. Частота, факторы риска и причины развития мало- и многоводия / О.А. Пустотина, Б.Л. Гуртовой, Ю.А. Павлютенкова // Акушерство и гинекология. – 2005. – № 5. – С. 25–27.
7. Пустотина О.А. Клинико-патогенетическое обоснование акушерской тактики при много- и маловодии инфекционного генеза / О.А. Пустотина, Н.Д. Фанченко, Н.И. Бубнова // Проблемы репродукции. – 2006. – № 6. – С. 25–27.
8. Радзинский В.Е. Экстраэмбриональные и околоплодные структуры при нормальной и осложненной беременности / В.Е. Радзинский, А.П. Миланов, И.М. Ордиянц. – М.: МИА. – 2011. – 393 с.

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

Рання діагностика ускладнень вагітності у жінок з пролапсом мітрального клапана і недиференційованою дисплазією сполучної тканини

А.Л. Костюк

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

Результати проведених досліджень свідчать, що комплексна оцінка клініко-лабораторних показників: особливості перебігу пролапсу мітрального клапана на тлі недиференційованої дисплазії сполучної тканини і без неї, наявність високої частоти супутньої патології, ускладнення гестації, макро- та мікроморфологічні зміни посліду, наростання катаболічних процесів сполучної тканини протягом вагітності за показниками обміну біополімерів в сироватці крові, сечі, навколоплідних водах, плацентарної тканини і синтезу колагену в плацентарній тканині вказують на доклінічні порушення розвитку плацентарної дисфункції у вагітних з пролапсом мітрального клапана, що найбільш виражене у пацієнток з недиференційованою дисплазією сполучної тканини. Отримані результати дозволяють своєчасно діагностувати основні ускладнення і змінити тактику ведення вагітності у жінок групи високого ризику.

Ключові слова: вагітність, пролапс мітрального клапана, недиференційована дисплазія сполучної тканини, ускладнення.

Останніми роками велика увага приділяється проблемі дисплазії сполучної тканини, що пов'язане з високою поширеністю окремих її проявів в популяції від 26% до 80% [1–5]. Не дивлячись на важкі ускладнення, пов'язані з диференційованими формами дисплазії сполучної тканини, найбільшої значущості останніми роками набувають недиференційовані форми, особливо малі, поширеність яких серед населення досягає 68,8% [1–5].

При поєднанні пролапсу мітрального клапана і недиференційованої дисплазії сполучної тканини зростає частота ускладнень гестаційного періоду як з боку соматичного стану здоров'я жінки, так і з боку перебігу вагітності [6, 7]. Жінки з пролапсом мітрального клапана відносяться до групи ризику по розвитку акушерської і перинатальної патології. Найбільш частими ускладненнями гестації є загроза переривання вагітності, спонтанні аборти, передчасні пологи, слабкість пологової діяльності, пологовий травматизм [1–7]. Так, за даними ряду авторів [2, 5], патологія вагітності зустрічається у жінок з недиференційованою дисплазією сполучної тканини значно частіше, ніж у здорових жінок – 85,5% проти 53,3%. Вагітність і пологи можуть ускладнитися порушенням ритму серця і його провідності, інфекційним ендокардитом, тромбоемболією і тромбоем-

боліями легеневої артерії [3, 4]. Не викликає сумнівів той факт, що у жінок з пролапсом мітрального клапана на тлі недиференційованої дисплазії сполучної тканини частіше зустрічається гіпоксія і затримка розвитку плода [5].

Ураховуючи вплив дисплазії сполучної тканини на клінічні прояви і перебіг асоційованої з нею патології, заслуговує на увагу вивчення особливостей репродуктивного і соматичного здоров'я, перебігу вагітності і пологів, перинатальних результатів у жінок на тлі неспроможності сполучнотканинних структур.

У зв'язку з наведеним вище, особливої актуальності набуває вивчення метаболізму сполучної тканини, як в рідинних середовищах протягом гестації, так і в плацентарній тканині у жінок з пролапсом мітрального клапана на тлі недиференційованої дисплазії сполучної тканини.

Мета дослідження: розробити алгоритм ранньої діагностики ускладнень вагітності у жінок з пролапсом мітрального клапана на тлі недиференційованої дисплазії сполучної тканини на основі комплексної оцінки клінічних, морфологічних змін і метаболічних порушень сполучної тканини для поліпшення акушерських і перинатальних результатів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети були обстежені 100 пацієнток, що склали групу спостереження, які згодом були підрозділені на 2 підгрупи: 1 підгрупа – 50 (50,0%) вагітні з пролапсом мітрального клапана (ПМК) і наявністю недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) легкої міри; 2 підгрупа – 50 (50,0%) вагітних з ПМК і відсутністю ознак НДСТ.

Групи формувалися за принципом суцільного відбору за 2012–2015 роки із застосуванням випадкової і типологічної вибірки – методом урівноважених груп ідентично за віком, паритету вагітностей, соціальному, освітньому і родинному статусу.

Критерії включення в групу спостереження: ПМК I–II ступеня; вік від 17 років до 41 року.

Критерії включення в першу підгрупу: наявність НДСТ легкого ступеня з наявністю 2 головних ознак дисплазії згідно загальноприйнятим критеріям [5].

Критерії включення в другу підгрупу: відсутність НДСТ окрім ПМК.

Критерії виключення з групи спостереження: диференційовані форми дисплазії сполучної тканини; ендокринні захворювання; хронічна соматична патологія у стадії декомпенсації; вроджені або придбані вади серця; оперовані вади серця; інфекційні захворювання: гепатит; вагітність після вживання ВРТ; безпліддя і невиношування вагітності в анамнезі; багатоплідна вагітність; вік молодше 17 і старше за 41 рік.

Віковий інтервал обстежуваних пацієнток знаходився в межах від 17 до 41 року. У групі спостереження середній вік склав $28,1 \pm 4,7$ року, в 1 підгрупі – $28,6 \pm 4,6$ року, в 2 підгрупі – $27,6 \pm 4,7$ року, в групі порівняння $27,7 \pm 5,2$ року ($p > 0,05$).

Діагноз недиференційованої дисплазії сполучної тканини в 1 підгрупі спостереження був виставлений до настання справжньої вагітності 28,0% жінкам, під час справжньої вагітності – 72,0%. У всіх пацієнток діагностована легка міра недиференційованої дисплазії сполучної тканини.

Для оцінки стану вагітної, внутрішньоутробного плода і новонародженого використовувалася система етапного спостереження з вивченням клініко-лаборатор-

них показників у всіх вагітних жінок в динаміці гестації за загальноприйнятими методиками.

Конкретизація нозологічних форм пролапсу мітрального клапана у вагітних групи спостереження проводилася відповідно до Міжнародної класифікації хвороб того, що десятого передивляється (Женева, 2010).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Жінки групи спостереження взяті на диспансерне спостереження в жіночій консультації в середньому терміні $8,1 \pm 0,3$ тиж вагітності і в групі порівняння в $9,7 \pm 0,4$ тиж вагітності ($p > 0,05$).

ПМК був діагностований до вагітності в 78,0% вагітних групи спостереження, з них в 88,0% 1 підгрупи і в 68,0% 2 підгрупи. Під час справжньої вагітності у 22,0% пацієнок, відповідно в 12,0% і 32,0% вагітних. Пролапс передньої стулки мітрального клапана діагностували в 70,0% спостереженнях, з них I ступеня – в 96,0%, II ступеня – в 4,0%. Пролапс задньої стулки мітрального клапана виявили в 30,0% спостережень. В 24,0% вагітних з ПМК I ступеня виявлена регургітація на мітральний клапан I ступеня вираженості і в 2,0% ПМК II ступеня тяжкості. Міксоматозна дегенерація стулок мітрального клапана I ступеня була виявлена лише в 1 підгрупі у вагітних в 8,0% спостережень. ХСН I ступеня тяжкості виявлена в 8,0% вагітних, з них в 10,0% 1 підгрупі і в 6,0% 2 підгрупі спостереження.

Звертає увагу, що до настання вагітності на кожну жінку групи спостереження припало в середньому 4,8 соматичних захворювання, при тому частіше в 1 підгрупі – 5,5. У структурі захворюваності на першому місці в групі спостереження спостерігали хвороби системи кровообігу. В порівнянні з групою порівняння достовірно частіше в обох підгрупах спостереження були діагностовані нейроциркуляторна ($p < 0,001$) дистонія, порушення ритму і провідності ($p < 0,001$), артеріальна гіпертонія ($p < 0,001$).

Отже, жінки 1 підгрупи в 1,4 разу більше мали супутніх захворювань серцево-судинної системи в порівнянні з 2 підгрупою спостереження. На другому місці були перенесені інфекційні захворювання у всіх групах, достовірно частіше хворіли на грип ($p < 0,001$), дитячі інфекції ($p < 0,001$), особливо вітряну віспу ($p < 0,001$). Третє місце займали хвороби крові в обох підгрупах спостереження ($p < 0,001$), причому в 1 підгрупі частіше, ніж в 2 ($p < 0,05$). Достовірні відмінності виявлені по захворюванні анемією ($p < 0,001$). Тромбоцитопенія була діагностована лише в підгрупах спостереження. Звертає увагу, що захворювання шкіри і кістково-м'язової системи були виявлені лише у жінок групи спостереження, причому дорсопатіями жінки 1 підгрупи спостереження страждали достовірно частіше в порівнянні з 2 підгрупою ($p < 0,01$).

У структурі серцево-судинних захворювань відмічено, що на першому місці знаходилися порушення ритму і провідності, зокрема порушення функції синусового вузла у вигляді синусової тахікардії і ектопічні імпульси і ритми у вигляді шлуночкових екстрасистол. Друге місце займали малі аномалії серця: недостатність мітрального клапана I міри, помилкова хорда лівого шлуночку і відкрите овальне вікно. Третє місце займала НЦД, в основному за гіпотонічним типом.

Отже, у вагітних з ПМК на фоні НДСТ в 1,7 разу частіше виявлені захворювання серцево-судинної системи. До настання справжньої вагітності скарги з приводу основного захворювання непокоїли частіше за жінок з ПМК на фоні НДСТ, основ-

ними з яких були серцебиття і перебої в серці, біль в області серця ниючого характеру, задишка при фізичному навантаженні, головний біль, запаморочення.

До настання вагітності на кожну пацієнтку групи спостереження доводили 1,3 гінекологічних захворювання, групи порівняння – 0,6. Серед гінекологічних захворювань жінки обох підгруп по відношенню до групи порівняння достовірно частіше хворіли на хронічні запальні захворювання органів малого тазу ($p < 0,001$). У пацієнок 1 підгрупи спостереження діагностовані захворювання шийки матки, порівняння ($p < 0,05$), що достовірно відрізняються від групи, і 2 підгрупи ($p < 0,05$). Рясні менструації виявлені у 16,0% жінок групи спостереження.

Під час аналізу морфоантропометричних даних виявлено, що середнє зростання вагітних групи спостереження, середня вага і надбавка маси тіла не відрізнялися від таких групи порівняння ($p > 0,05$). При пельвіометрії вагітних з ПМК на фоні НДСТ виявлений анатомічно вузький таз – у 70,0% випадках, у вагітних з ПМК без НДСТ – 42,0% випадках.

Результати проведених досліджень свідчать, що перебіг вагітності у жінок з НДСТ і ПМК ускладнюється високою частотою токсикозу першої половини вагітності, загрозою переривання вагітності, прееклампсією, плацентарною дисфункцією, гіпоксією і затримкою розвитку плоду, підтверджуване ультразвуковим дослідженням плаценти і плоду, кардіотокографією плода, розвитком плацентарної недостатності за результатами макромікроскопічного дослідження плаценти, що призводить до слабкості пологової діяльності, травматизму м'яких тканин пологових шляхів, в післяродовий період до субінволюції матки і гіпогалакції.

У вагітних з ПМК і наявністю ознак НДСТ тканини достовірно частіше відбуваються макроморфологічні зміни плаценти, що супроводжуються патологічною і фізіологічною незрілістю плаценти, парезом і стенозом судин ворсин, склерозом строми опорних ворсин, їх незрілістю, що сприяє високому ризику по антенатальному інфікуванню, порушенню дозрівання внутрішніх органів, природженій патології плоду і його гіпоксії.

Достовірно збільшення концентрації показників вільного гідроксипроліну в сироватці крові в I триместрі понад $237,8 \pm 11,8$ мкмоль/л, в II триместрі – $286,0 \pm 14,6$ мкмоль/л і в III триместрі – $379,6 \pm 24,1$ мкмоль/л, в сечі в I триместрі в середньому понад $25,3 \pm 1,1$ мкмоль/л, в II триместрі – $41,8 \pm 1,7$ мкмоль/л, в III триместрі – $71,2 \pm 1,9$ мкмоль/л, колагенолітична активність в сироватці крові понад $0,2 \pm 0,1$ мкмоль/г/ч вказує на посилений розпад колагену, супроводжується виснаженням адаптаційних і компенсаторних реакцій плодово-плацентарного комплексу і зриву адаптаційних гемостатичних реакцій, що підтверджене змінами показників біополімерів сполучній тканині в навколоплідних водах (вільного гідроксипроліну в середньому понад $807,2 \pm 25,4$ мкмоль/л, колагенолітичної активності – $0,4 \pm 0,1$ мкмоль/г/ч) і в плацентарній тканині (вільний гідроксипролін – $0,9 \pm 0,1$ мкмоль/л). Усе це свідчить на виснаження адаптаційних і компенсаторних реакцій плодово-плацентарного комплексу до моменту пологів до $1,5 \pm 0,4$ мкмоль/г/ч.

Найбільш інформативним маркером доклінічної діагностики плацентарної дисфункції у вагітних з НДСТ і ізолюваному ПМК є збільшення концентрації вільного гідроксипроліну в сироватці крові і сечі з I триместра і наростання його протягом вагітності.

Для практичної охорони здоров'я ми можемо рекомендувати наступні моменти:
 - жінок з ПМК і НДСТ слід відносити до групи ризику за розвитком токсикозу, загрози переривання вагітності, преєклампсії, плацентарної дисфункції, гіпоксії плода, затримки розвитку плода;

- у жінок з ПМК в поєднанні з ознаками НДСТ морфологічні зміни, характерні для плацентарної дисфункції, проявляються у збільшенні об'єму, маси і площі материнської поверхні плаценти, патологічної та відносної незрілості плаценти на тлі зростання вільного гідроксипроліну в рідинних і твердих середовищах, що свідчить про необхідність оцінки показників плацентометрії і доплерометрії в динаміці вагітності;

- з метою виявлення доклінічних ознак плацентарної дисфункції у вагітних з ізольованим ПМК і його поєднання з ознаками НДСТ необхідно проводити оцінку показників обміну сполучної тканини з вивчення вільного гідроксипроліну в сироватці крові (у I триместрі понад $237,8 \pm 11,8$ мкмоль/л, у II триместрі – $286,0 \pm 14,6$ мкмоль/л і в III триместрі – $379,6 \pm 24,1$ мкмоль/л) та сечі (у I триместрі в середньому понад $25,3 \pm 1,1$ мкмоль/л, у II триместрі – $41,8 \pm 1,7$ мкмоль/л, у III триместрі – $71,2 \pm 1,9$ мкмоль/л), колагенолітичної активності в сироватці крові (понад $0,2 \pm 0,1$ мкмоль/г/ч) в динаміці гестації, що підтверджується змінами в навколлопідних водах (вільний гідроксипролін в середньому понад $807,2 \pm 25,4$ мкмоль/л, колагенолітична активність – $0,4 \pm 0,1$ мкмоль/г/год) і плацентарної тканини (вільний гідроксипролін – понад $0,9 \pm 0,1$ мкмоль/л);

- диспансерне спостереження вагітних слід проводити спільно з терапевтом, офтальмологом, кардіологом, гастроентерологом відповідно до запропонованого і науково обгрунтованого алгоритму спостереження вагітних з НДСТ і ПМК.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що комплексна оцінка клініко-лабораторних показників: особливості перебігу пролапсу мітрального клапана на тлі недиференційованої дисплазії сполучної тканини і без неї, наявність високого ступеня коморбідності супутньої патології, ускладнення гестації, макро- та мікроморфологічної зміни посліду, наростання катаболічних процесів сполучної тканини в перебіг вагітності за показниками обміну біополімерів в сироватці крові, сечі, навколлопідних водах, плацентарної тканини і синтезу колагену в плацентарній тканині вказують на доклінічні порушення розвитку плацентарної дисфункції у вагітних з пролапсом мітрального клапана, що найбільш виражено у пацієнток з недиференційованою дисплазією сполучної тканини. Отримані результати дозволяють своєчасно діагностувати основні ускладнення і змінити тактику ведення вагітності у жінок групи високого ризику.

Рання діагностика ускладнень вагітності у жінок з пролапсом мітрального клапана і недиференційованою дисплазією сполучної тканини

А.Л. Костюк

Результати проведених досліджень свідчать, що комплексна оцінка клініко-лабораторних показників: особливості перебігу пролапсу мітрального клапана на фоні недиференційованої дисплазії сполучної тканини і без неї, наявність

високої частоти супутньої патології, ускладнення гестації, макро- та мікроморфологічні зміни посліду, наростання катаболічних процесів сполучної тканини в перебіг вагітності за показниками обміну біополімерів в сироватці крові, сечі, навколлопідних водах, плацентарної тканини і синтезу колагену в плацентарній тканині вказують на доклінічні порушення розвитку плацентарної дисфункції у вагітних з пролапсом мітрального клапана, що найбільш виражено у пацієнток з недиференційованою дисплазією сполучної тканини. Отримані результати дозволяють своєчасно діагностувати основні ускладнення і змінити тактику ведення вагітності у жінок групи високого ризику.

Ключевые слова: *беременность, пролапс митрального клапана, недифференцированная дисплазия соединительной ткани, осложнения.*

Early diagnostics of complications of pregnancy at women with defect mitrale valve and not differentiated dysplasia of connecting fabrics

A.L. Kostjuk

Results of the spent researches testify that a complex estimation of clinical-laboratory indicators: features of current defect mitrale valve against not differentiated dysplasia of connecting fabric and without it, presence of high frequency of an accompanying pathology, complications of gestation, macro - micromorphological changes of placenta, increase catabolical processes of a connecting fabric during pregnancy on indicators of an exchange of biopolymers in blood whey, urine, amniotical waters, a placental fabric and collagen synthesis in placental fabric specify on preclinical infringements of development of placental dysfunction at pregnant women with defect of mitrale the valve that is most expressed at patients with not differentiated dysplasia to connecting fabric. The received results allow to diagnose in due time the basic complications and to change tactics of conducting pregnancy at women of group of high risk.

Key words: *pregnancy, defect of mitrale the valve, not differentiated dysplasia a connecting fabric, complication.*

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.
6. Сушенцова Т.В. Динамика функционального состояния сердца в различные сроки беременности у женщин с пролапсом митрального клапана // *Медицинский альманах*. – № 5 (24) ноябрь. – 2012. – С. 46–48.
7. Сушенцова Т.В. Функциональное состояние сердца у женщин с пролапсом митрального клапана в процессе гестации // *Российский кардиологический журнал*. – 2013. – № 2 (100), приложение 2. – С. 116–117.

Особливості фетоплацентарного комплексу і біофізичного профілю плода при аномальній плацентації

С.А. Куріцина

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

Результати проведених функціональних досліджень свідчать про порушення кровотоку матки, плаценти і плода при аномальному розташуванні плаценти. Ці зміни свідчать про наявність ПД різного ступеня вираженості при даній патології. При цьому ступінь і частота знаходяться в прямій залежності від розташування плаценти. Мабуть причиною розвитку ПД є зниження МПК, що залежить у свою чергу від порушень ППК при аномаліях плацентації. Найчастіше порушення гемодинаміки і ЗРП плода спостерігаються при низькому розташуванні плаценти. Встановлений патологічний варіант порівнювали з параметрами плацентометрії – в кожному третьому випадку діагностика плацентарної дисфункції за оцінкою швидкості кровотоку випереджала дані ультразвукового дослідження та клінічні прояви.

Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: аномальна плацентація, фетоплацентарний комплекс.

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

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

Мета дослідження: вивчити функціональні особливості фетоплацентарного комплексу при аномальній плацентації.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Перспективно спостерігалася 148 жінок (основна група) з аномальним розташуванням плаценти (АРП). Низька плацентація виявлена при ультразвуковому дослідженні (УЗД) в терміні 14–16 тиж вагітності. Згідно з класифікацією ано-

малій плацентації і варіантів міграції плаценти, критерієм включення пацієнок в основну групу було розташування плаценти (у 14–16 тиж) на відстані менше 2 см від внутрішнього зіва шийки матки.

У контрольну групу були включені 60 практично здорових вагітних з нормальною плацентацією.

З 16-го тижня вагітності здійснювали УЗ-контроль процесу міграції з оцінюванням положення і відстані нижнього полюса плаценти по відношенню до внутрішнього зіву. Отримавши різноманітність фізичних і функціональних параметрів процесу міграції і плацентації, а також клінічних характеристик обстежуваних пацієнок, ми поділили варіанти міграції плацентації відносно внутрішнього зіву шийки матки.

Були виділені наступні підгрупи:

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

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

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

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

Функціональний стан системи мати–плацента–плід оцінювали за даними, отриманими при біохімічному скринінгу, ехографічному, доплерометричному і кардіотокографічному дослідженнях.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Оцінювання ступеня дозрівання плаценти за даними УЗД показала, що для АРП характерне запізнене дозрівання плаценти (ЗДП), виявлене в 73 (49,3%) вагітних; передчасне дозрівання плаценти (ПДП) спостерігалось у 18 (12,2%) пацієнок, своєчасне – у 57 (38,5%). Достовірно частіше ЗДП і ПДП виявляли у жінок з низькою плацентацією, відповідно 67,3% і 16,4% ($p < 0,01$). У пацієнок з передлежанням ЗДП мало місце в 41,4% випадків, ПДП – в 10,3%; при мігруючій плаценті відповідно в 37,5% і 9,4% випадків. У контрольній групі лише в 2 (3,3%) вагітних виявлено ПДП. Отже, порушення дозрівання плаценти можуть бути причиною особливостей процесу її міграції.

ЗРП зафіксована лише в основній групі при передчасному/запізненому дозріванні плаценти і достовірно частіше ($p < 0,01$) спостерігалось при низькій локалізації із ЗДП (21,8%). При гормональній дисфункції спостерігалася тенденція до зниження величин фетометрії (порівняно з фізіологією). Достовірне зменшення середніх величин фетометричних показників зареєстроване у вагітних з гіпофункцією ФПК. Це підтверджує припущення про те, що гормональна гіпофункція ФПК є найбільш несприятливою: ЗРП, діагностована в 25 (16,9%) вагітних основ-

ної групи, в 22 (14,9%) випадках поєднувалася з пониженою ендокринною регуляцією ФПК.

Відомо, що зміна товщини плаценти є ехографічним маркером ПД. Оскільки у пацієнток з атиповою локалізацією плаценти частіше мали місце ЗДП (49,3%) і ПДП (12,2%), ми проаналізували в динаміці гестаційного періоду плаценти з порушенням процесу дозрівання.

При плацентометрії під час ехографічного дослідження проводили вимір центральної частини плаценти. Дані дослідження показали, що при 26–28-тижневому терміні вагітності, в основній групі починається відставання показників товщини плаценти при ПДП ($p < 0,001$). У міру збільшення терміну гестації, у вагітних з аномаліями плацентації і ПДП зберігаються достовірно зниженими показники товщини плаценти ($p < 0,01$) порівняно з контрольною групою. У 38–40 тиж вагітності товщина плаценти в основній групі складає $32,53 \pm 0,48$ мм, при нормальній локалізації і фізіологічному дозріванні плаценти – $33,79 \pm 0,31$ мм ($p < 0,05$).

Отже, у жінок з АРП і передчасним її дозріванням відбувається зменшення товщини плаценти порівняно з даними фізіологічного дозрівання нормально розташованих плацент; швидкість приросту товщини плаценти також інтенсивніша в контрольній групі дослідження. Отже, при ПДП має місце відставання товщини плаценти, як в абсолютних значеннях, так і в темпах приросту її товщини.

При вивченні показників плацентометрії при атиповому розташуванні плаценти та її дозрівання порівняно з даними нормальної плацентації і фізіологічного дозрівання, нами отримані достовірні відмінності показників зміни товщини плаценти.

Так, у всіх жінок з аномаліями плацентації і ЗДП спостерігається збільшення швидкості наростання товщини плаценти і достовірна відмінність показників її товщини в терміні 20–26 тиж вагітності в порівнянні з даними пацієнток контрольної групи. В цілому, виявляється нерівномірність (особливо в II триместрі) приросту товщини плаценти і зменшення її товщини в кінці гестаційного періоду ($p < 0,05$).

Збільшення товщини плаценти при її передлежанні відбувається відносно швидко до 23 тиж вагітності; у 25–30 тиж – стрибкоподібне збільшення товщини плаценти; після 31 тиж має місце достовірне її стоншування ($p < 0,05$). Для низької плацентації характерні стрибкоподібність і нерівномірність темпу збільшення товщини плаценти; з 32 тиж вагітності спостерігається стоншування плаценти ($p < 0,05$). При міграції плаценти також відзначений стрибкоподібний темп приросту товщини плаценти до 33 тиж, потім він нерівномірний. Товщина плаценти при міграції в 36–40 тиж терміні вагітності достовірно нижче ($p < 0,05$), ніж при нормальній її локалізації.

Отже, за даними функціональної оцінки ФПК на фоні АРП виявлена велика частота ЗДП, особливо при низькому її розташуванні і передлежанні. Саме при цьому поєднанні достовірно значимою була частка плодів із ЗРП; виявлено достовірне зменшення товщини плаценти при ЗРП. Зміни ступеня дозрівання і товщини плаценти свідчать про наявність ПД при аномаліях її локалізації.

Нами проведене функціональне оцінювання стану плода з визначенням біофізичного профілю. Аналіз біофізичного профілю плода (БФП) в основній групі виявив зміни, залежні від варіанту розташування плаценти/її міграції.

При передлежанні плаценти нестрессовий тест (НСТ) змінений у 19 (65,5%) пацієнток, дихальні рухи плода (ДРП) – в 18 (62,0%), рухова активність плода (РАП) – в 20 (69,0%), тонус плода (ТП) – в 8 (27,5%), своєчасне дозрівання плаценти (СЗП) – в 18 (51,7%), об'єм навколоплодових вод (ОНВ) – в 6 (20,7%).

Отже, для передлежання плаценти характерні особливості з боку РАП, НСТ, ДРП, СЗП. При низькому розташуванні плаценти НСТ змінений в 50 (90,9%) вагітних, ДРП – в 43 (78,2%), РАП – в 45 (81,8%), ТП – у 28 (50,9%), СЗП – 38 (69,1%), ОНВ – в 27 (49,1%). Характерні, особливості показників НСТ, РАП, ДРП, СЗП. При міграції плаценти змінені наступні показники шкали: НСТ – у 29 (45,4%) жінок, ДРП – в 33 (51,6%), РАП – в 26 (40,7%), ТП – в 9 (14,1%), СЗП – в 24 (37,5%), ОНВ – в 18 (28,1%). Характерні, отже, зміни показників НСТ, ДРП, РАП, СЗП. У контрольній групі виявлена зміна показників НСТ – у 25 (41,7%) пацієнток, ДРП – у 8 (13,3%), РАП – у 10 (16,7%), ТП – у 8 (13,3%), СЗП – у 17 (28,3%), ОНВ – у 6 (10,0%).

Отже, на фоні АРП показники шкали А.М. Vintzileos були змінені, проте їх кількість визначалася саме варіантом плацентації. Найбільш значимі зміни були при низькій локалізації плаценти. Наступні місця зайняли передлежання плаценти і повна міграція плаценти.

При цьому, найменш сприятливими умовами для розвитку плода є процеси незавершеної міграції плаценти. Процес повної міграції призводить до поліпшення показників шкали, проте, залишаються порушення показників БФП, виражені в дещо меншому ступеню.

У 50 (83,3%) спостереженнях контрольної групи стан плода було розцінено як фізіологічний, в 9 (15,0%) – задовільний (8–9 балів), в 1 (1,7%) випадку – сумнівний (6–7 балів). Відносний сприятливий стан плода (10–12 балів) виявлено лише у 38 (25,7%) жінок з аномальною локалізацією плаценти ($p < 0,001$).

В основній групі в 83 (56,1%) вагітних ($p < 0,001$) стан плода розцінений як задовільний (8–9 балів); сумнівний визначено у 22 (14,9%) пацієнток. Гіпоксія плода (<5 балів) відмічена в 5 (3,4%) випадках II підгрупи. Середній бал БФП контрольної групи склав $10,7 \pm 0,7$, а найнижча оцінка ($p < 0,001$) середнього балу виявлена в II підгрупі ($7,2 \pm 0,9$).

Зміни КТГ свідчать про ступінь порушень реактивності серцево-судинної системи плода і побічно вказують на наявність гіпоксії на фоні ПД. Проведений аналіз показників КТГ за шкалою Fischer. Відмічено, що по характеру частоти і тяжкості змін, параметри, що вивчаються, у вагітних основної групи розподілилися в наступному порядку (від меншого до більшого): базальна ЧСС, частота осциляцій, амплітуда осциляцій, акцелерації і децелерації.

При АРП базальна частота мала відхилення від нормальних ($p < 0,001$) в 35 (23,6%) спостереженнях; амплітуда і частота осциляцій носили патологічний характер відповідно в 59 (39,9%) і в 38 (25,7%) вагітних ($p < 0,001$). Патологічні зміни базальної ЧСС, амплітуди і частоти осциляцій були достовірно вище даних контролю у всіх трьох підгрупах.

Оцінка акцелерацій проводилася з врахуванням часу їх появи (періодичні/спорадичні). У контрольній групі вагітних патологічні зміни виявлено при вивченні структури акцелерацій (43,3%). Порушення акцелерацій зафіксовані в 82 (55,4%)

випадках у жінок основної групи і достовірно частіше ($p < 0,01$) в II підгрупі (63,6%). Зміни децелерацій відмічено у 112 пацієток (75,7%) і у всіх підгрупах достовірно відрізнялися ($p < 0,001$) від даних контролю (8,3%): у 1 – 72,4%, в 2 – 94,5%, в 3 – 60,9%.

У вагітних контрольної групи зафіксована оцінка 8-10 балів, що свідчить про фізіологічний стан плода. Сумарний бал КТГ 8–10 балів виявлений у 107 (72,3%) пацієток з АРП, стан плода у них оцінений як задовільний; у 32 (21,6%) жінок основної групи стан плодів був на 5–7 балів; в 9 (6,1%) вагітних – на 4 і менш балів.

Середній бал в основній групі при АРП склав $7,2 \pm 0,9$; найвища його оцінка була в 3 підгрупі із завершеною міграцією – $8,3 \pm 0,6$.

В основній групі в 83 (56,1%) вагітних ($p < 0,001$) стан плода розцінений як задовільне (8–9 балів); сумнівне визначено у 22 (14,9%) пацієток. Гіпоксія плода (< 5 балів) відмічена в 5 (3,4%) випадках II підгрупи. Середній бал БФП контрольної групи склав $10,7 \pm 0,7$, а найнижча оцінка ($p < 0,001$) середнього балу виявлена в II підгрупі ($7,2 \pm 0,9$).

Достовірно низький середній бал ($p < 0,01$) зафіксований у пацієток з низьким розташуванням плаценти ($5,9 \pm 0,9$), тоді як в контролі він склав $9,4 \pm 0,6$. Найбільш виражена патологія при КТГ (0 балів) і найнижчому сумарному балі виявлено у вагітних 2 підгрупи з низькою плацентацією.

Для оцінки стану гемодинаміки в системі «мати-плацента-плід» проведено доплерометричне дослідження кровотоку в матковій артерії (МА), артеріях пуповини і аорті плода при доношеному терміні вагітності у 60 жінок з фізіологічно протікаючою гестацією і нормальною плацентацією і в 91 вагітній з АРП з основної групи.

Середні показники матково-плацентарного (МПК), плодово-плацентарного (ППК) і плодового кровотоку у вагітних контрольної групи були наступними: систоло-діастолічне відношення (СДВ) в МА – $1,61 \pm 0,01$; СДВ в артеріях пуповини – $2,16 \pm 0,03$; СДВ в аорті плода – $4,90 \pm 0,02$. Незначне зниження кровотоку (СДВ в МА – $1,75 \pm 1,9$) виявлене у 10,0% пацієток з нормальною плацентацією. При аномаліях плацентації виявлено статистично достовірне зниження кровотоку у всіх досліджуваних судинах: СДВ в МА склало $2,17 \pm 0,09$ ($p < 0,001$); у артеріях пуповини – $2,51 \pm 0,10$ ($p < 0,05$); у аорті плода – $5,73 \pm 0,24$ ($p < 0,05$). У вагітних з передлежанням плаценти (1 підгрупа) було помірне зниження МПК ($p < 0,01$) при відносно підлягаючому зберіганню ППК ($p < 0,05$). При низькій локалізації плаценти (2 підгрупа) виявлено виражене порушення кровотоку в МА, артеріях пуповини і аорті плода ($p < 0,001$; $< 0,01$ і $< 0,001$ відповідно). Для міграції плаценти були характерні початкові порушення гемодинаміки ($p < 0,05$; $p > 0,05$ відповідно).

Отже, при різних варіантах атипової локалізації плаценти визначаються підвищені значення СДВ в МА, артеріях пуповини і аорті плода; варіант розташування плаценти безпосередньо впливає на особливості гемодинаміки фетоплацентарної системи. Найбільш значимі зміни спостерігаються при низькій локалізації плаценти і відображають певні порушення процесів формування матково-плацентарних судин, зміни спіральних артерій, глибини інвазії трофобласта.

Виявлення «віймки» в одній МА (особливо – в обох) або зниженні компонента діастолі кровотоку служить підставою для корекції ПД.

Порушення МПК при збереженому ППК реєструвалося у 50 ($54,9 \pm 3,2\%$) жінок основної групи (I A ст. ПД); порушення ППК при збереженому МПК – у 32 ($35,2 \pm 1,9\%$) пацієток (I B ст. ПД). Порушення МПК і ППК (що не досягають критичної стадії) при збереженні позитивно направлено компонента діастолі спостерігали в 7 ($7,7 \pm 1,2\%$) обстежених з АРП (II ст. ПД). Критичне порушення ППК (ретроградний напрям кінцево-діастолічного кровотоку) при збереженому/порушеному МПК виявлені в 2 ($2,2 \pm 0,2\%$) вагітних основної групи (III ст. ПД).

За даними УЗ-фетометрії в 25 (16,9%) вагітних з атиповою плацентацією виявлена ЗРП. Маючи невелике число випадків ЗРП по кожному з варіантів АРП, для здобуття повнішого статистичного аналізу збільшено число спостережень і оцінка кровотоку ФПК виконана залежно від положення плаценти в матці і показників кровотоку у жінок контрольної групи в перебігу 26–38 тиж вагітності.

Так, з 26 тиж вагітності виявляється порушення кровотоку в МА, найбільш виражені при ЗРП на фоні низького розташування плаценти ($p < 0,001$). Зниження компонента діастолі кровотоку в МА є найбільш ранньою ознакою порушення МПК, що свідчить про збільшення периферичного опору судин. При ЗРП чисельні значення СДВ в артеріях пуповини достовірно вище, ніж при неускладненому перебігу вагітності і нормальної плацентації. Це свідчить про підвищення периферичного судинного опору плодової частини плаценти. Найбільш виражені зміни кровотоку в артеріях пуповини зафіксовані при низькій плацентації ($p < 0,001$).

Нами встановлено, що має місце порушення при ЗРП гемодинаміки в грудному відділі низхідної частини аорти плода, більшою мірою виражені при низькій плацентації ($p < 0,01$). Відомо, що стан кровотоку в грудному відділі низхідної аорти плода відображає компенсаторно-приспосовні механізми центральної гемодинаміки плода у відповідь на зниження плацентарної перфузії. Отримані результати свідчать про підвищення показників периферичного судинного опору в аорті плода при ЗРП. Це обумовлено збільшенням опору термінальної судинної мережі плаценти, в яку прямує близько 40–60% крові з аорти плода, а також підвищенням судинної резистентності, що робить вплив на спазм периферичних судин плода як один з компенсаторних механізмів кровообігу в умовах пониженої плацентарної перфузії.

За даними доплерометрії, виявлені порушення кровотоку в МА, у вагітних з АРП, характеризувалися підвищенням ІР і ІІІ за рахунок зниження швидкості діастолі кровотоку. У пацієток основної групи були достовірно порушені сумарні показники матково-плацентарно-плодового кровотоку з максимальними змінами в судинах пуповини (значно збільшені показники кутнезалежних індексів), що свідчило про підвищену резистентність периферичних судин.

При порівняльній оцінці показників маткового кровотоку у жінок з нормальним розташуванням плаценти, зміненими фіксувався переважно пульсаційний індекс (ІІ) в правій і лівій МА (13,1% і 14,5% відповідно). При аномальній плацентації змінювалися всі кутнезалежні показники.

При аналізі виявлених порушень кровотоку в МА і артеріях пуповини (у вагітних з АРП) встановлена достовірна відмінність в сумарній оцінці по індекс резистентності (ІР) лише в матковому кровотоку ($p < 0,05$). Порушення по сумарних значеннях ІР були рівнозначно підвищені.

Проте звертає увагу той факт, що у вагітних основної групи, ІР значно більшою мірою відрізнялися від нормальних значень, і частіше порушення кровотоку підтверджувалося всіма показниками. Дана особливість свідчить про більш виражені патологічні процеси в матково-плацентарно-плодовому кровотоку в даного контингенту.

Цікаво відзначити, що патологічний варіант кровообігу корелює з параметрами плацентометрії і в 29,8% випадків діагностика ПД за результатами оцінки швидкості кровотоку випереджає дані УЗД і клінічні прояви. Отже, раннє порушення кровотоку і його визначення за показниками кутнезалежних індексів може бути критерієм доклінічної діагностики ПД на фоні АРП.

Сумарні показники МПК у вагітних з АРП статистично достовірно відображають частоту змін ІР кровотоку і свідчать про поєднане ушкодження ФПК з розвитком ПД, пов'язаних з гемодинамічними порушеннями на рівні МПК і ППК.

ВИСНОВКИ

Результати проведених функціональних досліджень свідчать про порушення в кровотоку матки, плаценти і плода при АРП. Ці зміни свідчать про наявність ПД різного ступеня вираженості при даній патології, при цьому ступінь і частота знаходяться в прямій залежності від розташування плаценти. Мабуть, причиною розвитку ПД є зниження МПК, залежне, у свою чергу, від порушень ППК при аномаліях плацентации. Найчастіше порушення гемодинаміки і ЗРП плода спостерігаються при низькому її розташуванні. Встановлений патологічний варіант зіставлявся з параметрами плацентометрії – в кожному третьому випадку діагноста ПД за оцінкою швидкості кровотоку випереджала дані УЗІ і клінічні прояви. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Особенности фетоплацентарного комплекса и биофизического профиля плода при аномальной плацентации

С.А. Курицина

Результаты проведенных функциональных исследований свидетельствуют о нарушениях кровотока матки, плаценты и плода при аномальном расположении плаценты. Эти изменения свидетельствуют о наличии плацентарной дисфункции различной степени выраженности при данной патологии, при этом степень и частота находятся в прямой зависимости от расположения плаценты. При этом причиной развития плацентарной дисфункции является снижение маточно-плацентарного кровотока в зависимости от плодово-плацентарного кровотока при аномалиях плацентации. Чаще всего нарушения гемодинамики и задержка развития плода наблюдаются при низком расположении плаценты. Установленный патологический вариант сопоставлялся с параметрами плацентометрии – в каждом третьем случае диагностика плацентарной дисфункции по оценке скорости кровотока опережала данные ультразвукового исследования и клинические проявления. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: аномальная плацентация, фетоплацентарный комплекс.

The features of fetoplacental complex and biophysical profile of fetus at abnormal placental arrangement

S.A. Kuritsina

Results spent functional researches testify to infringements of a blood-groove of a uterus, a placenta and a born at an abnormal arrangement of a placenta. These changes specify in presence of placental dysfunction of various degree of expressiveness at the given pathology, thus degree and frequency of complications are in direct dependence on a placenta arrangement. Thus the reason of development of placental dysfunction is decrease in a uterine-placental blood-groove depending on a born-placental blood-groove at anomalies placental arrangement. More often infringements of haemodynamics and a born arrest of development are observed at a low arrangement of a placenta. The established pathological variant was compared with parameters placentalometry - diagnostics of placental dysfunction according to speed of a blood-groove advanced the data of ultrasonic research and clinical displays in every third case. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: abnormal placental arrangement, fetoplacental complex.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Безнощенко Г.Б. Организация скрининга в перинатальном периоде у женщин с низким прикреплением плаценты / Г.Б. Безнощенко // Омский научный вестник. – 2014. – № 3. – С. 164–165.
2. Медяникова И.В. Особенности течения беременности и родов при аномалиях плацентации / И.В. Медяникова // Вестник Кузбасского научного центра: Материалы 11-й научно-практической конференции «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии». – Кемерово, 2012. – № 4. – С. 86–89.
3. Тимофеева И.В. Факторы риска возникновения аномального расположения плаценты / И.В. Тимофеева // Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы гинекологической эндокринологии и репродуктивного здоровья»: Тезисы докладов. – Омск, 2009. – С. 59–62.

Клінічний перебіг вагітності у жінок з нейроендокринною патологією і варикозною хворобою нижніх кінцівок

Л.В. Манжула

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

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

Ключові слова: вагітність, нейроендокринна патологія, патологія, варикозна хвороба нижніх кінцівок.

У даний час в популяції постійно збільшується кількість молодих жінок з нейрогенними розладами і поєднаними пошкодженнями ендокринних залоз, анеміями, дисбіотичними станами, ожирінням, варикозною хворобою нижніх кінцівок (ВХНК) і тому гострішою стає проблема здоров'я матері і дитини [1–5]. У таких умовах якісні параметри адаптаційних механізмів на етапах життя, у тому числі і при вагітності, змінюються. Гестаційні ускладнення набувають облігатного характеру, заглиблюється екстрагенітальна патологія, що, природно, впливає на стан плода і новонародженого (гіпоксія, затримка розвитку, вроджені вади, перинатальні пошкодження центральної нервової системи). Ускладнений перебіг вагітності посилює розлад регуляторних механізмів і метаболічні порушення [2, 5]. Багатогранність проявів патологічних симптомів при вагітності, погіршення перебігу екстрагенітальних захворювань вимагає участі багатьох фахівців і формує умови для поліпрагмазії, необґрунтованого переривання вагітності і нераціональної контрацепції.

Наведене вище свідчить про наявність гострої проблеми здоров'я матері і дитини і тому актуальним є пошук шляхів профілактики, лікування і реабілітації таких хворих на всіх етапах життя, у тому числі і при вагітності.

У сучасній літературі украї мало робіт, що відображають стан адаптаційних механізмів при ускладненому перебігу вагітності у жінок з різними захворювання-

ми з позицій їх динамічної взаємодії. Адаптація до хронічної хвороби на етапі вагітності – невід'ємний елемент самої хвороби і індивідуального розвитку людини, у зв'язку з чим формуються унікальні умови вивчення патогенезу захворювання на перехідних етапах.

Мета дослідження: вивчення основних особливостей клінічного перебігу вагітності і пологів у жінок з нейроендокринною патологією і ВХНК.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 100 жінок з нейроендокринною патологією і ВХНК (основна група) і 50 жінок без такої патології (контрольна група). У основній групі були виділені дві підгрупи: 1-ша – 50 жінок з нейроендокринною патологією і ВХНК при надлишкової масі тіла і 2-га – 50 жінок з нейроендокринною патологією і ВХНК при дефіциті маси тіла.

Середній вік жінок всіх груп був в межах 25–27 років. У реєстрованому браку були 68% обстежених, в цивільному – 22% і поза шлюбом – відповідно 10% пацієнток. Першовагітних було 50%, також як і повторновагітних (50%), з них що не народжують (медичні аборти, мимовільні викидні) – 26% пацієнток.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що клінічна картина перебігу вагітності у жінок зі зміненою масою тіла відрізнялося на всіх етапах від контрольної групи. Перший триместр вагітності характеризувався різними патологічними змінами у 92% жінок. Так, ранній токсикоз реєструвався значно частіше у жінок зі зміненою масою тіла в порівнянні з контрольною групою. Нудота, рідка блювота, слинотеча, відсутність апетиту, дратівливість і плаксивість протягом I триместру відмічено у 78% жінок з ожирінням і в 70% – з дефіцитом ваги. Зниження маси тіла на 1–8 кг мало місце в 54% і 42% пацієнток основних підгруп, що відображає середньо-тяжкий перебіг токсикозу. Тривалий перебіг раннього токсикозу до 13–15-го тижня відмічений в 20% і 26% і, як правило, поєднувався з ознаками загрози переривання вагітності. В цілому загроза невиношування в першому триместрі відмічена у 32% жінок 1 підгрупи і в 48% – в 2 підгрупі.

Клінічні прояви погіршення основного захворювання відмічено у кожній третій пацієнтки основної групи. Найчастіше наголошувалися головний і серцевий болі, тривога, неспокійний сон, дратівливість і агресивність, перебої в роботі серця, печінки, запори, рідше діарея, формування стрий і лабільність артеріального тиску. При цьому, двом пацієнткам (4,0%) з дефіцитом маси тіла було потрібно переривання вагітності у зв'язку з важким перебігом раннього токсикозу (прогресуюче зниження маси тіла, наростання слинотечі і ацетонурії) за відсутності ефекту від лікування.

В цілому поєднання клініки раннього токсикозу і загрози переривання з проявами основного захворювання характерний для 92% жінок з нейроендокринною патологією в першому триместрі вагітності.

При оцінюванні клінічного перебігу II триместру вагітності необхідно відзначити, що значні коливання маси тіла, набряклість кінцівок з початку II

триместру мало місце в 64% і 68% вагітних основних підгруп. Клінічна картина преєклампсії легкого ступеня зареєстрована у 26% жінок з ожирінням і в 16% – з дефіцитом ваги, причому транзиторна протеїнурія відмічена лише в 4% і 6% в обох підгрупах. Комбінація артеріальної гіпертензії і протеїнурії мала місце у 4% жінок основної групи. Поєднання лабільності маси тіла і артеріальної гіпертензії було найчастішою формою преєклампсії в II триместрі вагітності у вагітних з нейроендокринною патологією. Симптоми загрози переривання мали місце в 36% і 40% жінок основних підгруп і поєднувалися з нестійким і поперечним положенням, тазовим передлежанням у кожній четвертій пацієнтки з ожирінням і в кожній третій з дефіцитом маси тіла. Клінічна картина погіршення основного захворювання зареєстрована в 12% і в 10% вагітних основних підгруп. На такому фоні у пацієнток (4%) 1 підгрупи стався пізній викидень з 19–20 тиж. Лише у II триместрі була виявлена транзиторна глюкозурія у 12% жінок з ожирінням і в 4% – з дефіцитом маси тіла. Додаткове обстеження дозволило у всіх виключити цукровий діабет. Клінічна картина перебігу II триместру у вагітних з нейроендокринною патологією і ВХНК характеризувалася поєднанням преєклампсії (з переважанням артеріальної гіпертензії) і підвищеної маткової активності.

У третьому триместрі клінічні прояви преєклампсії, наростання ступня тяжкості відмічені у всіх вагітних основних підгруп. Так, у жінок з ожирінням набряки виявлені в 52%, преєклампсія легкого ступеня – в 44%, середнього ступеня – в 8% і важкого – в 4%. У 2 підгрупі набряки мали місце в 78%, преєклампсія легкого ступеня – в 20%, середнього ступеня – в 4%. Класична тріада симптомів (тріада Цангемайстера) мала місце в поодиноких випадках (2%). Поєднання лабільності маси тіла, набряків і артеріальної гіпертензії з'явилося переважачим проявом преєклампсії на цьому етапі вагітності у жінок з нейроендокринною патологією і ВХНК. На такому фоні клінічна картина загрози передчасних пологів в 2,5 рази частіше реєструвалася у жінок з дефіцитом маси тіла (12%) проти 6% – в 1 підгрупі.

Нестійке і поперечне положення, тазові передлежання виявлялися у кожній третій жінки основної групи. При ехографічній оцінці картина плацентарної дисфункції виявлена в 16% в 1 підгрупі і в 20% – в 2; помірно багатоводдя мало місце в 10% і 12% жінок і ознаки гіпоксії плода – по 12% в кожній підгрупі.

На фоні преєклампсії анемія виявлена в 48% і 38% жінок основних підгруп, загострення захворювань шлунково-кишкового тракту (гастрит, виразкова хвороба, холецистит) в 12% і 18% пацієнток відповідно, захворювань сечового тракту (цистит, пієлонефрит) в 8% і 6% жінок з нейроендокринною патологією і ВХНК, симфізит у 8% жінок з ожирінням. Збільшення щитовидної залози виявлене у 90% жінок основної групи, причому переважала 2 ст. збільшення: 56% – в 1 підгрупі і 52% – в 2. Ознаки гіпотиреозу виявлені у 20% жінок з ожирінням і в 32% – з дефіцитом маси тіла.

Резюмуючи результати додаткових лабораторних і функціональних методів дослідження необхідно відзначити, що у жінок основної групи на клітинному, системному і міжсистемному рівнях виявлено невідповідність між фізіологічним характером подразника (вагітність) і неадекватним, надлишковим реагуванням адаптаційних механізмів в перебігу всього періоду гестації.

На такому фоні зареєстрована зміна добового ритму ворущіння плода. Відношення кількості уранішніх ворущіння плода, що реєструються жінкою протягом 10 хв, до вечірніх ворущіння за той же період часу склало в 1 підгрупі $1,16 \pm 0,15$, а в 2 – $0,90 \pm 0,11$, тобто кількість уранішніх і вечірніх ворущіння було майже однаковою, тоді як в контрольній групі відмічено двократне переважання вечірніх ворущіння. Нічні ворущіння плода були відмічені лише вагітними основної групи. Оцінювання біофізичного профілю плода і результатів кардіотокографії не виявили достовірних відмінностей в контрольній і основній групах. Ультразвукове обстеження у вагітних з нейроендокринною патологією і ВХНК виявило епізоди підвищеної рухової активності плода з формуванням тазового, поперечного положення, заднього виду у 38% жінок 1 підгрупи і в 56% – в 2 і лише в 16% – в контролі.

ВИСНОВОК

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, вагітність у жінок з нейроендокринною патологією і варикозною хворобою нижніх кінцівок протікає на фоні граничної напруги пристосовних механізмів, що виявляється метаболічними порушеннями у поєднанні з неадекватно високою симпатичною активністю в перебігу всього періоду гестації, що характеризує переважання процесів компенсації. Ці розлади формують картину преєклампсії і постійної загрози нечасного переривання вагітності. На такому фоні плацентарної дисфункції гіпоксія плода може посилитися патологічними пологами і зниженням адаптаційних можливостей новонароджених. Отримані результати необхідно враховувати при розробці комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Клиническое течение беременности у женщин с нейроэндокринной патологией и варикозной болезнью нижних конечностей

Л.В. Манжула

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

Ключевые слова: беременность, нейроэндокринная патология, патология, варикозная болезнь нижних конечностей.

Clinical current of pregnancy at women with neuroendocrinological a pathology and varicose illness of bottom extremities

L.V. Manzula

As have shown results of the lead researches, pregnancy at women with neuroendocrinological a pathology proceeds on a background of a limiting pressure of the adaptive mechanisms

shown by metabolic infringements in a combination to inadequately high sympathetic activity during all period gestation that characterizes prevalence of processes of indemnification. These frustration form a picture preeclampsia and constant threat of delayed interruption of pregnancy. On such background placental dysfunction and hypoxia a born can be aggravated by pathological sorts and decrease in adaptable opportunities of newborns. The received results are necessary for taking into account by development of a complex of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: *pregnancy, neuroendocrinological a pathology, varicose illness of bottom extremities.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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

УДК 618.36-008.6-055.25-07-084

Особенности плацентарной дисфункции у жінок до 18 років, які народжували вперше

В.В. Маркевич

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

Результати проведених досліджень свідчать, що при використанні вдосконаленого нами алгоритму корекції дизадаптаційних порушень в фетоплацентарному комплексі у юних вагітних, які складають групи високого ризику щодо розвитку плацентарної дисфункції, включаються всі структурні механізми адаптації плаценти, які дозволяють зберегти морфометричні та дифузійні показники ворсинчастого дерева на рівні стійкої компенсації. Це є найважливішим пристосувальним засобом, який дозволяє підтримувати життєздатність плода. Отримані результати дозволяють нам рекомендувати удосконалений алгоритм діагностики та профілактики плацентарної дисфункції у юних жінок, які народжують вперше для широкого застосування в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: *плацентарна дисфункція, діагностика, профілактика, юні жінки, які народжують вперше.*

Однією з актуальних проблем сучасного акушерства є порушення функціонального стану фетоплацентарного комплексу (ФПК), що призводить до високої частоти перинатальної смертності і захворюваності [2, 6]. Серед основних причин такої негативної тенденції виділяють наявність ускладненого репродуктивного анамнезу, високу частоту екстрагенітальної патології, несприятливий вплив екологічних і економічних чинників, а також вагітність в несприятливі терміни для дітородіння (до 18 і після 40 років) [3, 7].

На жаль, останніми роками вагітність у дівчат молодше 18 років стає усе більш частим явищем, що пов'язують з раннім початком статевого життя, частою зміною статевих партнерів, відсутністю знань по основних моментах контрацепції тощо [1, 8]. При цьому в даний час юний вік (до 18 років) відносять до чинників ризику акушерської і перинатальної патології, особливо у зв'язку з біологічною негативністю материнського організму і високим рівнем інфекцій, що передаються статевим шляхом [4].

Не дивлячись на значне число наукових повідомлень з проблеми плацентарної дисфункції (ПД) з одного боку, а також і вагітності і пологів у юних жінок, які народжують вперше, цілий ряд наукових завдань далекий від дозволу. На нашу думку, одним з таких завдань є наявність ПД у юних жінок, які народжують вперше,

при тому, що публікації в даному напрямі є поодинокими, не систематизованими і носять фрагментарний характер, що не дозволяє досить ефективно вирішувати цю наукову задачу. Все це в сукупності свідчить про актуальність вибраної тематики для проведення наукових досліджень, направлених на зниження частоти перинатальних ускладнень у жінок групи високого ризику.

Мета дослідження: зниження частоти ПД та перинатальної патології у юних вагітних на підставі вивчення клініко-лабораторних, гормональних, функціональних і морфологічних особливостей формування ФПК, а також розробки та впровадження удосконаленого алгоритму лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети даного наукового дослідження було проведено клініко-функціональне обстеження 90 вагітних, які народжували вперше та були розділені на такі групи:

Контрольна група – 30 вагітних, які народжують вперше у віці 20–25 років без акушерської та соматичної патології, розроджених через природні пологові шляхи;

I група – 30 вагітних, які народжують вперше у віці 13–18 років, які одержували загальноприйнятну профілактику ПД;

II група – 30 вагітних, які народжують вперше у віці 13–18 років, у яких була використана удосконалена нами методика профілактики ПД.

Для проведення аналізу складена карта дослідження, яка включає такі параметри: соціально-біологічна характеристика; скарги; анамнез життя, включаючи матеріально-побутові умови; акушерсько-гінекологічний анамнез, що включає докладні дані про репродуктивну функцію (перебіг, результат попередніх вагітностей); проспективний аналіз перебігу даної вагітності, пологів і післяпологового періоду та характеристика немовляти (ваго-ростові показники, оцінка загального стану за шкалою Апгар, основні параметри перебігу раннього неонатального періоду).

Проведене дослідження не суперечить загальноприйнятим біоетичним нормам і проведене з урахуванням відповідних принципів Гельсінської декларації прав людини, Конвенції Ради Європи про права людини та відповідних законів України про проведення експериментальних і клінічних досліджень [2].

Профілактика ПД у юних вагітних, які народжують вперше, I групи проводилася відповідно до загальноприйнятих рекомендацій [5], при цьому в комплексі лікувально-профілактичних заходів включали препарати, які підсилюють матково-плацентарний кровообіг, препарати, які нормалізують метаболізм та білковий обмін, а також адаптогени.

Основною відмінною рисою розробленої нами методики профілактики ПД у юних вагітних, які народжують вперше, було використання препарату аргініна гідрохлоріда (тівортін). Препарат використовували профілактично у вигляді сиропу по 25 мл 3 рази на добу трьома курсами по 10 днів. Терміни вагітності були наступні: 16–17 тиж; 26–27 та 36–37 тиж.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, доплерометричні, ендокринологічні, мікробіологічні та статистичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними факторами ризику розвитку плацентарної дисфункції у юних первородящих є наявність в анамнезі високого рівня інфекційних захворювань в дитячому та підлітковому віці (56,7%), соматичної патології (36,7%), гінекологічної патології (66,7%); носійство хронічної уrogenітальної інфекції (100,0%); низький рівень зареєстрованих шлюбів (23,3%); висока частота шкідливих навичок (33,3%); відсутність будь-якої професії (70,0%); небажання чоловіка і його батьків мати дитину (76,7%) і недостатнє матеріальне забезпечення (76,7%).

Основними ускладненнями перебігу вагітності і пологів у юних жінок є плацентарна дисфункція (63,3%), загроза передчасних пологів (43,3%), затримка розвитку плода (26,7%; $p < 0,05$), дистрес плода (16,7%), що призводить до високої частоти абдомінального розродження (26,7%).

Перинатальні наслідки розродження у юних вагітних характеризуються достовірно високим рівнем середньо-тяжких форм асфіксії новонародженого (20,0%) та постгіпоксичної енцефалопатії (23,3%). Сумарні перинатальні втрати складають – 33,3%.

Особливості формування і функціонування фетоплацентарного комплексу у юних вагітних характеризуються порушенням плодової гемодинаміки: збільшення швидкості кровообігу у венозній протоці (до $74,44 \pm 2,25$; $p < 0,05$), підвищення пульсового індексу в маткових артеріях – (до $1,612 \pm 0,03$; $p < 0,05$) та в середньо-мозковій артерії – (до $1,526 \pm 0,03$; $p < 0,05$) і одночасній появі дисгормональних порушень: зменшення рівня естріолу (до $24,3 \pm 1,8$ нмоль/л; $p < 0,01$); плацентарного лактогену (до $301,8 \pm 14,4$ нмоль/л; $p < 0,05$) і прогестерону (до $349,2 \pm 14,6$ нмоль/л; $p < 0,05$) при одночасному збільшенні вмісту кортизолу (до $988,6 \pm 12,6$ нмоль/л; $p < 0,01$). Ці результати свідчать про початок субкомпенсованих змін функціонального стану фетоплацентарного комплексу.

Морфо-функціональний стан послідів у юних породілей характеризується наявністю суттєвих порушень компенсаторно-приспосувальних механізмів в плаценті, що проявлялося значним відставанням у формуванні ворсинчастого дерева за рахунок збільшення об'єму міжворсинчастого фібриноїду ($2,8 \pm 0,01$ бала), псевдоінфарктів ($4,0 \pm 0,02$ бала), афункціональних зон ($2,8 \pm 0,02$ бала), міжворсинчатих крововиливів ($2,6 \pm 0,02$ бала) та кальцифікатів ($4,2 \pm 0,03$ бала), що свідчить про стан загального морфофункціонального напруження плаценти та подальше виникнення плацентарної дисфункції. Основним патогенетичним механізмом формування плацентарної дисфункції у юних першовагітних є відносна та патологічна незрілість ворсинчастого дерева.

Використання вдосконаленого нами алгоритму дозволяє нормалізувати гормоносинтезуючу функцію плаценти, покращити матково-плацентарний кровообіг, активувати структурні механізми адаптації плаценти, зберегти морфометричні та дифузні показники ворсинчастого дерева на рівні стійкої компенсації, що є найважливішим пристосувальним засобом для підтримки життєздатності плода.

Додаткове включення в комплекс лікувально-профілактичних заходів глутаргіна гідрохлориду дозволило знизити частоту плацентарної дисфункції в 2,4 разу, передчасних пологів в 1,7 разу, передчасного розриву плодових оболонок в 2,2

разу, затримки росту плода в 1,8 разу, дистресу плода в 2,5 разу, частоти кесаревих розтинів в 1,6 разу, що в свою чергу дозволило достовірно знизити частоту перинатальних ускладнень: асфіксії новонароджених в 2,3 разу та постгіпоксичної енцефалопатії в 1,7 разу, а також попередити перинатальну смертність.

ВИСНОВКИ

Таким чином, на підставі отриманих даних, можна вважати, що при використанні вдосконаленого нами алгоритму корекції дизадаптаційних порушень в фетоплацентарному комплексі у юних вагітних, які складають групи високого ризику щодо розвитку плацентарної дисфункції, включаються всі структурні механізми адаптації плаценти, які дозволяють зберегти морфометричні та дифузійні показники ворсинчастого дерева на рівні стійкої компенсації, що є найважливішим пристосувальним засобом, який дозволяє підтримувати життєздатність плода. Отримані результати дозволяють нам рекомендувати удосконалений алгоритм діагностики та профілактики плацентарної дисфункції у юних жінок, які народжують вперше для широкого застосування в практичній охороні здоров'я.

Особенности плацентарной дисфункции у первородящих до 18 лет В.В. Маркевич

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что при использовании усовершенствованного нами алгоритма коррекции дизадаптационных нарушений в фетоплацентарном комплексе у юных беременных, которые составляют группу высокого риска по развитию плацентарной дисфункции, включаются все структурные механизмы адаптации плаценты, которые позволяют сохранить морфометрические и диффузные показатели ворсинчатого дерева на уровне стойкой компенсации. Это является наиболее важным приспособительным средством, которое поддерживает жизнедеятельность плода. Полученные результаты позволяют нам рекомендовать усовершенствованный алгоритм диагностики и профилактики плацентарной дисфункции у юных первородящих для широкого применения в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: плацентарная дисфункция, диагностика, профилактика, юные первородящие.

Features of placental dysfunction at first-labour women till 18 years V.V. Markevich

Results of the spent researches testify that at use of the algorithm of correction improved by us dysadaptation infringements in a feto-placental complex at young pregnant women who make group of high risk on development of placental dysfunction, all structural mechanisms of adaptation of placenta which allow to keep morfometrical and diffusion indicators of tree at level of proof indemnification that is the most important adaptive means which supports fruit ability to live join. The received results allow us to recommend advanced algorithm of diagnostics and preventive maintenance of placental dysfunction at young first-labour women for wide application in practical public health services.

Key words: placental dysfunction, diagnostics, preventive maintenance, young first-labour women.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вдовиченко Ю.П. Ультразвукова діагностика затримки росту плода на фоні плацентарної недостатності в групах з високим ризиком / Ю.П. Вдовиченко, С.В. Дудка // Ехографія в перинатології та гінекології. – Кривий Ріг. – 2013. – С. 25–27.
2. Запорожан В.М. Плацентарна недостатність та її вплив на плід / В.М. Запорожан, Л.І. Даниленко, Р.Ф. Макулькін // Одеський мед. журнал. – 2009. – № 4. – С. 82–84.
3. Маркин Л.Б. Мониторные системы в родовспоможении / Л.Б. Маркин, М.П. Павловский. – К.: Здоров'я, 2010. – 158 с.
4. Паращук Ю.С., Грищенко О.В., Лахно И.В. Ведення вагітності та пологів при фетоплацентарній недостатності. – Харьков: Торнадо, 2011. – 116 с.
5. Радзинский В.Е. Плацентарная недостаточность при гестозе / В.Е. Радзинский, И.М. Ордиянц // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 1. – С. 11–16.
6. Романенко Т.Г. Імунологічні аспекти профілактики, прогнозування та лікування невиношування вагітності / Т.Г. Романенко, А.В. Ткаченко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2010. – № 6. – С. 117–119.
7. Чайка В.К. Невынашивание беременности: проблемы и тактика лечения. / В.К. Чайка, Т.Н. Діміна. – Севастополь: «Вебер», 2011. – 268 с.
8. Anamey E.R., Hednee W.R. The prevention of adolescent pregnancy. //JAMA. – 2012. – № 5. – P. 78–82.

УДК 618.36-07:618.25

Клинико-ультразвуковые аспекты дихориальной диамниотической двойни

О.В. Мельник

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что динамические эхографические наблюдения при многоплодной беременности являются достаточно информативными в аспекте своевременной диагностики задержки развития одного или обоих плодов. Особенности роста плодов при дихориальной двойне идентичны показателям развития плода при ассиметричной форме задержки развития при одноплодной беременности. Наиболее значимые отличия появляются в 38 нед, когда резко снижается прибавка массы тела и замедляется рост головки плода, что может быть вызвано декомпенсацией плацентарной функции при многоплодии. С учетом выше изложенного можно предположить, что пролонгация беременности дихориальной двойне после 38 нед нецелесообразна. Усовершенствованный алгоритм ведения беременности позволяет своевременно ставить вопрос о досрочном родоразрешении женщин для улучшения перинатальных исходов беременности.

Ключевые слова: многоплодная беременность, эхография.

В большинстве европейских стран на протяжении последних лет частота многоплодных родов колеблется в пределах 11–14 на 1000 [1, 2]. И хотя в абсолютных числах это значение не очень большое, дети от многоплодных родов составляют большинство среди тех, которые нуждаются в интенсивной терапии в неонатальный период и имеющих неврологические отклонения разной степени выраженности в дальнейшем. Перинатальная смертность при многоплодии более чем в 6 раз превышает такую при одноплодной беременности [3–6]. Тяжелые неврологические отклонения в возрасте 1 года имеют от 10% до 25% близнецов [7, 8]. По мнению большинства исследователей, основной причиной перинатальных потерь при многоплодии является глубокая недоношенность и низкие весо-ростовые показатели при рождении, причем недоношенность среди причин стоит на первом месте [9–12].

Несмотря на высокий интерес современных исследователей к многоплодной беременности, нельзя считать все вопросы данной проблемы полностью изученными, особенно в аспекте эхографической оценки течения беременности при дихориальных диамниотических двойнях.

Цель исследования: изучение клинико-эхографических особенностей течения беременности при дихориальных диамниотических двойнях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа основана на анализе результатов беременности у 207 беременных с двойнями. В зависимости от характера хориальности были выделены 2 основных группы: «Дихориальная диамниотическая двойня» (ДХДА двойня) – 146 женщин, и «Монохориальная диамниотическая двойня» (МХДА двойня) – 61 женщина. Хориальность устанавливалась при ультразвуковом исследовании в 10–14 нед на основании определения количества плацент, а при визуализации одной плаценты изучалось место отхождения амниотической перегородки. При выявлении лямбда-подобной формы плацентарной ткани в месте отхождения амниотической перегородки устанавливался дихориальный тип плацентации, а при выявлении Т-подобной формы плацентарной ткани в месте отхождения амниотической перегородки устанавливался монохориальный тип плацентации. Подтверждение хориальности производилось после родов. При рождении детей одного пола осматривался послед с определением количества плацент и количества слоев в амниотической перегородке при наличии одной плаценты, определения группы крови новорожденных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что в группе 1 ДХДА двойни женщины, которые рожали впервые было 123 (84,2%), из них 99 (67,8%) женщин, которые впервые забеременели, женщин, у которых беременность была повторной – 47 (32,2%). Среди женщин, у которых беременность была повторной, но они были первородящими, в анамнезе медицинский аборт был у 23 пациенток (15,7%), внематочная беременность 10 (6,8%), непроизвольный выкидыш и беременность, которая не развивается, 15 (10,3%). Из 23 (15,7%) женщин, которые рожали повторно 4 (2,7%) имели в анамнезе мертворождение, преждевременные роды 3 (2%) женщины.

Возраст беременных женщин с ДХДА двойней варьировал от 21 до 41 года и, в среднем, составил $29,2 \pm 0,3$ года.

В дальнейшем на основании результатов динамического эхографического наблюдения в 1 группе было выделено 100 беременных, которые были распределены на две подгруппы:

- 1.1 – n=50 – наблюдение по общепринятому алгоритму;
- 1.2 – n=50 – по предлагаемому нами алгоритму.

Для этого нами были усовершенствованы нормативы основных фетометрических показателей в сроке от 16 до 38 нед беременности, обнаружены критические сроки таких акушерских осложнений как нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока, задержка развития плода (ЗРП).

С целью выявления особенностей роста плодов при дихориальных двойнях нами выполнено сравнение полученных фетометрических показателей с фетометрическими нормативами одноплодной беременности. Использованы специальные номограммы [2, 11].

Из полученных нами данных видно, что после 22 нед беременности в первую очередь начинают снижаться темпы роста окружности живота. Значение 50-го процентиля длины окружности живота плода в 22–23 нед беременности дихориальными двойнями достоверно ($p < 0,05$) отличаются от данного показателя одноплодной

беременности. Значительнее всего темпы роста окружности живота при дихориальной беременности снижаются после 32 нед гестации, однако, при физиологически протекающей дихориальной беременности данный показатель не выходит за пределы 10 перцентилей номограммы одноплодной беременности.

Отличия в размерах головки плода при сравнении показателей 50-го перцентилея дихориальной и одноплодной беременности, в частности длины окружности головки, начинают сказываться с 34-й недели. В 38 нед гестации эти отличия становятся достоверными ($p < 0,05$). Однако бипариетальный размер головки плода находится в пределах индивидуальных колебаний, свойственных одноплодной беременности.

Длины трубчатых костей плода: бедренной, большеберцовой, малоберцовой, плечевой, локтевой и лучевой – так же находятся в пределах индивидуальных колебаний и практически не отличаются от нормативов одноплодной беременности.

Таким образом, особенности роста плодов при дихориальной беременности начинают выявляться с 22 нед в виде замедления темпов роста размеров живота плода. В наибольшей степени отставание выше указанного параметра выявляется в 32 нед гестации и сопровождается достоверным ($p < 0,05$) снижением темпов прибавки массы тела плода с 34 нед. В целом особенности роста плодов при дихориальных двойнях идентичны показателям развития плода при асимметричной форме ЗРП при одноплодной беременности. Наиболее значимые отличия появляются в 38 нед, когда резко снижается прибавка массы тела и замедляется рост головки плода, что может быть вызвано декомпенсацией плацентарной функции при многоплодии. С учетом изложенного выше можно предусмотреть, что пролонгация беременности дихориальными двойнями дольше 38 нед нецелесообразна.

Самым частым осложнением многоплодной беременности со стороны плодов является ЗРП в сочетании с нарушением маточно-плацентарно-плодового кровотока или с сохраненным кровотоком. Среди беременных, которые вошли в исследование с дихориальными диамниотическими двойнями, частота развития ЗРП составила 14,4% нарушений МППК 8,9%, соответственно 21 и 13 случаев. Причем среди вариантов нарушений МППК преобладали нарушения плодово-плацентарного кровотока разной степени тяжести. Необходимо также отметить, что не во всех случаях развития нарушений МППК 1А и 1Б степени оказывалась ЗРП. Во всех случаях диагноз ЗРП был подтвержден неонатологом после родов.

В подгруппе 1.1 ($n=50$ – наблюдение на предлагаемом алгоритму) развитие ЗРП отмечено в 12,0% случаев, из них ЗРП одного плода в 6,0% и ЗРП обоих плодов у 6,0% женщин. Из них 1 (2,0%) случай выявлен в 22 нед, 1 (2,0%) – в 24 нед, 1 (2,0%) – в 30 нед, 2 (4,0%) – в 32 нед, 1 (2,0%) – в 34 нед и 1 (2,0%) – в 36 нед. ЗРП сочеталось в 1 (2,0%) случаев с нарушением МППК IА степени, в 1 (2,0%) случаев IБ степени и в 1 (2,0%) случаев III степени. В 1 (2,0%) случаев нарушения МППК IБ степени не сопровождалось ЗРП. При этом ЗРП при ДХДА чаще всего развивается в сроках от 30 до 34 нед беременности, что сравнимо с результатами, изложенными выше. Значительное замедление темпов роста плодов при нормально протекающей беременности ДХДА происходит после 32 нед. По-видимому, наличие дополнительных неблагоприятных факторов приводит к декомпенсации плацентарной функции в отмеченном сроке беременности. Такими факторами могут

быть любые эндогенные и экзогенные действия, как на этапе формирования, так и на этапе зрелого состояния плаценты.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что динамические эхографические наблюдения при многоплодной беременности являются достаточно информативными в аспекте своевременной диагностики задержки развития одного или обоих плодов. Особенности роста плодов при дихориальных двойнях идентичны показателям развития плода при асимметричной форме задержки развития плода при одноплодной беременности. Наиболее значимые отличия появляются в 38 нед, когда резко снижается прибавка массы тела и замедляется рост головки плода, что может быть вызвано декомпенсацией плацентарной функции при многоплодии. С учетом выше изложенного можно предусмотреть, что пролонгация беременности дихориальными двойнями дольше 38 нед нецелесообразна. Усовершенствованный алгоритм ведения беременности позволяет своевременно ставить вопрос о досрочном родоразрешении женщин для улучшения перинатальных последствий беременности.

Клініко-ультразвукові аспекти дихоріальної діамніотичної двійні О.В. Мельник

Результати проведених досліджень свідчать, що динамічні ехографічні спостереження при багатоплідній вагітності є достатньо інформативними в аспекті своєчасної діагностики затримки розвитку одного або обох плодів. Особливості зростання плодів при дихоріальних двійнях ідентичні показникам розвитку плода при асиметричній формі затримки розвитку плода при одноплідній вагітності. Найбільш значимі відмінності з'являються в 38 тижнів, коли різко знижується надбавка маси тіла і сповільнюється зростання головки плода, що може бути викликане декомпенсацією плацентарної функції при багатоплідді. З врахуванням вище викладеного можна передбачити, що пролонгація вагітності дихоріальними двійнями довше 38 тиж недоцільна. Удосконалений алгоритм ведення вагітності дозволяє своєчасно ставити питання про дострокове розродження жінок для покращення перинатальних наслідків вагітності.

Ключові слова: багатоплідна вагітність, ехографія.

Clinical-ehografical aspects at dihorial diamniotical twins O.V. Melnik

Results of the spent researches testify that dynamic ehografical supervision at multipara pregnancy are informative enough in aspect of timely diagnostics of an arrest of development of one or both fetus. Features of growth of fetus at dihorial twins are identical to indicators of development of fetus at the dissymmetric form of an arrest of development at onepara pregnancy. Most differences appear in 38 weeks, a cord the increase of weight of body sharply decreases and growth of a head of fetus that can be caused decompensation placental function at multipara is slowed down. With the account above stated it is possible to assume that pregnancy prolongation dihorial twins after 38 weeks is inexpedient. The advanced algorithm of conducting pregnancy allows to bring in due time an attention to the question about preschedule delivery women for improvement perinatal pregnancy outcomes.

Key words: multipara pregnancy, ehografia.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Bryan E.M. Support for families with multiple births / E.M. Bryan // Course manual, Diploma in Fetal Medicine. – 2010. – № 2. – P. 39–48.
2. Keith L. Multiple pregnancy: epidemiology, gestation and perinatal outcome / L. Keith, E. Papiernick, D.M. Keith // Parthenon. – 2011. – № 1. – P. 721–730.
3. MacGillivray I. Epidemiology of twin pregnancy / I. MacGillivray // Semin Perinatol. – 2009. – № 10. – P. 4–8.
4. Фукс М.А. Многоплодная беременность / М.А. Фукс, Л.Б. Маркин. – К.: Здоровье, 2008. – 243 с.
5. Hack K.E. The natural course of monochorionic and dichorionic twin pregnancies: a historical cohort / K.E. Hack, J.B. Derks, V.L. de Visser // Twin Res. Hum. Genet. – 2013. – № 9. – P. 450–455.
6. Gul A. Perinatal outcomes of twin pregnancies discordant for major fetal anomalies / A. Gul, A. Gebeci, H. Asian // Fetal Diagn. Ther. – 2012. – № 20. – P. 244–248.
7. Asztalos E. Evaluating 2 year outcome in twins < or = 30 weeks gestation at birth: a regional perinatal unit's experience / E. Asztalos, J.F. Barrett, M. Lacy // Twin Res. – 2011. – № 4. – P. 431–438.
8. Adegbite A.L. Prevalence of cranial scan abnormalities in preterm twins in relation to chorionicity and discordant birth weight / A.L. Adegbite, S. Castille, S. Ward // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2013. – № 1. – P. 47–55.
9. Fitzsimmons B.P. Perinatal and neonatal outcomes in multiple gestations: assisted reproduction versus spontaneous conception / B.P. Fitzsimmons, M.W. Bebbington, M.R. Fluker // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2008. – № 9. – P. 1162–1167.
10. Hack K.E. The natural course of monochorionic and dichorionic twin pregnancies: a historical cohort / K.E. Hack, J.B. Derks, V.L. de Visser // Twin Res. Hum. Genet. – 2012. – № 9. – P. 450–455.
11. Ferreira I. Chorionicity and adverse perinatal outcome / I. Ferreira, C. Laureano, M. Branco // Acta Med. Port. 2005. – № 3. – P. 183–188.
12. Cordero L. Mean arterial pressure in very low birth weight (801 to 1500 g) concordant and discordant twins during the first day of life / L. Cordero, P.J. Giannone, J.T. Rich // J. Perinatal. – 2013. – № 7. – P. 545–551.

УДК 618.3-008.6+618.2-055.28

Влияние прогестерона на период адаптации недоношенных детей

Е.В. Мосендз

Кировоградская областная больница

В статье изложены данные собственных исследований, проведенных на базе Перинатального центра Кировоградской областной больницы в 2013–2014 гг. В основу исследования положен, сравнительный анализ встречаемости гипоксически-ишемического поражения центральной нервной системы (ГИП ЦНС) у недоношенных новорожденных во время вынашивания которых беременная принимала препараты прогестерона (основная группа) и не принимала (контрольная группа). На основании полученных данных установлено, что прием препаратов прогестерона во время беременности, уменьшают ГИП ЦНС у недоношенных детей, увеличивает количество детей, выписанных на 5-е сутки, уменьшают переведенных в Детскую областную больницу на долечивание и таким образом снижают экономические затраты.

Ключевые слова: преждевременные роды, недоношенные дети, гипоксически-ишемическое повреждение центральной нервной системы.

Одна из основных задач перинатальной медицины – предотвращение и снижение частоты перинатальной заболеваемости и смертности, что является одной из причин при преждевременных родах (ПР).

ПР являются одним из самых важных аспектов проблемы охраны здоровья матери и ребенка. Главные проблемы при ПР – недоношенность и задержка внутриутробного развития, в результате которого рождается не просто недоношенный, но и больной ребенок, что является основной причиной перинатальной заболеваемости, инвалидизации и смертности [2]. В развитых странах мира ПР обуславливают до 80 % неонатальной смертности, не связанной с врожденными аномалиями развития плода [3].

В Украине с 2007 г. в соответствии с рекомендациями ВОЗ (Наказ МОЗ України № 179 від 29.03.06 «Про затвердження інструкції з визначення критеріїв перинатального періоду, живонародженості та мертвонародженості, порядку реєстрації живонароджених і мертвонароджених») используют критерии регистрации перинатального периода, согласно которым преждевременными считаются роды со спонтанным началом, прогрессирующим родовой деятельностью и рождением плода весом более 500 г, наступившие в период с 22-й полной недели до окончания 37-й недели беременности. Частота в Украине с учетом новых критериев составляет от 12% до 46%.

ПР делят по срокам гестации на очень ранние (22–27 нед), ранние (28–33 нед) и собственно ПР (34–37 нед) [1]. Это обусловлено тем, что этиология ПР, особен-

ности их ведения и исходы на этих этапах беременности различны и чаще всего недоношенные новорожденные погибают вследствие респираторного дистресс-синдрома и гипоксически-ишемическом поражении ЦНС (ГИП ЦНС).

Цель исследования: изучение снижения частоты ГИП ЦНС при ПР на фоне приема препаратов прогестерона во время беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Наше исследование основано на опыте работы Перинатального центра Кировоградской областной больницы, где был проведен анализ исходов собственно ПР за последние 2 года (2013–2014 г.).

В основу исследования положен сравнительный анализ частоты встречаемости ГИП ЦНС у недоношенных новорожденных зависимо от приема во время беременности препаратов прогестерона. Следовательно, все недоношенные новорожденные собственно ПР были распределены на 2 группы: в 1-ю (основную) группу вошли 67 детей, во время беременности которых был прием препаратов прогестерона, во 2-ю (сравнительную) – 96 детей, во время беременности которых не было приема препаратов прогестерона. Всем новорожденным проведена НСГ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе встречаемости частоты ГИП ЦНС у недоношенных новорожденных установлено, что в 1-й (основной) группе встречаемость ГИП ЦНС составляет 22,38%, во 2-й (контрольной) – 43,75% (табл. 1).

Таким образом, встречаемость ГИП ЦНС у недоношенных новорожденных, во время вынашивания которых беременная принимала препараты прогестерона, в 2 раза ниже, чем у новорожденных группы сравнения.

При анализе особенностей течения периода адаптации недоношенных новорожденных установлено, что у детей 1-й группы ранняя стабилизация состояния, количество детей выписанных до 5-ти суток у 1,5 раза выше, меньший процент

Таблица 1

Встречаемость ГИП ЦНС у недоношенных новорожденных

| Встречаемость ГИП ЦНС | 1-я группа (n=67) | 2-я группа (n=96) |
|--------------------------|-------------------|-------------------|
| Число детей с ГИП ЦНС, n | 15 | 42 |
| Число детей с ГИП ЦНС, % | 22,38 | 43,75 |

Таблица 2

Распределения недоношенных новорожденных по пребыванию в стационаре

| Пребывания в стационаре | 1-я группа, n (%) | 2-я группа, n (%) |
|----------------------------------|-------------------|-------------------|
| Выписаны домой до 5 сут | 19 (28,36) | 18 (18,75) |
| Выписаны домой на 6-10-е сутки | 28 (41,79) | 44 (45,83) |
| Выписаны домой после 10-ти суток | 7 (10,45) | 9 (9,38) |
| Перевод в ДОБ | 13 (19,40) | 25 (26,04) |

детей переведенных в Детскую областную больницу (ДОБ), чем у детей 2-й группы (табл. 2).

ВЫВОДЫ

Анализируя полученные данные, установлено, что прием препаратов прогестерона во время беременности, уменьшают ГИП ЦНС у недоношенных детей у 2 раза, увеличивают количество детей выписанных на 5-е сутки у 1,5 раза и уменьшает переведенных в ДОБ на долечивание. Таким образом, период адаптации недоношенных детей на фоне приема препаратов прогестерона во время беременности проходит легче, снижается количество койко-дней пребывания на стационарном лечении, уменьшая экономические затраты.

Вплив прогестерону на період адаптації недоношених дітей О.В. Мосендз

В статті викладено дані власних досліджень, проведених на базі Перинатального центру Кировоградської обласної лікарні у 2013–2014 рр. В основу дослідження покладено порівняльний аналіз частоти гіпоксично-ішемічного ураження центральної нервової системи (ГУ ЦНС) у недоношених дітей, під час виношування яких вагітна приймала препарати прогестерону (основна група) і не приймала (контрольна група). На основі отриманих даних встановлено, що прийом препаратів прогестерону під час вагітності зменшують ГУ ЦНС у недоношених дітей, збільшують кількість дітей виписаних на 5-у добу, зменшують переведених в Дитячу обласну лікарню на долікування і таким чином знижують економічні затрати.

Ключові слова: передчасні пологи, недоношені діти, гіпоксично-ішемічне ураження центральної нервової системи.

The progesterone effects on the adaptation period in premature newborns E. V. Mosendz

The paper presents the data of the autor's own study based on the Perinatal center of the Kirovohrad oblast hospital in 2013–2014. The basis of this study is a comparative analysis of the occurrence of hypoxic ischemic lesion of the Central nervous system (ISU CNS) in preterm infants during pregnancy, which were taking drugs progesterone (the main group) and were not (control group). Based on these data it was established that supplementation of progesterone during pregnancy, reduces the ISU CNS in premature infants, increases the number of children discharged on the 5th day, reduces the number of children transferred to Children's regional hospital for the aftercare and thus reduces the economic costs.

Key words: preterm labor, premature infants, hypoxic ischemic injury of the Central nervous system.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Стрижаков А.Н. Потеря беременности / А.Н. Стрижаков, И.В. Игнатко. – М.: МИА, 2007. – 224 с.
2. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности / В.М. Сидельникова. – М.: Триада-Х, 2005. – 304 с.
3. Rush R.W. Contribution of preterm delivery to perinatal mortality / R.W. Rush, MJNC Keirse, P. Howart, J.D. Baum. / BMJ 2005, 2: 965–968.

УДК 618.56:616-008.9:616-053.31

Прегравідарна клінічна характеристика жінок з надлишковою масою тіла та метаболічним синдромом

С.О. Остафійчук

Івано-Франківський національний медичний університет МОЗ України

Результати проведених досліджень показали, що частота метаболічного синдрому у жінок з ожирінням ще до вагітності складає 89,2%, а число компонентів метаболічного синдрому корелює зі ступенем ожиріння. Частота інсулінорезистентності у пацієток з 1 ступенем ожиріння складає 18,4%; з 2 – 29,3% і з 3 – 70,0%. Повний метаболічний синдром – поєднання чотирьох основних компонентів метаболічного синдрому в 70,0% спостережень виявляється у жінок з 3 ступенем ожиріння; з 2 – в 48,8% і з 1 – лише в 18,4% обстежених. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні тактики ведення пацієток на прегравідарному етапі, а також під час гестаційного періоду і розродження.

Ключові слова: прегравідарний період, метаболічний синдром.

У останнє десятиліття значно зріс інтерес учених всього світу до взаємозв'язку метаболічних порушень з ожирінням і зростанням серцево-судинних захворювань. Так, ожиріння і цукровий діабет 2-го типу (ЦД2) визнані ВООЗ неінфекційними епідеміями нашого часу у зв'язку з широким розповсюдженням серед населення, високим ризиком розвитку серцево-судинних захворювань, ранньою інвалідизацією і передчасною смертністю.

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

У дослідженнях акушерів [1–3] є значне число робіт, присвячених впливу ожиріння на перебіг вагітності і пологів, а вивчення основних метаболічних показників проводиться не так часто. У доступній нам літературі ми не знайшли робіт, які б зв'язували ожиріння у вагітних з наявністю у них метаболічного синдрому (МС).

Мета дослідження: вивчення особливості клінічної характеристики жінок з МС на прегравідарному етапі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під спостереженням знаходилися 120 вагітних жінок з ожирінням, що поступили у відділення патології вагітних з різними ускладненнями вагітності. Причому раніше у зв'язку з ожирінням жінки не обстежилися і не лікувалися.

З приводу вагітності всі жінки перебували на обліку в жіночій консультації з моменту постановки на облік. При цьому до 12 тиж вагітності стали на облік 89 пацієток (74,2%) і в пізніші терміни – 31 (25,8%).

З метою проведення порівняльного аналізу контрольну групу склали 45 вагітних без порушення жирового обміну.

Критеріями включення в дослідження були вагітні з аліментарно-конституціональним ожирінням, індекс маси тіла у них склав >30 кг/м².

Критеріями виключення були:

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

120 вагітних були розділені на три групи залежно від ступеня ожиріння:

I групу склали 49 вагітних з 1 ступенем ожиріння;

II групу – 41 вагітна з 2 ступенем ожиріння;

III групу – 30 вагітних з 3 ступенем ожиріння.

У комплекс проведених досліджень були включені антропометричні виміри, клініко-лабораторні методи і критерії виявлення компонентів МС:

- ожиріння – ІМТ >30 кг/м²;
- артеріальна гіпертонія – тиск систоли >140 мм рт.ст. і діастола – > 90 мм рт.ст.
- гіпердисліпідемія – рівень в сироватці крові: тригліцериди (ТГ) – більше 2 ммоль/л; загальний холестерин (ОХ) – більше 5 ммоль/л; ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ) – більше 55 ОД/л і ліпопротеїди високої щільності (ЛПВЩ) – нижче 1 ммоль/л.
- інсулінорезистентність – показник індексу Саго <0,33.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

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

При вивченні соціального статусу було встановлено, що кожна друга жінка зв'язана з харчовою промисловістю, сюди ж увійшли жінки, що працюють у сфері харчових підприємств (кафе, ресторани, продовольчі магазини). Далі по частоті були державні службовці і домогосподарки. Це пояснюється, мабуть, тим, що причиною ожиріння жінок з одного боку є доступність їжі і переїдання, а з іншого – неправильною організацією харчування.

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

При аналізі анамнестичних даних звертало на себе увагу, що у 46 жінок (38,3%), тобто більш ніж в кожній третій ожирінням страждали один або обидва батьки.

Були виявлені так само особливості харчування у жінок з ожирінням. Так, найбільше число жінок – 93 (77,5%) не дотримувалися режиму харчування, причому приймали їжу двічі в день, а останній прийом був рясним і після 20.00 годин, а

при частішій їжі – це були бутерброди. 76 жінок (69,3%) мали пристрасть до жирної їжі, вживали масло, вуглеводи – головним чином картоплю, а 93% виявилися любителами солодкого і різного виду випічок.

З анамнестичних даних звертає на себе увагу той факт, що кожна друга жінка (48,3%) зв'язана по роботі або з виробництвом продуктів харчування або з їх продажем. При опиті 76 жінок (63,3%) вказували на малорухливий спосіб життя.

Це підтверджують і дані анамнезу жінок контрольної групи, серед яких було значне число домогосподарок, з організованим режимом харчування, але малорухливим способом життя.

Аналізуючи структуру екстрагенітальних захворювань, звертало на себе увагу значна частота захворювань дихальної системи (до 10,0%); шлунково-кишкового тракту (14,3%), частота яких була майже однакова у всіх 3 групах жінок з ожирінням. Захворювання шлунково-кишкового тракту були представлені в основному гастритами і гастродуоденітами, а серцево-судинної системи – недостатністю мітрального клапану. Висока частота варикозної хвороби і синдрому обструктивного апное, мабуть пов'язана з надлишковою масою тіла у обстежених пацієнток.

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

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

Аналізуючи генеративну функцію можна дійти висновку, що більшість жінок були повторно вагітними і повторнородящими. Крім того, у жінок з ожирінням 3 ступеня в 4 рази частіше, ніж у жінок без ожиріння і в 2,5 рази частіше, ніж у жінок з 2 і 1 ступенем ожиріння мали місце мимовільні аборти. Вагітність, що не розвивається, у жінок з 3 ступенем ожиріння була в 3 рази частіше, ніж у жінок з ожирінням 1 ступеня і в 2,5 рази частіше, ніж у пацієнток без ожиріння.

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

ВИСНОВКИ

Таким чином, як свідчать результати проведених досліджень, що частота метаболічного синдрому у жінок з ожирінням ще до вагітності складає 89,2%, а число

компонентів метаболічного синдрому корелює зі ступенем ожиріння. Частота інсулінорезистентності у пацієнток з 1 ступенем ожиріння складає 18,4%; з 2 – 29,3% і з 3 – 70,0%. Повний метаболічний синдром – поєднання чотирьох основних компонентів метаболічного синдрому в 70,0% спостережень виявляється у жінок з 3 ступенем ожиріння; з 2 – в 48,8% і з 1 – лише в 18,4% обстежених. Отримані результати необхідно враховувати при розробці тактики ведення пацієнток на прегравідарному етапі, а також під час гестаційного періоду і розродження.

Прегравідарная клінічна характеристика жінок з надлишковою масою тіла і метаболічним синдромом С.О. Остафійчук

Результати проведених досліджень показали, що частота метаболічного синдрому у жінок з ожирінням ще до вагітності складає 89,2%, а число компонентів метаболічного синдрому корелює зі ступенем ожиріння. Частота інсулінорезистентності у пацієнток з 1 ступенем ожиріння складає 18,4%; з 2 ступенем – 29,3% і з 3 ступенем – 70,0%. Повний метаболічний синдром – поєднання чотирьох основних компонентів метаболічного синдрому в 70,0% спостережень виявляється у жінок з 3 ступенем ожиріння; з 2 ступенем – у 48,8% і з 1 ступенем – тільки у 18,4% обстежених. Отримані результати необхідно враховувати при розробці тактики ведення пацієнток на прегравідарному етапі, а також во время гестаційного періоду і родорозрешення.

Ключевые слова: *прегравідарний період, метаболічний синдром.*

Pregravidare clinical characteristic of women with superfluous weight of body and metabolic syndrome S.O. Ostafiychuk

Results of the lead researches have shown, that frequency of a metabolic syndrome at women with adiposity up to pregnancy makes 89,2%, and the number of components of a metabolic syndrome correlates with a degree of adiposity. Frequency insulinresistence at patients with 1 degree of adiposity makes 18,4%; with 2 degree – 29,3% and with 3 degree – 70,0%. The full metabolic syndrome – a combination of four basic components of a metabolic syndrome in 70,0% of supervision is found out in women with 3 degree of adiposity; with 2 degree – at 48,8% and with 1 degree – only at 18,4% surveyed. The received results are necessary for taking into account by development of tactics of conducting patients on pregravidare stage, and also during time gestation period and delivery.

Key words: *pregnancy period, a metabolic syndrome.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Аржанова О.Н. Нарушение механизмов адаптации при гестозе и методы их коррекции / О.Н. Аржанова // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2010. – № 4. – С. 48–51.
- Каюшева И.В. Течение беременности и родов у женщин, перенесших гипоталамический синдром в период полового созревания / И.В. Каюшева, Л.Ю. Панова // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 6. – С. 64–65.
- Стрижова Н.В. Частота метаболічного синдрому у жінок з ожирінням. Особенности течения беременности, родов, послеродового и раннего неонатального периодов / Н.В. Стрижова, А.С. Гавриленко, А.В. Саркисова // Акушерство и гинекология. – 2014. – № 6. – С. 27–31.

УДК 618.5-089.888.61-055.2-053.84/.86

Особливості невиношування у жінок старше 40 років

Т.В. Лещева, К.Л. Романенко

Дніпропетровський медичний інститут традиційної та нетрадиційної медицини

Результати проведених досліджень свідчать, що пацієнтки пізнього репродуктивного віку з безпліддям в анамнезі складають групу високого ризику щодо розвитку передчасного переривання вагітності, причому різного генезу: інфекційного, ендокринного і поєданого. Використання запропонованого диференційованого підходу до проведення лікувально-профілактичних заходів сприяють нормалізації функціонального стану фетоплацентарного комплексу і мікробіоценозу статевих шляхів, поліпшують результати розродження жінок групи високого ризику. Методика є простою і загальнодоступною, що дозволяє рекомендувати її для використання в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: передчасне переривання вагітності, пізній репродуктивний вік, безпліддя, профілактика.

Вагітність і пологи у жінок пізнього репродуктивного віку з безпліддям в анамнезі є однією з найбільш актуальних проблем сучасного акушерства [1–4]. Поява даного наукового напрямку обумовлена широким впровадженням ефективних методик лікування безпліддя різного генезу, у тому числі і сучасних репродуктивних технологій в практичну охорону здоров'я, що дозволило істотно підвищити ефективність лікування порушень репродуктивної функції в подружніх парах [5, 6].

У той же час виникли і нові наукові питання, що стосуються особливостей клінічного перебігу гестаційного періоду у жінок пізнього репродуктивного віку з безпліддям в анамнезі. На наш погляд, серед широкого спектру виникаючих завдань особливе місце належить питанням невиношування і недоношування у жінок даної групи. Це пов'язано з поліетіологічністю мимовільного переривання вагітності і передчасних пологів в загальній популяції населення, а також з рядом специфічних моментів, що мають місце у жінок з різними причинами і методами лікування безпліддя в анамнезі. Не дивлячись на значне число наукових публікацій, присвячених проблемі акушерських і перинатальних ускладнень у жінок пізнього репродуктивного віку з безпліддям в анамнезі, не можна вважати всі питання повністю вирішеними. Одним з таких наукових завдань є зниження частоти невиношування і недоношування в цій групі високого ризику.

На наш погляд, усе наведене вище є достатнім обґрунтуванням актуальності вибраного наукового завдання.

Мета дослідження: зниження частоти невиношування і недоношування у жінок пізнього репродуктивного віку з безпліддям в анамнезі на основі вивчен-

ня особливостей гормонального статусу і синтезу плацентарних білків, функціонального стану фетоплацентарного комплексу і мікробіоценозу статевих шляхів, а також розроблення і впровадження комплексу лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленою метою нами були обстежені 150 пацієнток, серед яких 100 – пізнього репродуктивного віку (старше 35 років) з безпліддям в анамнезі. Їх було розподілено на наступні групи:

I група – 50 жінок з безпліддям в анамнезі, які отримували загальноприйнятні лікувально-профілактичні заходи;

II група – 50 жінок з безпліддям в анамнезі, які отримували пропоновану нами методику.

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

Безумовно, не всі пацієнтки пізнього репродуктивного віку з безпліддям в анамнезі мають чинники ризику невиношування і недоношування, проте в порівнянні із загальною популяцією відсотки мимовільного переривання вагітності і передчасних пологів у них набагато вищі. До основних чинників ризику невиношування і недоношування ми відносили: наявність в анамнезі запальних захворювань репродуктивної системи і екстрагенітальної локалізації; вихідні ендокринопатії різного генезу, включаючи дисфункцію яєчників і щитоподібної залози; наявність шкідливих звичок і несприятливих професійних чинників в анамнезі тощо.

Загальноприйнятні лікувально-профілактичні заходи включали в себе використання за свідченнями антибактеріальних препаратів; гормональну терапію, комплекси вітамінів і мікроелементів; засоби, поліпшуючі мікроциркуляцію (курантил, трентал, компламін); імунокорегуючу терапію [3, 4].

Відмітними особливостями пропонованої нами методики є використання диференційованого підходу до профілактики невиношування і недоношування залежно від основних причин жіночого безпліддя, причому починаючи з етапу предгравідарної підготовки і впродовж всього гестаційного періоду: всього чотири курси – за 2–3 міс до вагітності; у 1–12, 20–22 і 30–32 тиж.

Так, при вихідному безплідді запального генезу були використані:

- траумель С – по 1 ампулі через 1, 2, 3, 4 і 5 днів;
- коензим композитум – по 1 ампулі через 1, 2, 3, 4 і 5 днів;
- енгістол – по 1 таблетці 2 рази в день – 14 днів;

При безплідді ендокринного генезу застосовували:

- коензим композитум – по 1 ампулі через 1, 2, 3, 4 і 5 днів;
- оваріум композитум – по 1 ампулі через 1, 2, 3, 4 і 5 днів.

При поєданому варіанті використовували наведені вище комбінації лікарських препаратів.

При запропонованій нами методиці антибактеріальні і гормональні препарати застосовувалися лише за свідченнями під контролем мікробіологічних і ендокринологічних показників.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У пацієнок пізнього репродуктивного віку з безпліддям в анамнезі частота невиношування складає 18,9% (I триместр – 8,0% і II – 10,9%) і недоношування – 12,2%. Клінічний перебіг гестаційного процесу супроводжується високим рівнем гестаційної анемії (63,4%); плацентарної недостатності (53,7%) і преєклампсії (34,1%).

Частота абдомінального розродження у жінок пізнього репродуктивного віку з безпліддям в анамнезі складає 48,8%, а в структурі свідчень окрім високого перинатального ризику (92,0%) мали місце гострий дистрес плода (40,0%); неефективне лікування аномалій пологової діяльності (35,0%) і тазове передлежання крупного плода (20,0%).

Перинатальні результати розродження пацієнок пізнього репродуктивного віку з безпліддям в анамнезі характеризуються значним рівнем затримки внутрішньоутробного розвитку (31,7%); асфіксії новонародженого (21,9%) і внутрішньоутробного інфікування (14,6%). У ранній неонатальний період основною патологією був синдром дихальних розладів (12,2%), обумовлений недоношеністю, а також постгіпоксичною енцефалопатією (19,5%); гіпербілірубінемією і геморагічним синдромом (по 4,9%). Сумарні перинатальні втрати склали 48,8%.

Гормональні зміни у пацієнок пізнього репродуктивного віку з безпліддям в анамнезі починаються з I триместру вагітності і характеризуються достовірним зниженням ПЛЛ (до $410,2 \pm 27,2$ нмоль/л; $p < 0,01$); ЕЗ (до $187,3 \pm 16,1$ нмоль/л; $p < 0,05$); К (до $410,2 \pm 27,2$ нмоль/л; $p < 0,05$); ДГЕА-С (до $2287,4 \pm 129,7$ нмоль/л; $p < 0,05$) і Прг (до $64,3 \pm 4,2$ нмоль/л; $p < 0,05$). У III триместрі додатково відбувається достовірне зниження рівня 17-ОП (до $11,4 \pm 1,0$ нмоль/л; $p < 0,01$); Т (до $410,2 \pm 27,2$ нмоль/л; $p < 0,05$); ХГ (до $201,7 \pm 15,3$ нмоль/л; $p < 0,05$) і Прл (до $3621,4 \pm 108,7$ нмоль/л; $p < 0,05$).

У пацієнок пізнього репродуктивного віку з безпліддям в анамнезі зміни з боку вмісту білків плацентарних починаються з II триместру і характеризуються достовірним збільшенням вмісту PP14 (до $146,2 \pm 7,3$ мг/мл; $p < 0,01$) і зниженням SP1 (до $69,5 \pm 7,3$ мкг/мл; $p < 0,01$). У III триместрі зберігається достовірне зниження вмісту SP1 (до $129,5 \pm 8,7$ мкг/л; $p < 0,05$) при одночасному збільшенні рівня PP12 (до $22,7 \pm 1,5$ мг/мл; $p < 0,05$).

Найбільш виражені зміни у пацієнок пізнього репродуктивного віку з безпліддям в анамнезі з боку функціонального стану плода наголошуються в III триместрі і характеризуються високою частотою затримки внутрішньоутробного розвитку плода (46,3% – по асиметричному варіанту і 7,3% – по симетричному); порушень серцевого ритму (брадикардія – 4,9% і тахікардія – 14,6%); суб- і декомпенсованих порушень дихальної (субдекомпенсовані – 24,4% і декомпенсовані – 2,4%); а також змінами з боку тону плода (14,6%). З боку плаценти і об'єму навколоплідних вод має місце висока частота передчасного дозрівання плаценти з одночасною патологією міометрія в зоні плацентарної (31,7%) і високого рівня маловоддя (17,0%) і багатоводдя (19,5%). За підсумковою оцінкою стану фетоплацентарного комплексу компенсовані зміни зустрічаються в 63,4% випадків; субкомпенсовані – в 26,8% і декомпенсовані – в 9,8% спостережень.

Порушення мікробіоценозу статевих шляхів у пацієнок пізнього репродуктивного віку з безпліддям в анамнезі зустрічаються впродовж всього гестаційного періоду, але найбільш виражений характер мають в III триместрі вагітності за ра-

хунок низького рівня лактобацил (58,5%); біфідобактерій (48,8%) і молочнокислих стрептококів (36,6%) на фоні одночасного зростання кількості штамів стафілококів (97,6%) і умовно-патогенної мікрофлори.

Використання пропонованих лікувально-профілактичних заходів у пацієнок пізнього репродуктивного віку з безпліддям в анамнезі дозволяє істотно знизити частоту невиношування (з 18,9% до 6,1%); недоношування (з 12,2% до 4,3%); гестаційної анемії (з 63,4% до 46,8%); плацентарної недостатності (з 53,7% до 36,1%); преєклампсії (з 34,1% до 23,4%); затримки внутрішньоутробного розвитку (з 31,7% до 23,4%); асфіксії новонароджених (з 21,9% до 11,7%); постгіпоксичної енцефалопатії (з 19,5% до 11,7%) і синдрому дихальних розладів (з 12,2% до 4,3%), а також попередити перинатальні втрати.

ВИСНОВКИ

Таким чином, як свідчать результати проведених досліджень, пацієнтки пізнього репродуктивного віку з безпліддям в анамнезі складають групу високого ризику щодо розвитку передчасного переривання вагітності, причому різного генезу: інфекційного, ендокринного і поєданого. Використання пропонованого диференційованого підходу до проведення лікувально-профілактичних заходів сприяють нормалізації функціонального стану фетоплацентарного комплексу і мікробіоценозу статевих шляхів, що зрештою поліпшує результати розродженню жінок групи високого ризику. Методика є простою і загальнодоступною, що дозволяє рекомендувати її для використання в практичній охороні здоров'я.

Особенности невынашивания у женщин старше 40 лет Т.В. Лещева, К.Л. Романенко

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что пациентки позднего репродуктивного возраста с бесплодием в анамнезе составляют группу высокого риска по развитию преждевременного прерывания беременности, причем различного генеза: инфекционного, эндокринного и сочетанного. Использование предлагаемого дифференцированного подхода к проведению лечебно-профилактических мероприятий способствуют нормализации функционального состояния фетоплацентарного комплекса и микробиотоза половых путей, что в конечном итоге улучшает результаты родоразрешения женщин группы высокого риска. Методика является простой и общедоступной, что позволяет рекомендовать ее для использования в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: преждевременное прерывание беременности, поздний репродуктивный возраст, бесплодие, профилактика.

Features of premature interruptions of pregnancy at women of are more senior 40 years T.V. Leshcheva, K.L. Romanenko

Results of the lead researches testify, that patients late reproductive age with barrenness in the anamnesis make group of high risk on development premature interruptions of pregnancy, and various genesis: infectious, endocrinological and mixed. Use of the offered differentiated approach of the approach to carrying out of treatment-and-prophylactic actions normalization of a functional condition fetoplacental a complex and microbiotose sexual

ways promote, that finally allows to improve results delyveries women of group of high risk. The technique is simple and popular, that allows to recommend it for use in practical public health services.

Key words: *premature interruption of pregnancy, late reproductive age, preventive maintenance.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Барковский Д.Е. Прогнозирование невынашивания беременности на основе оценки иммунного статуса беременных / Д.Е. Барковский // Здоровье женщины. – 2009. – № 1. – С. 32–37.
2. Бойко В.А. Клинико-патогенетическое обоснование применения биологических препаратов в лечении TORCH-инфекций у беременных / В.А. Бойко // Репродуктивное здоровье женщин. – 2009. – № 3. – С. 86–88.
3. Гойда Н.Г. Стан та перспективи розвитку перинатальної допомоги на етапі реформування охорони здоров'я в Україні / Н.Г. Гойда // Перинатологія та педіатрія. – 2009. – № 1. – С. 3–4.
4. Голота В.Я. Перинатальні аспекти недоношування вагітності / В.Я. Голота, В.О. Бенюк // Проблеми медицини. – 2009. – № 1–2. – С. 32–35.
5. Грищенко В.И. Женское бесплодие: состояние проблемы / В.И. Грищенко, Н.А. Щербина // Международный медицинский журнал. – 2009. – № 1. – С. 89–92.
6. Климов В.А. Новые подходы к лечению угрозы преждевременных родов / В.А. Климов // Репродуктивное здоровье женщины. – 2009. – № 1. – С. 9–10.

УДК 618.5-059:618.177-089.888.11

Перинатальные исходы одно- и многоплодной беременности после вспомогательных репродуктивных технологий

Я.А. Рубан

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что вспомогательные репродуктивные технологии не способствуют увеличению частоты врожденных аномалий развития у плода, а также росту уровня перинатальной заболеваемости. Наиболее большое значение имеет преморбидный фон супружеских пар, причины бесплодия, эффективность диагностики и лечения, а также вариант используемых программ вспомогательных репродуктивных технологий. Наличие многоплодной беременности после вспомогательных репродуктивных технологий повышает риск развития плацентарной дисфункции и задержки развития плода, что оказывает негативное влияние на перинатальные исходы родоразрешения.

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

Внедрение методов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) привело к значительному увеличению доли индуцированной беременности. Необходимо помнить, что наступление беременности в программах ВРТ является лишь первым этапом, после которого не менее важными являются задачи вынашивания беременности и рождения здорового ребенка [1–4]. Учитывая особенности контингента женщин, забеременевших с использованием ВРТ, важное значение приобретает изучение течения беременностей и исходов родов у данной категории пациенток

Известно, что течение индуцированной беременности характеризуется большей частотой акушерских осложнений по сравнению с самопроизвольной. Установлено, что особенно неблагоприятно протекают первые недели индуцированной беременности, причем около 25% репродуктивных потерь приходится именно на этот период [1, 2].

Одним из наиболее часто встречаемых осложнений индуцированной беременности является угроза ее прерывания, частота которой может достигать 50 % [2, 3], впоследствии у этих женщин развивается плацентарная дисфункция (ПД), приводящая к задержке развития плода (ЗРП). Начиная со II триместра, увеличивается число осложнений у женщин с многоплодной беременностью. Так, частота самопроизвольных выкидышей в 1,5 раза, преэклампсии, артериальной гипертензии, индуцированной беременностью, гестационного диабета в 2 раза, преждевремен-

ной отслойки нормально расположенной плаценты – 3 раза, предлежания плаценты – 1,8 раза, преждевременного излития околоплодных вод – 4 раза [1–4] и других акушерских осложнений превышает соответствующие показатели самопроизвольной беременности.

В связи с изложенным выше представляет интерес изучение перинатальных результатов родоразрешения женщин, беременность у которых наступила вследствие вспомогательных репродуктивных технологий, причем как одно-, так и многоплодной беременности.

Цель исследования: изучение влияния вспомогательных репродуктивных технологий на перинатальные результаты родоразрешения при одно- и многоплодной беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели был проведен анализ рождения 346 детей – в группе индуцированной беременности после ВРТ (из них 134 в группе многоплодной беременности) и 415 живых детей в группе самопроизвольной беременности (из них 142 в группе многоплодной беременности).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средняя масса плода в группе одноплодной индуцированной беременности составила $3069,1 \pm 556,2$ г (в группе контроля – 3271 ± 542 г), в группе многоплодной индуцированной беременности – $2403,7 \pm 497,5$ г (в группе контроля – $2336,27 \pm 344,8$ г).

При анализе перинатальных исходов при многоплодной беременности в зависимости от типа плацентации отмечено, что наиболее благоприятные исходы были отмечены при дихориальном типе плацентации независимо от способа достижения беременности.

Анализ перинатальных исходов в зависимости от способа достижения беременности (ЭКО/ИКСИ/РЭ) показал, что при переносе криоэмбрионов средняя масса новорожденных была несколько выше, чем при переносе нативных эмбрионов как в группе одноплодной беременности ($3305,2 \pm 572,4$ г против $3227,2 \pm 592,3$ г и $3129,5 \pm 582,3$ г после РЭ, ЭКО и ИКСИ соответственно), так и при многоплодии ($2507,2 \pm 365,7$ г против $2379,1 \pm 642,3$ г и $2394,2 \pm 542,3$ г после РЭ, ЭКО и ИКСИ), что вероятно обусловлено меньшей частотой рождения детей с низкой массой тела (менее 2500 г) и экстремально низкой массой тела (менее 1500 г), что в свою очередь объясняет несколько меньшую частоту госпитализации новорожденных в отделение реанимации.

Согласно данным ряда авторов частота рождения маловесных детей при одноплодной индуцированной беременности колеблется в пределах 2–15% [1–4].

Анализ состояния новорожденных показал, что при индуцированной одноплодной беременности следующие патологические состояния встречаются чаще, чем при самопроизвольной беременности: асфиксия при рождении (4,7% против 1,1%, $p < 0,05$), неонатальная желтуха (31,6% против 18,6%, $p < 0,05$), внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) (3,3% против 0,73%, $p < 0,05$).

При многоплодии после ВРТ у новорожденных также чаще регистрировались асфиксия при рождении, неонатальная желтуха, РДС, ВЖК, однако статистически

достоверных различий не выявлено. Наиболее часто встречающимися расстройствами у данной группы детей являлись задержка внутриутробного развития (29,3%), асфиксия при рождении (90,5%), неврологические изменения (53,6%). Церебральные нарушения в неонатальном периоде у детей после ЭКО диагностируются часто (53,7%), но большая их часть носит транзиторный характер и наблюдаются в течение первой недели жизни в виде синдрома гипервозбудимости или синдрома угнетения функций ЦНС.

Согласно данным литературы, частота врожденных и наследственных заболеваний у новорожденных, родившихся после применения ВРТ, соответствует общепопуляционным значениям [1–4]. В нашем исследовании частота врожденных пороков развития у новорожденных от индуцированной и самопроизвольной беременности достоверно не различалась. Так в группе одноплодной самопроизвольной беременности диагностировано 2 случая врожденных пороков сердца (дефект межжелудочковой перегородки), в группе одноплодной индуцированной беременности по 1 случаю врожденного порока сердца (дефект межжелудочковой перегородки) и атрезии ануса. При многоплодии выявили по 1 случаю атрезии 12-перстной кишки и дефекта межжелудочковой перегородки при самопроизвольной и индуцированной беременности соответственно. При обследовании новорожденных отмечали наличие малых аномалий развития, частота которых между группами достоверно не различалась.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что вспомогательные репродуктивные технологии не способствуют увеличению частоты врожденных аномалий развития у плода, а также росту уровня перинатальной заболеваемости. Намного большее значение имеет преморбидный фон супружеских пар, причины бесплодия, эффективность диагностики и лечения, а также вариант используемых программ вспомогательных репродуктивных технологий. Наличие многоплодной беременности после вспомогательных репродуктивных технологий повышает риск развития плацентарной дисфункции и задержки развития плода, что оказывает негативное влияние на перинатальные исходы родоразрешения.

Перинатальні результати одно- і багатоплідної вагітності після допоміжних репродуктивних технологій Я.А. Рубан

Результати проведених досліджень свідчать, що допоміжні репродуктивні технології не сприяють збільшенню частоти природжених аномалій розвитку в плода, а також зростанню рівня перинатальної захворюваності. Найбільш велике значення має преморбидний фон подружніх пар, причини безпліддя, ефективність діагностики і лікування, а також варіант використовуваних програм допоміжних репродуктивних технологій. Наявність багатоплідної вагітності після допоміжних репродуктивних технологій підвищує ризик розвитку плацентарної дисфункції і затримки розвитку плоду, що робить негативний вплив на перинатальні результати розродження.

Ключові слова: допоміжні репродуктивні технології, перинатальні результати.

**Perinatalnye outcomes one- and twins pregnancy
after auxiliary reproductive technologies**
J.A. Ruban

Results of the spent researches testify that auxiliary reproductive technologies do not promote increase in frequency of congenital anomalies of development in a fruit, and also to level growth перинатальной to disease. Much more the great value has preorbite background of married couples, the barreness reasons, efficiency of diagnostics and treatment, and and also a variant of used programs of auxiliary reproductive technologies. Presence twins pregnancy after auxiliary reproductive technologies raises risk of development of placentary dysfunction and born arrest of development that negative impact on perinatal outcomes of delivery makes.
Key words: *auxiliary reproductive technologies, perinatal outcomes.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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

УДК 618.11-008.61:618.3-06

**Кореляційні зв'язки поєднань
гіперандрогенії та невиношування
вагітності на прегравідарному етапі**

Л.М. Семенюк, М.Є. Яроцький

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

Виконано клініко-гормональне дослідження у пацієток з невиношуванням вагітності та гіперандрогенією, встановлені маркери морфофункціональних змін ендометрію і показників системного імунної відповіді, що характеризують неспроможність механізмів адаптації у жінок з гіперандрогенією і звичним невиношуванням вагітності. Встановлено кореляційні зв'язки між формою гіперандрогенії, імунним дисбалансом і рецепторною неспроможністю ендометрію у пацієток зі звичним невиношуванням вагітності. Результати досліджень стали підставою для застосування на прегравідарному етапі у складі комплексної терапії імунomodляторів, диференційований підхід до призначення яких визначався індивідуальними особливостями імунної відповіді.
Ключові слова: *гіперандрогенія, СПКЯ, хромосомні порушення, рецептори, ендометрій.*

Гормональний дисбаланс обумовлює майже 10–15% усіх випадків звичних втрат вагітності [2, 3]. Результати численних досліджень свідчать про те, що гіперандрогенія є чинником ризику по розвитку акушерської патології, в тому числі і плацентарної недостатності [1, 2]. Частота патології вагітності при гіперандрогенії становить від 21% до 48%, за даними різних авторів [1–3]. Домінування андрогенів різного генезу є результатом генетично обумовленої, пов'язаної з системою HLA, неповноцінності ферментних систем в корі надниркових залоз і/або яєчників, або їх одночасне порушення, обумовлене єдністю ембріонального походження (з єдиного зачатка ціломічного мезотелія) [2, 3]. В результаті спостерігається зниження рівня нормальних продуктів стероїдогенезу і збільшення продукції андрогенів. Ускладнення, що виникають при вагітності, є прямим наслідком порушень у системі гіпоталамус–гіпофіз–яєчники–наднирники, вираженість яких залежить від ступеня і тривалості патологічного процесу [1, 3, 5]. Без своєчасної терапії запобігти втрати вагітності при ГА практично неможливо, тому вкрай важливим є встановлення маркерів раннього ендокринного дисбалансу в організмі майбутньої матері, а також пов'язаних з ним змін у структурі органів-рецепторів, безпосередніх «реалізаторів» гестаційного процесу, проведення своєчасної профілактики та корекції виявленої патології на етапі першого гестаційного дебюту, забезпечуючи тим самим безпеку материнства.

Мета дослідження: встановлення кореляційних зв'язків гормональних змін при різних формах гіперандрогенії та структурно-іммунологічних особливостей будови ендометрія у жінок із звичним невиношуванням вагітності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Вивчено катамнез по завершенні гестаційного процесу жінок з різними формами ГА (n=139). Ретроспективно у них зроблена оцінка частоти хромосомних порушень у абортусів. Кількість мимовільний абортів в анамнезі становила від 3 до 16 в терміні до 22 тиж гестації. У 36 (29%) із 125 вдало каріотипованих зразків виявлені хромосомні порушення: 94% – анеуплоїдії (частіше трисомії 16, 18, 21, триплоїдія і моносомія X) і 6% – структурні перебудови. Частота невиношування вагітності після анеуплоїдних абортусів склала 68% (13 з 19), після еуплоїдних – 41% (16 з 39). Невисока частота хромосомних порушень (29%), є свідченням переважання інших причин звичного невиношування і позитивний прогноз що до подальшого виношування вагітності після переривання вагітності.

Прегравідарна підготовка проводилася поетапно:

1-м етапом підготовки до вагітності було встановлення джерела домінування андрогенів. Для цього використовувалися радіоімунний та імуноферментний (ІФА) методи для визначення гормонального профілю: пролактину, ФСГ, ЛГ, тестостерону (Т), вільного тестостерону (св. Т), андростендіону (А4), дегідроепіандростендіола (ДГЕА), дигидротестостерона (ДГ-Т), інсуліну, ТТГ, антитіл до тиреопероксидази (ТПО) і тиреоглобуліну (ТГ), тироксину загального (Т4) і вільного на 3-7 дні менструального циклу, естрадіолу (Е2), прогестерону і 17-гидроксипрогестерона (17-ОН-Р) на 3–7 і 16–23 дні циклу.

На 2-му етапі прегравідарної підготовки було виконано гістологічне дослідження ендометрію жінок, які готуються до вагітності, отриманого на 7–11-й і 15–23-й дні менструального циклу на тлі гіперандрогенії (ГА). Виконано дослідження експресії рецепторів статевих стероїдів (естрогену і прогестерону) і дослідження фенотипового складу лімфоцитів з маркерами CD16+, CD56+, HLA-DR+ і CD20+ в ендометрії імуногістохімічним методом. Оцінку експресії рецепторів проводили за системою H Score, підрахунок лімфоцитів здійснювався в світловому мікроскопі при збільшенні $\times 400$ в трьох полях зору. Гістологічне дослідження ендометрія із забарвленням гематоксиліном-еозином виконано в патологоанатомічному відділенні УНПЦХТЕОіТ МОЗ України. У лабораторії «Сінево» в крові пацієнток визначали наявність антифосфоліпідних, антиспермальних і антиоваріальних антитіл, дослідження субпопуляцій лімфоцитів CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD20+, CD56+, і лімфоцитів, що експресують маркери активації CD25+, CD95+, HLA-DR+, цитотоксичну активність NK- клітин, а також виконані дослідження фагоцитозу, спонтанної і стимульованої адгезії фагоцитів, визначень спонтанної та індукованої бактерицидності. Критеріями виключення були: антифосфоліпідний синдром, гіпергонадотропна та гіперпролактинемічна недостатність яєчників, цукровий діабет, наявність системних аутоімунних захворювань, міома матки розмірами понад 35 мм, виражений аденоміоз, застосування оральних контрацептивів протягом останніх 3 міс.

Групу контролю склали 30 здорових фертильних жінок, обстежених у зв'язку з плануванням вагітності.

Статистична обробка матеріалу виконувалася на персональному комп'ютері з використанням стандартного пакета програм прикладного статистичного аналізу (Excel 2003 і Statistica v.6.0). Оцінку зв'язку змінних здійснювали за допомогою коефіцієнта кореляції Пірсона. Статистичну значимість відмінностей проводили з використанням

непараметричних критеріїв Манна–Уїтні, χ^2 і точного критерію Фішера. Пороговим значенням рівня статистичної значущості вважали $p=0,05$.

Група з синдромом гіперандрогенемії (ГА) включала: 28 жінок з синдромом полікістозних яєчників (СПКЯ), 79 – зі змішаною гіперандрогенемією (ЗГА) і 32 – з ізольованим підвищенням вмісту ДГ-Т в крові. Це підгрупа названа периферичною ГА (ПГА). Діагноз СПЯ встановлений на підставі 3 прийнятих міжнародних критеріїв діагностики захворювання (Rotterdam, 2003) [4]. В підгрупі з ЗГА включені жінки з підвищеним вмістом андрогенів, які мали помірно виражений гірсутизм (від 8 до 14 балів за шкалою Феррімана–Гольвея (Ferriman D. et al., 1961) [1]. Серед жінок зі ЗГА у 22 встановлена некласична форма вродженої гіперплазії кори надниркових залоз, 24 жінки мали ожиріння (ІМТ=30), у 18 виявлено метаболічний синдром. У 1/3 обстежених встановлено овуляторний менструальний цикл, у 52 жінок – ановуляторний.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У підгрупі з ПГА вміст оваріальних і надниркових андрогенів в крові були в межах норми. У 12 (37,5%) жінок встановлено ожиріння (ІМТ дорівнював 28), у 3 (10,3%) – інсулінорезистентність. Овуляторний цикл був виявлений у 14 (43,7%) жінок, у 18 (56,2%) – ановуляторний. У крові жінок з різними формами ГА при ановуляції (СПЯ, ЗГА, ПГА) рівні Е2 на 3–7-й і прогестерону на 19–23-й дні циклу були нижче, (11,8, $p<0,0001$; 8,4, $p<0,001$ і 9,9 МО/л, $p=0,0001$ відповідно), а рівні ЛГ на 19–23-й дні циклу та інсуліну натще (18, $p<0,05$; 15,5, $p=0,02$ і 9,5 мкМЕ/мл, $p<0,05$ відповідно) були вище значень групи контролю.

У жінок з СПЯ і ЗГА рівні андрогенів були підвищені: Т ($2,5^* \pm 2,1$ нмоль/л, $p<0,005$), св.Т (15 і 17,2 пмоль/л, $p<0,05$ і $p=0,001$), ДГЕА ($22,7^* \pm 17,2$ нмоль/л, $p<0,005$), А4 (5,5 і 5,8 нмоль/л, $p<0,05$ і $p=0,01$), 17-ОНР на 18–23-й дні (9,7 і 7,3 проти 3,0 нмоль / л), ДГ-Т (403,5 і 469 пг/мл, $p<0,05$ і $p=0,01$) по відношенню до групи контролю. Простежувалася зворотна кореляція між рівнями інсуліну натще і товщиною ендометрія на 10–12-й дні у жінок з СПКЯ ($r=-0,66$; $p=0,05$) і пряма кореляція між рівнями інсуліну натще і вільн.Т в сироватці жінок з ЗГА ($r=0,45$; $p<0,05$). У жінок з ПГА рівень ДГ-Т в крові був підвищений (479,5 пг/мл, $p=0,001$) порівняно з групою контролю. При обстеженні на 7–11-й дні циклу у більшості пацієнток з СПКЯ і ПГА спостерігався проліферативний тип ендометрію, лише в групі ЗГА переважав ендометрій з відставанням у розвитку (29,1%) у поєднанні з гіперпластичними процесами. При дослідженні на 19–23-й дні циклу у всіх обстежених ендометрій мав невідповідність фазі менструального циклу. Мала місце висока частота диспластичного ендометрію в поєднанні з гіперпластичними процесами. Виявлено зворотну кореляцію між товщиною ендометрія на 10–12-й дні циклу і рівнем Т ($r=-0,37$; $p<0,05$) при ЗГА і пряма з рівнем ДГ-Т в сироватці ($r=0,62$; $p=0,01$) при ПГА. Зміна морфологічної структури ендометрія супроводжувалося порушенням експресії РЕ і РП в стромі на 7–11-й і на 19–23-й дні циклу без істотних відхилень на 15–18-й дні циклу. При СПЯ встановлена пряма кореляція між рівнями Е2 в сироватці та експресії РПС на 19–23-й дні циклу ($r=0,57$; $p<0,05$); і в групі ЗГА між рівнями Е2 в сироватці та експресії РЕЗ та РЕЖ на 7–11-й дні циклу ($r=0,66$; $p<0,05$ і $r=0,75$; $p=0,01$ відповідно) і РЕМ, РПС, РЕЖ і РПЖ на 19–23-й дні циклу ($r=0,72$; $p=0,01$; $r=0,77$; $p<0,001$ і $r=0,55$; $p=0,01$; $r=0,66$; $p<0,05$ відповідно). При СГА виявлена зворотна кореляція між низьким рівнем прогестерону в крові і підвищеним рівнем експресії рецепторів прогестерону

строми (РПС) та рецепторів прогестерону залоз (РПЗ) ($r=-0,66$; $p<0,05$ і $r=-0,53$; $p<0,05$ відповідно) і між рівнями в крові Т, А4 і 17-ОНР та експресії РПЗ ($r=-0,75$; $p=0,01$; $r=-0,85$; $p<0,01$ і $r=-0,89$; $p<0,05$ відповідно), між рівнями Т та експресії РПС ($r=-0,78$; $p<0,05$), між рівнями 17-ОНР та експресії РЕЗ ($r=-0,97$; $p<0,01$). У групі з СПКЯ між підвищеними рівнями експресії РПС та св.Т в сироватці встановлена пряма кореляція ($r=0,84$; $p<0,01$). При ГА з ановуляторним синдромом спостерігалось порушення фенотипового складу ендометріальних НК-клітин з підвищенням CD16+ НК-клітин і зі зниженням CD56+ НК-клітин переважно на 19–23-й дні циклу. У жінок з СПКЯ превалювання CD16+ НК-клітин в ендометрії на 7–11-й дні циклу, що прямо корелювало з рівнем Т в сироватці ($r=0,81$; $p<0,01$), на 19–23-й дні циклу мало пряму кореляцію з рівнем Е2 в сироватці ($r=0,68$; $p<0,05$) і зворотню – зі зниженням рівнем прогестерону в крові ($r=-0,60$; $p<0,05$). При ЗГА встановлена пряма кореляція між підвищеними кількістю CD16+ НК-клітин в ендометрії на 7–11-й дні циклу і рівнем ДГЕА в крові ($r=0,62$; $p<0,005$). При ПГА на 7–11-й дні циклу між підвищеними рівнем ДГ-Т в крові і кількістю CD16+ НК-клітин в ендометрії встановлена пряма кореляція ($r=0,73$; $p<0,05$), а зі зниженою кількістю CD56+ НК-клітин в ендометрії – зворотна ($r=-0,66$; $p<0,05$). У жінок з ГА і ановуляторним циклом не встановлено достовірних змін кількості НК-клітин в крові. При СПЯ виявлена зворотна кореляція між кількістю CD16+ НК-клітин в крові і CD16+ НК-клітин в ендометрії на 19–23-й дні циклу ($r=-0,68$; $p<0,001$ і $r=-0,53$; $p=0,01$ відповідно). Вміст у крові Т-хелперів (CD3+ CD4+) було порівняно з групою контролю. При цьому встановлено превалювання цитокінів Th 1 типу. Рівні спонтанної продукції ФНП- α і ІФН- γ , вмісту в сироватці ІФН- γ при СПКЯ і ЗГА, вміст у сироватці ФНО- α і ІФН- γ при ПГА перевищували показники групи контролю. При СГА встановлена пряма кореляція між рівнями в сироватці ФНО- α і андрогенів (Т і А4) ($r=0,62$; $p<0,05$ і $r=0,88$; $p=0,0004$ відповідно). Вміст у периферичній крові специфічних цитотоксичних лімфоцитів CD8+ було знижено, що, можливо, пов'язано з підвищеною міграцією CD8+ лімфоцитів в ендометрій. У жінок з ГА виявлено зниження кількості В-клітин і індукованої продукції ІЛ-2 та ІЛ-4. При СГА встановлена зворотна кореляція між абсолютною кількістю В-лімфоцитів в крові і рівнем ДГ-Т в сироватці ($r=-0,58$; $p<0,05$). У хворих з СПЯ встановлена пряма кореляція між індукованою продукцією ІЛ-4 і вмістом в крові В-клітин ($r=0,95$; $p=0,01$).

У хворих з ГА і овуляторним циклом (групи ЗГА і ПГА) вміст у крові Е2 і прогестерону не відрізнявся від показників групи контролю. У крові жінок при ЗГА рівні андрогенів (Тзаг., 2,2 нмоль/л, $p<0,05$; вільн.Т, 18,4 пмоль/л, $p=0,0006$; ДГЕ, 24,2 нмоль/л, $p=0,007$; А4, 5,2 нмоль/л, $p<0,05$ і ДГ-Т, 495 пг/мл, $p<0,01$) та інсуліну (12,3 мкМЕ/мл, $p<0,05$) були вищими, ніж у групі контролю. Кореляція між рівнями ДГ-Т та вільним Т була прямою ($r=0,60$; $p<0,05$). У крові жінок при ПГА рівні ДГ-Т і ЛГ в лютеїнову фазу були вищими, ніж у групі контролю (462 пг/мл, $p=0,001$ і 5,6 МО/л, $p<0,05$ відповідно), між цими показниками встановлена зворотна кореляція ($r=-0,59$; $p<0,05$). Між рівнями ДГ-Т і вільн.Т у сироватці виявлено прямий кореляційний зв'язок ($r=0,87$; $p=0,01$).

Особливістю жінок обох груп було відставання розмірів доміантного фолікула в преовуляторний період (16 мм, $p<0,05$ і 17 мм, $p=0,01$ відповідно) і наявність зворотної кореляції цього показника з рівнем ДГ-Т в крові ($r=-0,72$; $p<0,01$) при ЗГА і ($r=-0,72$; $p<0,001$) при ПГА. У хворих з ГА в фолікулярну фазу гістологічноендометрій відповідав проліферативному типу, а в лютеїнову фазу у жінок зі ЗГА і ПГА спостеріга-

лося відставання ендометрія у розвитку (в 40% і 33,3% відповідно) у поєднанні з гіперпластичними процесами (30% і 33,3% відповідно). Рівень експресії рецепторів статевих стероїдів в ендометрії в фолікулярну і ранню секреторну фази циклу відповідав, а в середню секреторну фазу був достовірно вище, ніж у групі контролю, досягаючи у жінок з ПГА рівнів, характерних для ановуляторних циклів. При ПГА встановлена пряма кореляція між рівнями експресії РЕ і РП в залозистих і стромальних клітинах не тільки з рівнем Е2 ($r=0,80$; $p<0,05$; $r=0,65$; $p<0,05$ і $r=0,97$; $p=0,005$ відповідно), а й між рівнями ДГ-Т в крові та експресії в стромі РЕ і РП ($r=0,81$, $p<0,05$; $r=0,96$; $p<0,005$ відповідно). У жінок з ЗГА встановлена зворотна кореляція між рівнями вільн.Т та експресією РЕЗ ($r=-68$; $p<0,05$) і між рівнями Т та експресією в стромі РЕ і РП ($r=-0,61$; $p=0,01$ і $r=-0,64$; $p<0,05$ відповідно). У жінок з ЗГА і ПГА в ендометрії в лютеїнову фазу спостерігалось зниження кількості CD56+ НК-клітин і підвищення кількості CD16+ НК-клітин. Встановлена пряма кореляція між кількістю CD16+ НК-клітин в секреторному ендометрії і рівнем Т ($r=0,54$; $p<0,05$) і ДГ-Т в крові ($r=0,81$; $p<0,05$) при ЗГА і рівнем вільн.Т в крові ($r=0,87$; $p=0,01$) при ПГА.

ВИСНОВКИ

1. Виявлені особливості морфофункціональних змін ендометрія і показників системного імунної відповіді, є ранніми маркерами, які характеризують неспроможність механізмів адаптації у жінок з гіперандрогенією до виношування вагітності.

2. У патогенезі патоморфологічних змін ендометрія у жінок з порушенням репродуктивної функції на тлі гіперандрогенемії, поряд зі зміною гормональної регуляції, що виявляється гіперекспресією рецепторів естрогену і прогестерону, мають місце порушення імунного гомеостазу, які характеризуються підвищеною інфільтрацією ендометрія CD16+ НК клітинами, збільшенням рівнів цитокінів Th1 (ФНП α і ІФН- γ) у сироватці, зниженням вмісту специфічних цитотоксичних лімфоцитів CD8+, а також, має місце зниження кількості В-клітин і індукованої продукції ІЛ-2 і ІЛ-4.

3. Результати дослідження є підставою для застосування у складі комплексної прегравідарної терапії імуномодуляторів, диференційований підхід до призначення яких визначався особливостями індивідуальної імунної відповіді.

Корреляционные связи сочетаний гиперандрогении и невынашивания беременности на прегравидарном этапе Л.Н. Семенюк, Н.Е. Яроцкий

Выполнены клинико-гормонального исследования у пациенток с невынашиванием беременности и гиперандрогенией, установлены маркеры морфофункциональных изменений эндометрия и показателей системного иммунного ответа, характеризующие несостоятельность механизмов адаптации у женщин с гиперандрогенией и привычным невынашиванием беременности. Установлены корреляционные связи между формой гиперандрогении, иммунным дисбалансом и рецепторной несостоятельностью эндометрия у пациенток с привычным невынашиванием беременности. Результаты исследований явились основанием для применения на прегравидарном этапе в составе комплексной терапии иммуномодуляторов, дифференцированный подход к назначению которых определялся индивидуальными особенностями иммунного ответа.

Ключевые слова: гиперандрогения, СПКЯ, хромосомные нарушения, рецепторы, эндометрий.

Correlations combinations hyperandrogenis mandmiscarri age in prehavidarnomust age L. Semeniuk, N. Yarotsky

Performance of clinical and hormonal studies in patients with miscarri age and hyperandrogenism, established markers of morphological and functional change sintheen dometriuman dindicators of systemic immuneres poneses that characterize the failure of adaptation mechanisms in women with hyperandrogenism and recurrent miscarriage. Korellyatsionnye established connection between the form of hyperandrogenism, immuneim balance and end omertrial recept or failur einpatients with habituallymiscarriage. The resear chresults were the basis for the application onpregravid stepin the complex the rapyimmunomodulators, a differentiated approach to the appointment of which was determined by the individual characteristics of th eimmuneresponse.

Key words: *hyperandrogenism, polycystic ovary syndrome, chromosom alabnormalities, receptors, theen dometrium.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Манухина Е.И. Современный взгляд на механизмы нарушений репродуктивной функции у пациенток с гиперандрогенией / Е.И. Манухина, М.А. Геворкян, Е.М. Кузнецова // Проблемы репродукции. – 2011. – № 2. – С. 13–18.
2. Лихачев В.К. Неинвазивная диагностика состояния эндометрия в контроле качества прегравидарной подготовки у женщин / В.К. Лихачев, Л.Н. Семенов, Е.А. Тарановская // Свет медицины та біології. – 2014. – № 3 (45). – С. 68–71.
3. Семенина Г.Б. Особенности течения беременности и родов у женщин с гиперандрогениями яичникового та наднирничковогогенезу, прекоцепційна профілактика і прогнозування ускладнень: Автореф. ... дис. д-ра мед. наук. / Г.Б. Семенина. – Львів, 2012. – 41 с.
4. Azziz R. Controversy in clinical endocrinology: diagnosis of polycysticovarian syndrome: the Rotterdam criteriaar eprematue //J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2006. – Vol. 91 (3). – P. 781–785.
5. Legro R.S. Diagnosis and treatment of polycysticovary syndrome: anendocrine society clinical practice guideline / R.S. Legro, S.A. Arslanian, D.A. Ehrmann et al. // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2013. – Vol. 98 (12). – P. 4565–4592.
6. Yamamoto T. Role of decidual natural killer cellsin patients with missed abortion: differences between causes with normal and abnormal chromosome / T. Yamamoto, Y. Takahashi, N. Kase et al. // Clin. Exp. Immunol. – 2010. – Vol. 116. – P. 449–452.
7. Conneely O.M. Reproductive Function of Progesterone / O.M. Conneely, B. Mulac-Jericevic, F. DeMayo et al. // Receptors. Rec. Progr. Horm.Res. – 2012; 57: 339–355.
8. Mertens H.J.M.M. Androgen, estrogen and progesterone receptors in the human uterus during menstrual cycle / Mertens H.J.M.M., Heineman M.J., Theunissen P.H.M.H. et al. // Eur. J. Obst.Gynec.Reprod.Biol. – 2011; 98: 58–65.
9. Sniijders M. Immunocytochemical analysis of estrogen receptor and progesterone receptors in the human uterus throughout the menstrual cycle and after the menopause / M. Sniijders, A. deGoeij, Debets-Te Baerts M. et al. // J. Reprod. Fertil. – 2012; 94: 363–371.

УДК 618.56:616-008.9:616-053.31

Особливості лактаційної функції у породілей з метаболічним синдромом

С.М. Сергієнко, О.Л. Іщенко, І.П. Крохмаль, І.О. Ковтонюк
ДЗ «Луганський державний медичний університет»

У структурі екстрагенітальної патології вагітних все більшу частку продовжує охоплювати метаболічний синдром. Жінки з метаболічним синдромом мають підвищений ризик розвитку різних акушерських та перинатальних ускладнень. Метою роботи було визначити особливості лактаційної функції, кількісні та якісні зміни грудного молока у породілей з метаболічним синдромом.

При обстеженні пацієнок з надлишковою масою тіла та з наявним метаболічним синдромом було встановлено збільшення частоти та вираженості гіпогалактії, зниження вмісту в грудному молоці лактози, загального білка та казеїну, ліпідів, вітамінів С та Е, імуноглобулінів G та sIgA.

Зниження якості грудного молока такого характеру приводитимуть до погіршення процесу вигодовування, тому спонукають до пошуку ефективних реабілітаційних заходів.

Ключові слова: *метаболічний синдром, лактація, гіпогалактія, післяпологові ускладнення.*

Проблема акушерських та перинатальних ускладнень залишається однією з найважливіших і в теперішній час, а серед основних причин такого становища виділяють підвищення соматичної захворюваності серед жінок репродуктивного віку, різні порушення репродуктивної функції, несприятливий вплив екологічних факторів [2, 5].

Останнім часом в структурі генітальної та екстрагенітальної патології особливе місце займають різні ендокринопатії, основним варіантом яких є метаболічний синдром (МС). Він характеризується поєднанням гіперінсулінемії, первинної артеріальної гіпертензії, дисліпідемії, ожиріння і полікістозних змін яєчників. Ці симптоми найчастіше взаємозалежні та доповнюють і посилюють один одного [1, 4]. Разом з тим, вагітні жінки з МС мають підвищений ризик розвитку різних акушерських та перинатальних ускладнень, а існуючі лікувально-профілактичні заходи не завжди ефективні [6].

Незважаючи на значне число наукових публікацій з проблеми акушерської та перинатальної патології в жінок із соматичною захворюваністю, не можна вважати її повністю вирішеною, особливо в плані ефективності лікувально-профілактичних заходів у жінок груп високого ризику, до яких, безумовно, відносяться і пацієнтки з МС [7]. Також залишається не вивченим вплив МС на лактаційну функцію, показники поживності грудного молока і, як наслідок, умови грудного вигодовування, як одного з провідних чинників нормального розвитку новонародженого.

Мета дослідження: визначення особливостей лактаційної функції, кількісні та якісні зміни грудного молока у породілей з метаболічним синдромом.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Нами були обстежені 80 пацієнток віком від 21 до 38 років з надлишковою масою тіла (індексом маси тіла (ІМТ) перевищував 30). Було сформовано дві групи по 40 жінок: до I увійшли пацієнтки без ознак МС, I групу склали особи зі встановленим МС. Групу співставлення склали 50 першовагітних без акушерських ускладнень та екстрагенітальної патології.

Для вивчення стану лактації ми вважали за доцільне вивчити в динаміці (на передодні пологів та протягом післяпологового періоду на 1, 3, 7-у й 14-у добу) як результати мікроскопії мазків, так низку лабораторних показників, які відображують склад материнського молока.

Визначення об'єму молока проводилося шляхом зважування новонароджених до і після годування, а також визначалась кількість зціджуваного молока.

Визначення молочного цукру (лактози) проводилося йодометричним методом, казеїну – методом лужного титрування. Вивчення вмісту загального білка і ліпідів проводилося за загальноприйнятною методикою, концентрації вітамінів С та Е – спектрофотометричним методом. Вміст імуноглобулінів (Ig) G та секреторного A (sIgA) у молоці визначався методом імуноферментного аналізу [3].

Статистичне опрацювання досліджуваного матеріалу включало його частотний аналіз із дискретними і беззупинними значеннями (n , $M \pm m$, δ , мінімальні та максимальні значення, асиметрія й ексцес). Достовірність відміни пар середніх обчислювалась за допомогою критеріїв Ст'юдента та Фішера, а також додатково непараметричними методами (за критерієм Ван Дер Вардена) для рядів із розподілом, відмінним від нормального. Аналіз взаємозв'язків між явищами проводився з розрахунком коефіцієнта кореляції r і кореляційного відношення – t . Для виявлення ступеня спряженості між ознаками, що вивчалися, був використаний метод кореляційного аналізу, що дозволяє визначити силу і тісноту зв'язку між цими показниками, а також її спрямованість [8].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз клітинного складу молозива на передодні пологів дозволив виявити, що у 72,0% жінок групи співставлення була характерна наявність у мазку значної або помірної кількості середніх по величині молочно-жирових кульок. У більшості випадків молочно-жирові кульки були у вигляді конгломератів із включенням у них соматичних і лімфоїдних клітин. У ряді випадків (48,0%) відзначається значна кількість соматичних клітин і лейкоцитів, частина з яких знаходиться в стані розпаду, а також залишків ядер і цитоплазми. Звертає на себе увагу той факт, що в мазках, багатих на епітеліальні клітини і лейкоцити, велика частина їх знаходиться в стані агрегації.

При мікроскопічному дослідженні молозива, проведеного у післяпологового періоду у пацієнток групи співставлення, виявлено, що лейкоцити в більшості випадків знаходяться в стадії агрегації. На 2–3-у добу після пологів прогресує вміст молочно-жирових кульок, а кількість лейкоцитів у порівнянні з першим днем зменшується. Дана цитологічна картина свідчить про завершення формування альвеол молочної залози і початку функціонування альвеоцитів.

При вивченні цитологічного складу молозива у жінок з надлишковою масою тіла напередодні пологів встановлено, що в мазках практично не містяться молочно-жирові кульки, а по клітинному складу секрет молочної залози був вкрай убогим.

Таблиця 1

Зміни об'єму грудного молока у обстежених пацієнток (мл)

| Доба дослідження | Групи | | |
|------------------|---------------------|---------------|----------------|
| | співставлення, n=50 | I, n=40 | II, n=40 |
| 1 | 83,43±6,24 | 60,42±3,21* | 40,43±2,82** |
| 3 | 242,62±10,17 | 201,82±8,32* | 141,78±9,43** |
| 7 | 461,85±18,26 | 324,75±14,31* | 241,73±19,54** |
| 14 | 662,46±24,87 | 481,51±28,24* | 372,77±26,28** |

Примітка: р відносно групи співставлення: * р – <0,05; ** – <0,01; *** – <0,001.

У першу добу після розродження у 70% жінок I групи та у всіх жінок II групи мазок був бідний молочно-жировими кульками, а клітинний склад секрету також досить бідний – рідкі епітеліальні клітини і нечисленні лейкоцити. Агрегація лейкоцитів була відсутня. В інших 30% спостережень у I групі молочні жирові кульки в мазку присутні в помірній кількості, соматичні клітини і лейкоцити одиничні в полі зору.

Серед осіб II групи на другу добу після розродження стан досліджуваного біоматеріалу, як і раніше, характеризувався бідним клітинним складом, а істотного збільшення молочно-жирових кульок не відзначається навіть на 7 добу після розродження. У пацієнток I групи відзначається тенденція до збільшення молочно-жирових кульок і зменшення числа лейкоцитів та соматичних клітин, починаючи з 3 дня після розродження.

Серед основних показників лактаційної функції у жінок провідне значення відводять динаміці об'єму молока.

Отримані дані наочно вказують на зниження кількості виділюваного молока у жінок з надлишковою масою тіла, починаючи з 1-ї доби і закінчуючи 14-ю добою пuerперального періоду. При цьому, наявність МС достовірно погіршує продукцію молока. В цілому, можна було констатувати наявність гіпогалактії у 56,3% обстежених жінок, причому, гіпогалактія 1 ст. тяжкості була встановлена у 17,8% пацієнток, 2 ст. – у 31,1%, 3 ст. – у 35,6% і 4 ст. – у 15,5%.

У I групі гіпогалактія мала місце у 47,5% спостережень, у II групі – у 65,0% (P<0,01). Співвідношення ступенів тяжкості у цих групах відповідно складала 26,3/31,6/31,6/10,5% та 11,6/30,8/38,4/19,2. Встановлені розбіжності дозволяють відзначити негативний вплив надлишкової маси тіла і, в ще більшому ступені, метаболічного синдрому на частоту постання гіпогалактії та її враженість.

При оцінюванні рівня лактози в грудному молоці (табл. 2) нами зареєстровано, що у жінок I групи її початковий вміст був нижчим у 1,2 разу, ніж у групі співставлення, на 7-у й 14-у добу відбувалося лише незначне його підвищення і тому на кінець другого тижня пuerперію кратність зниження досягала вже 1,3 разу. Серед жінок II групи тенденція до підвищення рівня лактози була зовсім відсутня, тому при кратності зменшення відносно показника групи співставлення на 1-у добу 1,5 разу, вже на 14-у добу різниця досягала 1,8 разу.

Таблиця 2

Зміни якісного складу грудного молока у обстежених пацієнток

| Доба дослідження | Групи | | |
|------------------------------------|---------------------|-------------|--------------|
| | співставлення, n=50 | I, n=40 | II, n=40 |
| Вміст лактози (г/л) | | | |
| 1 | 63,47±2,32 | 53,17±2,32* | 42,27±2,25** |
| 3 | 63,66±2,38 | 53,42±2,19* | 42,12±2,28** |
| 7 | 69,65±2,23 | 56,32±2,13* | 42,01±2,02** |
| 14 | 78,16±2,02 | 59,43±3,53* | 42,25±2,27** |
| Загальний вміст білків (г/л) | | | |
| 1 | 25,23±2,14 | 17,38±1,65* | 12,13±1,02** |
| 3 | 22,75±1,82 | 16,25±1,42* | 10,28±0,89** |
| 7 | 14,53±1,32 | 9,16±0,82* | 6,47±0,53** |
| 14 | 12,15±1,03 | 8,14±0,75* | 5,26±0,42** |
| Вміст казеїну (г/л) | | | |
| 1 | 1,12±0,11 | 1,08±0,11 | 1,07±0,10 |
| 3 | 1,67±0,12 | 1,63±0,15 | 1,08±0,11* |
| 7 | 1,81±0,15 | 1,69±0,19 | 1,07±0,12* |
| 14 | 1,77±0,12 | 1,68±0,17 | 1,08±0,14* |
| Вміст ліпідів (г/л) | | | |
| 1 | 33,23±3,07 | 20,46±1,22* | 15,27±1,43** |
| 3 | 35,21±2,89 | 21,23±1,46* | 17,18±1,61** |
| 7 | 37,18±3,21 | 23,88±2,12* | 16,87±1,59** |
| 14 | 44,25±2,83 | 31,85±2,47* | 21,25±2,13** |
| Концентрація вітаміну С (мкмоль/л) | | | |
| 1 | 20,25±1,23 | 19,27±1,68 | 20,82±1,49 |
| 3 | 98,62±6,47 | 72,44±5,42* | 50,45±4,14** |
| 7 | 82,45±7,43 | 68,46±4,14* | 49,57±3,25** |
| 14 | 68,49±5,25 | 42,45±3,18* | 30,67±2,43** |
| Концентрація вітаміну Е (мкмоль/л) | | | |
| 1 | 1,67±0,14 | 1,59±0,14 | 1,61±0,13 |
| 3 | 2,53±0,24 | 2,43±0,22 | 1,78±0,12* |
| 7 | 3,02±0,31 | 2,89±0,27 | 1,82±0,13* |
| 14 | 3,11±0,32 | 2,91±0,28 | 1,84±0,14* |
| Рівень IgG (г/л) | | | |
| 1 | 0,71±0,02 | 0,69±0,05 | 0,32±0,01** |
| 3 | 0,34±0,01 | 0,33±0,01 | 0,17±0,01** |
| 7 | 0,33±0,01 | 0,36±0,01 | 0,16±0,01** |
| 14 | 0,41±0,02 | 0,39±0,02 | 0,19±0,01* |
| Рівень sIgA (г/л) | | | |
| 1 | 3,33±0,21 | 3,27±0,25 | 2,15±0,20* |
| 3 | 1,63±0,17 | 0,89±0,05* | 0,53±0,04** |
| 7 | 2,32±0,16 | 1,24±0,11* | 0,71±0,05** |
| 14 | 1,33±0,11 | 0,91±0,04* | 0,45±0,01** |

Примітка: р відносно групи співставлення: * р < 0,05; ** – < 0,01; *** – < 0,001.

Загальний вміст білків в молоці здорових жінок мав тенденцію до зниження протягом двох тижнів у 2,2 разу. Аналогічна тенденція спостерігалася і серед жінок з надлишковою масою тіла. Проте початковий рівень білків у I групі був зниженим у 1,4 разу, у II групі – у 2,1; на кінець обстеження різниці у порівнянні з групою співставлення досягала відповідно 1,5 та 2,3 разу.

Серед здорових породілей на тлі зниження загального вмісту білків відзначався стрімкий підйом концентрації у грудному молоці казеїну з третьої доби післяпологового періоду (у 1,5 разу) з подальшим незначним підвищенням (у 1,1 разу) до 7 доби. Похідний рівень основного білка грудного молока у жінок з надлишковою масою тіла був зменшеним лише на 5%. Серед пацієнток I групи мала місце аналогічна з групою співставлення тенденція підвищення даного показника. Але у породілей з метаболічним синдромом концентрація казеїну залишалася незмінною і тому на кінець періоду дослідження кратність різниці з показником здорових пацієнток складала 1,6 разу.

Безумовно, одним з найбільш значимих показників грудного молока є вміст ліпідів. Серед здорових породілей цей показник поступово збільшувався і на 14-й день післяпологового періоду перевищував початкове значення на 33%. Отримані нами результати свідчать, що в жінок з надмірною масою тіла жирність молока була достовірно нижче в порівнянні з групою співставлення – в I групі на 1 добу дослідження вміст ліпідів був зменшеним у 1,6 разу, у II групі – в 2,2 разу.

Істотне підвищення концентрації жирів в цих групах зареєстровано лише після двох тижнів спостереження. При цьому, у жінок без МС даний показник збільшився від похідного значення на 56%, але у порівнянні із групою співставлення був меншим у 1,4 разу. У пацієнток з МС жирність грудного молока на кінець дослідження зростає на 39%, але весь період спостереження зберігалась двократна різниця з аналогічним показником здорових породілей.

Вітамінний склад грудного молока має суттєве значення для адекватного фізичного розвитку дітей 1 року життя. Виходячи з отриманих нами результатів, на 1-у добу після розродження вміст вітаміну С не мав достовірних розбіжностей серед усіх досліджуваних груп, і динаміка даного показника протягом періоду спостереження була подібною. Але під час максимального підйому концентрації цього вітаміну на 3-ю добу його середнє значення в I групі було у 1,3 разу, а в II групі – у 1,9 разу менше, ніж у групі співставлення. При наступному поступовому зменшенні рівня аскорбінової кислоти у грудному молоці на 14-у добу спостереження він знизився у групі співставлення на 30%, серед пацієнток з надлишковою масою тіла це падіння було більш вираженим – на 41% у жінок без МС й на 39% при наявності МС. Кінцеве значення вмісту вітаміну С був меншим у порівнянні з групою співставлення в 1,6 разу в I групі та в 2,2 разу у II групі.

Іншу картину можна було спостерігати при оцінці вмісту вітаміну Е. Так, на 1 добу після розродження достовірні розбіжності між групами також були відсутні. Протягом наступних спостережень простежувалась майже однакова динаміка даного показника в групі співставлення та в I групі – поступове підвищення, яке на 14-у добу досягло кратності 1,6 разу. У другій групі зростання концентрації вітаміну Е було незначним – лише у 1,1 разу (P>0,05), і його кінцева концентрація була меншою ніж серед здорових породілей у 1,7 рази.

Імунологічні аспекти грудного молока мають важливе значення у протиінфекційному захисті новонародженого, тому ми урахували зміни рівнів імуноглобулінів при оцінці якісного складу молока на всіх етапах проведених досліджень. Отримані результати свідчать, що в усіх групах максимальний вміст IgG у грудному молоці відзначався протягом 1-ї доби, до 3 дня спостереження відбувалося його різке (майже двократне) зменшення з наступним поступовим зростанням протягом двох діб пуерперію (табл. 2). Достовірних розбіжностей середніх значень рівня IgG між групою співставлення та І групою в усі дні дослідження ми не виявили. Проте, в ІІ групі початковий вміст даного захисного фактору був у 2,2 разу нижче аналогічного показника у групі співставлення, найменший рівень – у 1,9 разу, максимальний – у 2,1 разу. Тобто, підйом концентрації IgG з 3 по 14 доби спостереження склав лише 11%, в той час, як у групі співставлення ця динаміка досягала 24% ($p < 0,01$).

Нами був встановлений в усіх групах хвилеподібний характер змін концентрації sIgA протягом 2 тиж пуерперію з вираженим зниженням вмісту на 3-ю та 14-у добу. На 1 добу відзначалось найбільше значення рівня цього чинника, і в той час, як дані І групи і групи співставлення достовірно не відрізнялись, у жінок з МС концентрація sIgA була у 1,5 разу меншою, ніж у здорових породіль. З 3-ї доби були зареєстровані суттєві відмінності між усіма групами: кратність зниження вмісту імуноглобуліну по відношенню до групи співставлення складала в І групі 1,8 разу, у ІІ групі – 3,1 разу. Така ж сама різниця між значеннями концентрації sIgA зберігалася і на 7-у, і на 14-у добу післяпологового періоду.

ВИСНОВКИ

Частота гіпогалактії в жінок з надлишковою масою тіла і метаболічним синдромом становить 56,7%, зі зміною не тільки кількісних (об'єм грудного молока), але і якісних показників, залежно від глибини метаболічних зсувів.

Так, у пацієнок лише з надлишковою масою тіла, починаючи з 1 доби післяпологового періоду, відзначалось зниження вмісту в грудному молоці лактози, загального білка, ліпідів і вітаміну С; а при наявності ще й метаболічного синдрому додатково до цього, спостерігалось зменшення рівня, казеїну, вітаміну Е і імуноглобулінів G та sIgA. Зсуви якості грудного молока такого характеру приводять до погіршення процесу вигодовування немовляти.

Таким чином, наявність у пацієнтки метаболічного синдрому вимагає застосування реабілітаційно-коригуючих заходів протягом гестаційного періоду не тільки задля попередження розвитку акушерських ускладнень, але й для забезпечення нормальної лактаційної функції і, як наслідок, сприятливих умов для розвитку новонародженого.

Особенности лактационной функции у родильниц с метаболическим синдромом

С.Н. Сергиенко, О.Л. Ищенко, И.П. Крохмаль, И.А. Ковтонюк

В структуре экстрагенитальной патологии у беременных все большую долю продолжает охватывать метаболический синдром. Женщины с метаболическим синдромом имеют повышенный риск развития различных акушерских и перинатальных осложнений.

Целью работы было определить особенности лактационной функции, количественные и качественные изменения грудного молока у родильниц с метаболическим синдромом. При обследовании пациенток с избыточной массой тела и с имеющимся метаболическим синдромом были установлены увеличение частоты и выраженности гипогалактии, снижение содержания в грудном молоке лактозы, общего белка и казеина, липидов, витаминов С и Е, иммуноглобулинов G и sIgA.

Сдвиги качества грудного молока такого характера будут приводить к ухудшению процесса вскармливания, что побуждает к поиску эффективных реабилитационных мер.

Ключевые слова: метаболический синдром, лактация, гипогалактия, послеродовые осложнения.

Features of the lactation function in postpartum women with metabolic syndrome

S.N. Sergiyenko, O.L. Ishchenko, I.P. Krokhmal, I.A. Kovtonyuk

The percentage of metabolic syndrome increases in the structure of extragenital pathology in pregnant women. Women with metabolic syndrome have an increased risk of various obstetric and perinatal complications.

The aim of this work was to determine the characteristics of lactation function, quantitative and qualitative changes of the breast milk in postpartum women with metabolic syndrome.

Examination of patients with excessive body mass and metabolic syndrome allowed to establish augmentation of frequency and severity of hypogalactia, reducing of content of lactose, total protein and casein, lipids, vitamins C and E, immunoglobulins G and sIgA in mother's milk.

Changes in the quality of breast milk of this nature will lead to a deterioration of the process of breastfeeding, that encourages the search for effective rehabilitation measures.

Key words: metabolic syndrome, lactation, hypogalactia, postpartum complications.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Беляков Н.А., Сеидова Г.Б., Чубриева С.Ю. Метаболический синдром у женщин (патофизиология и клиника). – СПб.: Издательский дом СПбМАПО. – 2007. – 440 с.
2. Вдовиченко Ю.П., Сергиенко С.М. Особливості клінічного плину вагітності у жінок з нейроендокринною патологією // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2005. – № 3. – С. 83–86
3. Любина А.Я., Ильичева Л.П., Катасонова Т.В. Клинические лабораторные исследования. – М.: Медицина, 1984. – 288 с.
4. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. – М.: Медицина, 2006. – 420 с.
5. Савельева И.В. Беременность и метаболический синдром: состояние проблемы // Росс. вест. акуш.-гинекол. – № 2, 2010. – С. 28–31.
6. Сергиенко С.Н. Беременность и роды у женщин с метаболическим синдромом // Репродуктивное здоровье женщины. – 2006. – № 2 (часть 1). – С. 68–70.
7. Сергиенко С.Н. Особенности диагностики метаболического синдрома на прегравидарном этапе // Зб. наук. праць співроб. НМАПО ім. П.Л. Шулгики. – Вип. 16. – Кн. 5. – К., 2007. – С. 284–289.
8. Юнкеров В.И. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. – СПб.: Изд-во ВМедА, 2002. – 266 с.

УДК 618.2-08:618.4-08:616-006.36-08

Вагітність і пологи у жінок з пухлини яєчників та міомою матки різної локалізації

В.І. Бойко, Н.П. Сухоставець

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Результати проведених клініко-функціональних досліджень свідчать, що жінки з наявністю пухлин яєчників та міоми матки складають групу високого ризику щодо розвитку перинатальної патології на фоні 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 істотною підставою для розроблення і впровадження диференційованого комплексу лікувально-профілактичних заходів у вагітних з пухлинами яєчників та міомою матки різної локалізації.

Ключові слова: вагітність, пологи, пухлини яєчників, міома матки.

Міома матки та пухлини яєчників на сьогодні залишаються одним з найбільш розповсюджених доброякісних пухлинних захворювання статевої системи жінок, яка істотно негативно впливає на стан репродуктивного і соматичного здоров'я. У складних соціально-економічних умовах, все частіше перед лікарями акушер-гінекологами стають питання раціонального ведення гестації у жінок з різними формами репродуктивної патології, у тому числі – з наявністю міоми 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 прегравідарного анамнезу, розмірів і кількості міоматозних вузлів, особливостей їх локалізації і взаєморозташування з плацентою. В той же час, не всі питання поєднання міоми матки і вагітності можна вважати повністю вирішеними [1–7]. В першу чергу це стосується встановлення взаємозв'язку між анамнестичними особливостями прегравідарного фону, клінічним перебігом вагітності і пологів і функціональним станом фетоплацентарного комплексу у жінок з міомою матки різної локалізації.

Мета дослідження: вивчення клінічного перебігу вагітності, пологів, а також перинатальних результатів розродження жінок з пухлинами яєчників та міомою матки різної локалізації.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети нами впродовж гестації і в післяпологовому періоді 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 пухлин яєчників та міоматозних вузлів різної локалізації. Жінки, які у нас спостерігалися, були проінформовані про мету і завдання нашої наукової роботи і дали згоду 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 пухлинами яєчників та міомою 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 прегравідарного фону, клінічного перебігу гестаційного періоду і функціонального стану фетоплацентарного комплексу у жінок з пухлинами яєчників та міомою 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 міоматозних вузлів.

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

Хоча кількість породілей з пухлинами яєчників та міомою матки, які впродовж вагітності отримували загальноприйняті методи корекції і народжували через природні пологові шляхи, є не дуже великим із статистичної точки зору, але певні тенденції збільшення частоти ускладненого перебігу 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: динопрост, динопростон, сайтотек. При необхідності проведення збудження/посилення пологової діяльності у жінок з пухлинами яєчників та міомою

матки ми обмежували використання окситоцину, враховуючи існуючу можливість неадекватного реагування рецепторного апарату міометрія і ендотеліального шару морфологічно і функціонально незавершених судин плацентарного ложа і артеріол ділянок м'язової оболонки вагітної матки.

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

Певний інтерес, на нашу думку також викликає вивчення структури розродження вагітних I групи залежно від анатомо-топографічних особливостей і розташування пухлин яєчників та міоматозних вузлів. Найменш сприятливими клініко-анатомічними формами міоми по відношенню до результатів розродження є субмукозні і інтрамуральні міоматозні вузли з центрипетальним зростанням. При цьому, найменш сприятливим слід вважати розташування плаценти повністю або частково в проекції міоматозних вузлів, так звана «плацента на вузлі». Щодо особливостей розташування міоми, тут найгірші варіанти отримані у жінок з наявністю міоматозних 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 аутерінае 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 дисфункції і передчасного відшарування плаценти.

Аналізуючи перинатальні результати розродження, необхідно вказати на високу частоту інтранатальної асфіксії різного ступеня тяжкості (70,0%), у тому числі важкого його ступеню в 13,4% 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 пухлинами яєчників та міомою 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 I досліджувану групу, в 2 випадках оцінка по Апгар при народженні була менше 3 балів; у 7 випадках знаходилася в межах 3–5 балів; у 10 випадках – 6–7 балів і лише в 6 випадках була вище 8 балів. 5 новонароджених було оцінено за шкалою Сільвермана у зв'язку з їх недоношеністю і наявністю синдрому дихальних розладів.

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

Серед особливостей неонатальної патології необхідно відзначити постгіпоксичне ушкодження центральної нервової системи (ЦНС), яке спостерігалось 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 16,0%. Частота кон'югаційної жовтяниці (гіпербілірубемії новонароджених) була майже в чотири рази більшою (28,0% 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 відрізнявся від показників контрольної групи. Частота внутрішньоутробного інфікування (природжений кон'юнктивіт, везикулопустульоз) в I групі дітей складала 8%, проте розбіжності з контрольною групою були недостовірними ($p > 0,05$).

ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених клініко-функціональних досліджень, жінки з наявністю пухлин яєчників та міоми матки складають групу високого ризику щодо розвитку перинатальної патології на фоні 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 істотною підставою для розробки і впровадження диференційованого комплексу лікувально-профілактичних заходів у вагітних з пухлинами яєчників та міомою матки різної локалізації.

Беременность и роды у женщин с опухолями яичников и миомой матки разной локализации В.И. Бойко, Н.П. Сухоставец

Результаты проведенных клинико-функциональных исследований свидетельствуют, что женщины с наличием опухолей яичников и миомы матки составляют группу высокого риска по развитию перинатальной патологии на фоне отягощенного прегравидарного фона, осложненного течения беременности, нарушенной маточно-плацентарной, а в дальнейшем и плодово-плацентарной гемодинамики, состояния нестойкого равновесия гормоносинтетической и метаболической функции плаценты с чрезмерным напряжением и постепенным истощением адаптационных возможностей системы мать-плацента-плод. Все это, а также недостаточная эффективность общепринятых лечебно-профи-

лактических мероприятий, является существенным основанием для разработки и внедрения дифференцированного комплекса лечебно-профилактических мероприятий у беременных с опухолями яичников и миомой матки различной локализации.

Ключевые слова: беременность, роды, опухоли яичников, миома матки.

Pregnancy and childbirth at women with tumours of ovariums and myoma of uterus of various localisation
V.I. Boyko, N.P. Suhostavetz

Results of the spent clinical-functional researches testify that women with presence of tumours ovariums and uterus myomas 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 fetus-placental haemodynamics, a condition of unstable balance of hormonal and metabolic function of a placenta with excessive pressure and a gradual exhaustion adaptable possibilities of system mother-placenta-fetus. All it, and also insufficient efficiency of the standard treatment-and-prophylactic actions, are the essential basis for working out and introduction of the differentiated complex of treatment-and-prophylactic actions at pregnant women with tumours ovariums and myoma of uterus of various localisation.

Keywords: pregnancy, childbirth, tumours ovariums, uterus myoma.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРИ

1. Велла Р. Мускат Безопасность одновременного проведения миомэктомии и кесарева сечения / Мускат Велла Р., А. Арматис, М. Спитери // Материалы конгресса Европейской ассоциации акушеров-гинекологов. – Копенгаген, 2008. – С. 34.
2. Коханевич Е.В. Миома матки / Е.В. Коханевич, Л.В. Тимошенко // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України. – 2009. – № 5 – С. 82–90.
3. Логотова Л.С. Акушерская тактика при ведении беременных с миомой матки / Л.С. Логотова, С.Н. Буянова, И.И. Левашова // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2009. – № 3. – С. 50–53.
4. Матевосян Н.Р. Некоторые показатели свертывающей системы крови беременных-носительниц фибромиомы матки / Н.Р. Матевосян, Д.З. Григорян // Материалы международной конференции по актуальным проблемам хирургии. – Ереван, 2008. – С. 405–406.
5. Савицкий Г.А. Особенности течения беременности у больных миомой матки / Г.А. Савицкий // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2007. – № 3. – С. 84–86.
6. Сидорова И.С. Характер нарушений состояния плода у беременных с миомой матки / И.С. Сидорова, И.О. Макаров, Н.А. Шешунова // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2009. – № 4. – С. 16–20.
7. Katz V.L. Complications of uterine leiomyomas in pregnancy / V.L. Katz, D.I. Dotters, W. Droegemueller // Obstet. Gynecol. – 2009. – Vol. 73, N 4. – P. 593–596.

УДК 618.5-008.64-037

Возможности прогнозирования слабости родовой деятельности

С.Я. Ткачик

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

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

Ключевые слова: слабость родовой деятельности, прогнозирование.

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

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

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

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

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

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

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

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

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

- возраст роженицы, артериальная гипотензия, артериальная гипертензия, заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания почек, заболевания пищеварительного тракта и гепатобилиарной системы, заболевания дыхательной системы, эндокринопатии, ожирение;

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

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

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

- дородовое излитие околоплодных вод, степень «зрелости» шейки матки по шкале Bishop.

Анализ перечисленных выше анамнестических и клинических признаков с целью прогнозирования вероятности развития СРД включал в себя следующие этапы:

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

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

- прогнозирование развития СРД на основании совокупности выделенных факторов риска.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

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

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

На основании выявленных факторов риска становится возможным прогнозирование развития СРД.

При анализе абсолютных и относительных показателей связи СРД и возможных факторов риска (номинальные признаки) также обнаружено, что решающую роль в момент начала родов играет степень «зрелости» шейки матки, весовой коэффициент данного фактора наибольший. Следовательно, при оценке относительных показателей связи СРД и возможных факторов риска основную прогностическую «нагрузку» несет «зрелость» шейки матки. Однако шансы развития данного ос-

Таблица 1

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

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

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

ложения родового акта оцениваются при «незрелой» шейке матки как сомнительные. Значимость остальных факторов риска еще ниже – маловероятные либо практически отсутствуют (табл. 2).

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

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

Таблица 2

Факторы риска СРД

| Фактор | СРД: есть фактор | | СРД: нет фактора | | Абс. разность рисков | Отношение шансов |
|--------------------------------------|------------------|-------|------------------|-------|----------------------|------------------|
| | риск | шанс | риск | шанс | | |
| Хроническая артериальная гипертензия | 0,79 | 3,8:1 | 0,48 | 0,9:1 | 0,31 | 4,2 |
| Ожирение | 0,60 | 1,5:1 | 0,41 | 0,7:1 | 0,19 | 2,2 |
| Гемоконцентрация | 0,61 | 1,7:1 | 0,42 | 0,8:1 | 0,21 | 2,5 |
| Крупный плод | 0,75 | 3,0:1 | 0,47 | 0,9:1 | 0,28 | 3,3 |
| ППП | 0,76 | 3,2:1 | 0,47 | 0,9:1 | 0,29 | 3,6 |
| "Зрелость" шейки матки | 0,81 | 5,2:1 | 0,45 | 0,8:1 | 0,36 | 6,3 |

Таблица 3

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

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

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

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

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

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

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

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

X_1 – хроническая артериальная гипертензия; X_2 – ожирение; X_3 – гемоконцентрация; X_4 – крупный плод; X_5 – патологический прелиминарный период; X_6 – «незрелая» шейка матки.

Для модели в целом $p < 0,000...$

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

Выводы

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

Можливості прогнозування слабкості пологової діяльності С.Я. Ткачик

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

Ключові слова: слабкість пологової діяльності, прогнозування.

Possibilities of forecasting of weakness of patrimonial activity S.J. Tkachik

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

Key words: weakness of patrimonial activity, forecasting.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамченко В.В. Адренергические средства в акушерской практике / В.В. Абрамченко, О.В. Капленко. – СПб.: Петрополис, 2008. – 272 с.
2. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике / Э.К. Айламазян. – Н.Новгород: НГМА, 2007. – 282 с.
3. Вдовин С.В. Дискоординированные сокращения матки в конце беременности и в родах /С.В. Вдовин // Вестн. Рос. ассоц. акуш.-гин. – 2006. – № 4. – С. 76–79.
4. Газазян М.Г. Дискоординированная родовая деятельность как проявление «стресса ожидания» /М.Г. Газазян // Вестн. Рос. ассоц. акуш.-гин. – 2008. – № 4. – С. 78–82.

Екскреція стероїдних гормонів при дискоординованій пологовій діяльності

С.Я. Ткачик

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

Результати проведених досліджень свідчать, що достовірно нижчі концентрації метаболітів прогестерону під час мимовільного початку пологової діяльності пов'язані з фізіологічним припиненням синтезу прогестерону перед початком пологів, а не є етіологічним чинником розвитку гіпертонічних маткових скорочень. Причину даного ускладнення пологів швидше за все слід шукати серед чинників, що перешкоджають дозріванню шийки матки в кінці вагітності. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувальних-профілактичних заходів.

Ключові слова: дискоординована пологова діяльність, стероїдні гормони.

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

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

Вивчення стероїдного профілю при дискоординованій пологовій діяльності (ДПД) має ряд принципових особливостей. Можна передбачити, що породіллі, в яких патологія скоротливої діяльності матки розвинулася після мимовільного початку пологової діяльності при цілому плодово-міхурі, можуть мати відмінний стероїдний профіль від такого у пацієнток з допологовим вилиттям навколплідних вод. Це може бути пов'язано з тим, що допологове вилиття навколплідних вод само по собі є пусковим чинником початку пологів, але даний момент далеко не завжди збігається з часом біологічної готовності організму до пологів, тобто з моментом фізіологічної перебудови гормонального фону. Проте для клініциста найповажніше знати не стільки самі зміни гормонального фону перед пологами, скільки зрозуміти, чи впливають дані зміни на результат пологів.

Мета дослідження: вивчення особливостей екскреції стероїдних гормонів при дискоординованій пологовій діяльності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У переважній більшості гормональних досліджень виводи засновані на даних однократного визначення гормонів в сироватці крові радіоімунним методом. Даний підхід володіє рядом істотних недоліків, що знижують достовірність результатів. Це пов'язано з тим, що при однократному визначенні стероїда в крові не враховуються добові ритми коливання гормонів, які мають значний розкид. Наше дослідження направлено на визначення метаболітів стероїдних гормонів в сечі породіллі протягом 6 год, а, отже, позбавлено описаних вище недоліків. Крім того, з метою зниження помилок, пов'язаних з циркадними ритмами, для хроматографічного аналізу використовували сечу, зібрану в інтервалі з 9 год. до 15 год.

Комплекс концентрації стероїдів в сечі породіллі при доношеній вагітності представляє великий інтерес, оскільки, лише використовуючи нормативні показники і їх варіанти, можна оцінити ступінь порушення стероїдного обміну при таких відхиленнях від фізіологічної пологової діяльності, як слабкість пологової діяльності (СПД) і дискоординована пологова діяльність (ДПД).

З метою вирішення поставленої мети були обстежені 46 породілей, серед яких в 24 пологи почалися мимоволі (підгрупа 1), а в 22 (підгрупа 2) пологова діяльність самостійно розвинулася через 2–3 год після допологового вилиття навколплідних вод. Усі пацієнтки були первородящими. За віком, паритетом, характером ускладнень вагітності перша і друга підгрупи були порівнянні.

Серед основних показників стероїдних гормонів оцінювали екскрецію в сечі наступних параметрів: прегнандіолу, алло-прегнандіолу, прегнанолону, 16 α -гідроксистероїдололону, 16 α -гідроксистероїдолю, 16 α -гідроксистероїдолю, естрадіолу і естронолу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Терміни вагітності обстежених породілей коливалися в межах від 38 до 41 тиж, вік – від 19 до 29 років. Першовагітних було 34 (73,9%), повторновагітних первородящих – 12 (26,1%). В останніх перша вагітність була перервана за бажанням жінки до 12 тиж без ускладнень. Серед найбільш значущих ускладнень вагітності у 8 (17,4%) пацієнток діагностували набряки вагітних.

Ступінь «зрілості» шийки матки перед пологами оцінювали за шкалою Е.Н. Bishop (1964). У першій підгрупі у 18 (75,0%) породілей була недостатньо зріла шийка матки, в 6 (25,0%) – «незріла». У другій підгрупі 2 (9,1%) жінки мали «незрілу» шийку матки, 11 (50,0%) – недостатньо зрілу, 9 (40,9%) – «зрілу» шийку.

Після початку лікування у 20 (83,3%) пацієнток першої підгрупи, серед яких 17 з недостатньо «зрілою» і 3 з «незрілою» шийкою матки, в перші 3 год сталися позитивні зміни її стану, які виражалися укороченням до 0,5–1 см, розм'якшенням і розташуванням по осі тазу. У цих випадках пологи сталися через природні пологові шляхи. Загальна тривалість пологів склала 10 год 40 хв \pm 5 хв, тривалість першого періоду пологів – 9 год 30 хв \pm 40 хв, другого періоду – 1 год 10 хв \pm 30 хв, третього періоду – 10 \pm 3 хв. Крововтрата в пологах склала в середньому 170 \pm 15 мл. У 4 (16,7%) спостереженнях позитивного ефекту від проведеної медикаментозної корекції добитися не удалось, у зв'язку з чим породіллі були розроджені при допомозі кесарева розтину.

У другій підгрупі у 20 (90,9%) жінок пологи сталися через природні пологові шляхи, і в 2 (9,1%) закінчилися кесаревим розтином. Свідченням до абдомінального розродження в обох випадках послужила відсутність ефекту від терапії ДПД. Загальна тривалість пологів *per vias naturales* склала 8 год 30 хв \pm 25 хв. Тривалість першого періоду пологів склала 7 год 45 хв \pm 30 хв; другого періоду – 45 \pm 20 хв; третього періоду – 10 \pm 5 хв. Крововтрата в пологах через природні пологові шляхи склала 180 \pm 20 мл.

У жінок першої підгрупи народилися 24 дитини. Середня маса новонароджених склала 3450 \pm 120 г. Оцінка за шкалою Апгар 6/7 балів була у 4 (16,7%) дітей, народжених *per vias naturales*, 7/8 балів – в 14 (58,3%) і 8/9 балів – в 6 (25,0%), чотири з яких народжені абдомінальним розродженням.

У ранній неонатальний період у 2 (8,3%) новонароджених виявлено гіпоксично-ішемічне ушкодження центральної нервової системи.

У другій підгрупі народилися 22 дитини. Маса новонароджених в середньому була 3390 \pm 90 г. Оцінка за шкалою Апгар склала 7/8 балів в 12 (54,5%) і 8/9 балів у 10 (45,5%) дітей.

Ранній неонатальний період у всіх новонароджених перебігав без особливостей.

При оцінюванні концентрації стероїдів в сечі породілей з мимовільним початком пологової діяльності і в підгрупі 2 з допологовим вилиттям навколоплідних вод встановлено, що при передчасному розриві плодових оболонок мало місце достовірне збільшення екскреції прегнандіолу (1 підгрупа – 11,6 \pm 3,4 мкмоль/6 год і 2 підгрупа – 25,6 \pm 7,3 мкмоль/6 год; $p < 0,01$) і прегнанолону (1 підгрупа – 2,3 \pm 0,5 мкмоль/6 год і 2 підгрупа – 12,7 \pm 3,9 мкмоль/6 год; $p < 0,01$). Усі останні показники були без достовірних відмінностей по підгрупах.

При проведенні кореляційного аналізу виявлена достовірна пряма кореляція тривалості пологів і оцінки новонародженого за шкалою Апгар з вихідним індексом шийки матки за шкалою Bishop.

У другій підгрупі, де 50,0% породілей мали ту, що «дозріває» (недостатньо зрілу) і 40,9% – «зрілу» шийку матки, середня тривалість пологів склала 8 год 30 хв \pm 25 хв, що достовірно нижче, ніж в першій підгрупі – 10 год 40 хв \pm 50 хв, де 75,0% породілей мали ту, що «дозріває» і 25,0% «незрілу» шийку матки ($p < 0,05$).

Аналогічні результати отримані при порівнянні суми балів за шкалою Апгар з індексом Bishop: у другій підгрупі не було новонароджених з асфіксією і гіпоксично-ішемічним ушкодженням центральної нервової системи в ранній неонатальний період.

Не було виявлено зв'язку між рівнем екскреції метаболітів, Прогестерону і розвитком ДПД, але результат пологів був сприятливішим у породілів з мимовільним початком пологової діяльності при цілому плодovому міхурі.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що достовірно нижчі концентрації метаболітів прогестерону при мимовільному початку пологової діяльності пов'язані з фізіологічним припиненням синтезу прогестерону перед початком пологів, а не є етіологічним чинником розвитку гіпертонічних маткових скорочень.

Причину даного ускладнення пологів швидше за все слід шукати серед чинників, що перешкоджають дозріванню шийки матки в кінці вагітності. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Экскреция стероидных гормонов при дискоординированной родовой деятельности С.Я. Ткачик

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что достоверно более низкие концентрации метаболитов прогестерона при самопроизвольном начале родовой деятельности связаны с физиологическим приостановлением синтеза прогестерона перед началом родов, а не являются этиологическим фактором развития гипертонических маточных сокращений. Причину данного осложнения родов скорее всего следует искать среди факторов, препятствующих созреванию шейки матки в конце беременности. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: дискоординированная родовая деятельность, стероидные гормоны.

Excretion of steroid hormones at dyscoordination patrimonial activity S.J. Tkachik

Results of the spent researches testify that authentically lower concentration of metabolites of progesterone at the spontaneous beginning of patrimonial activity are connected with physiological stay of synthesis of a progesterone before the beginning of sorts, instead of are etiological factor of development hypertensive uterine reductions., most likely, it is necessary to search for the reason of the given complication of sorts among the factors interfering maturing of cervix of uterus in the end of pregnancy. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: dyscoordination patrimonial activity, steroid hormones.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамченко В.В. Адренергические средства в акушерской практике / В.В. Абрамченко, О.В. Капленко. – СПб.: Петрополис, 2008. – 272 с.
2. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике / Э.К. Айламазян. – Н.Новгород: НГМА, 2007. – 282 с.
3. Вдовин С.В. Дискоординированные сокращения матки в конце беременности и в родах / С.В. Вдовин // Вестн. Рос. ассоц. акуш.-гин. – 2012. – № 4. – С. 76–79.
4. Газазян М.Г. Дискоординированная родовая деятельность как проявление «стресса ожидания» / М.Г. Газазян // Вестн. Рос. ассоц. акуш.-гин. – 2013. – № 4. – С. 78–82.

УДК 618.36-092:616-055.2-056.52

Морфологічні особливості фетоплацентарного комплексу у жінок з надлишковою масою тіла

С.Ю. Вдовиченко, Т.Д. Фахрутдінова

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

Досліджено морфологічні особливості фетоплацентарного комплексу у жінок з надлишковою масою тіла і метаболічним синдромом. Обстежено 130 породілей, 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.

Актуальність даної проблеми обумовлена тим, що надлишкова маса тіла і метаболічний синдром (МС) є серйозною медико-соціальною проблемою, що негативно впливає 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 факторами [2]. В економічно розвинених країнах надлишкова маса тіла зустрічається майже у половині дорослого населення і в 14–15% дітей та підлітків. Існують 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 з 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 репродуктивного 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 пацієнток і наявністю супутніх екстрагенітальних захворювань [5].

Одним з 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 змін у плаценті, особливо при наявності дистрофічних та компенсаторних процесів. Зниження компенсаторно-приспосувальних реакцій у плаценті суттєво впливає на адаптаційні можливості новонародженого у ранній неонатальний періоді [5].

Мета дослідження: вивчення морфологічних особливостей фетоплацентарного комплексу у вагітних з надлишковою 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 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 спостерігалися сумісно з лікарем-ендокринологом.

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

Морфологічне дослідження плаценти проводили безпосередньо після пологів і включали 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 уцілювали 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 параметри термінальних ворсин і судин одержували за допомогою вимірювальної лінійки, відкаліброваної на окулярні-мікрометри й об'єкт-мікрометри для кожного збільшення. Морфометрію здійснювали за загальноприйнятими методиками [1, 6].

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 сіриватим нальотом. Ділянки інфарктів білуватого кольору спостерігалися в 39 плацент-

тах 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 породіль 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 зникала в результаті різкого набряку строми (20,0% і 23,3%). На плодовій поверхні плаценти мали місце множинні ділянки потовщення оболонки у вигляді бляшок 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 породіль підгрупи В мали місце певні зміни, а саме:

- відносна незрілість плаценти, яка характеризувалась нерівномірним дозріванням котилодонів у вигляді варіанту гіповаскуляризованих ворсинок та затримкою структурно-функціональної спеціалізації синцитіотрофобласту – 23,3%;
- у більшості ворсинок відмічались фестончасті 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 мікрворсинок 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 породіль підгрупи С виявлялися ознаки відносно незрілості за типом дисоційованого розвитку котилодонів (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 вогницевим характером у межах окремих котилодонів. 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 недостатності. Патологічні зміни виражались в потовщенні і розволокненні базальних мембран із відкладанням між ними аморфної і фібриноїдної речовини. В деяких судинах середнього

калібру виявлені тромби з наступним відкладанням кальцію та ущільненням плацентарної тканини, відмічалась вогнищева відносна незрілість плаценти, яка характеризується 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 фібриноідними 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, ангиоматозом 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 стромы, а стромальний індекс становив $0,41 \pm 0,12$ од. (10,0%).

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що наявність надлишкової 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, ангиоматозу середніх і дрібних ворсинок, розширенням просвітів центрально розташованих капілярів і спрямовані, в основному, на зменшення епітеліально-капілярної дистанції. У 46,7% випадків виявлялися ознаки відносно 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 надлишковою масою 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.

Морфологические особенности фетоплацентарного комплекса у женщин с избыточной массой тела С.Ю. Вдовиченко, Т.Д. Фахрутдинова

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.

Morphological features of fetoplacental complex women with superfluous weight of a body S.Yu. Vdovychenko, T.D. Fahrutdinova

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 compensative-adaptive reactions.

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

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бенюк В.О. Гістоморфологічний стан плаценти при передчасних пологах / В.О. Бенюк, О.А. Диндар, О.М. Грабовий // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2010. – № 2. – С. 67–69.
2. Задонченко В.С. Метаболический синдром: терапевтические возможности и перспективы / Задонченко В.С., Адашева Т.В., Демичева О.Ю. // Consillium Medicum. – 2009. – № 7. – С. 725–33.
3. Кобалава Ж.Д. Метаболический синдром: принципы лечения / Ж.Д. Кобалава, В.В. Толкачева // Рус. мед. журн. – 2005. – № 13. – С. 451–458.
4. Колмыков В.Н. Гинекологическая эндокринология (обзорная информация) / В.Н. Колмыков. – М.: Медицина, 2009. – 56 с.
5. Макацария А.Д. Метаболический синдром и тромбофилия в акушерстве и гинекологии / А.Д. Макацария, Е.Б. Пшеничникова, Т.Б. Пшеничникова. – М.: ООО «МИА», 2006. – 480 с.
6. Милованов А.П. Основные подходы к морфологической оценке фетоплацентарного комплекса / А.П. Милованов // Весник морфологии. – 2009. – № 3. – С. 117–123.

Партнерські пологи при одното багатоплідній вагітності в умовах міського пологового будинку

Т.А. Шинкарук

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

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

Ключові слова: партнерські пологи, акушерські і перинатальні результати.

На даний час захист материнства – одна з головних задач держави, оскільки перехід до ринкової економіки і обумовлені ним соціально-економічні перетворення негативно вплинули на медико-соціальні аспекти сім'ї, материнства і дитинства. На фоні кризової демографічної ситуації спостерігається зростання безпліддя в шлюбі, низька народжуваність, зниження рівня загального і репродуктивного здоров'я підлітків, зростання соматичної патології у вагітних жінок, низький рівень нормальних пологів, високі показники материнської і перинатальної смертності, збільшення кількості хворих дітей [1–5].

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

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

Мета дослідження: вивчення актуальних аспектів партнерських пологів в умовах типового міського пологового будинку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

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

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

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

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

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

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

- частота патологічної крововтрати (від 600 до 999 мл) склала 119 випадків на 1795 пологів (6,6%), а розроджень з крововтратою понад 1000 мл взагалі не було;

- питома вага використання регіонарної анестезії склала 800 випадків на 1795 пологів (44,6%), що є досить низьким показником, особливо з урахуванням частоти операцій кесарева розтину (17,0%), які, практично, всі були проведені з використанням даного виду знеболення;

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

- частота передчасного розриву плодових оболонок була досить низькою – 84 випадки на 1795 пологів (4,6%);
- травматизм шийки матки був набагато нижчий в порівнянні з проміжною – 118 випадків на 1795 пологів (6,5%);
- відносна частота дистресу плода (одне з основних свідчень до абдомінального розродження) склала 187 спостережень на 1795 пологів (10,4%);
- неспроможність рубця на матці після попереднього кесарева розтину мала місце в 72 випадках на 1795 пологів (4,0%), причому спостережень розродження жінок з рубцем на матці через природні пологові шляхи ми не відзначали;
- частота аномалій пологової діяльності (2,5%), практично, не відрізнялася від рівня клінічно вузького тазу (2,5%), що вимагає додаткового аналізу;
- серед всіх 1795 партнерських пологів за останніх 4 роки було лише 7 випадків багатоплідної вагітності (0,4%) і 17 спостережень (0,9%) розродження після допоміжних репродуктивних технологій.

ВИСНОВКИ

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

Партнерские роды при одно- и многоплодной беременности в условиях городского родильного дома Т.А. Шинкарук

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

Ключевые слова: партнерские роды, акушерские и перинатальные исходы.

The partner labours with one- and multipara in the conditions of city maternity hospital T.A. Shunkaruk

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

Key words: partner childbirth, obstetrical and perinatal outcomes.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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

УДК 616.433 - 008.61 - 055.2 - 06

Особливості порушень менструальної функції у жінок з патологічним становленням пубертатного періоду

С.М. Бакшеєв

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

Результати проведених досліджень свідчать, що при аналізі лікувально-профілактичних заходів, проведених жінкам з патологічним становленням менструальної функції в пубертатному періоді, можна відзначити, що лікування пацієнток цієї складної групи необхідно планувати залежно від віку з урахуванням особливостей перебігу захворювання в період статевого дозрівання, типу ановуляції, який сформувався до початку репродуктивного періоду, а також результатів широкого спектру діагностичних досліджень. Подібний підхід дозволить максимально індивідуалізувати курс лікування і звести до мінімуму його побічні ефекти. Методика є простою, загальнодоступною і може знайти широке вживання в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: пубертатний період, менструальна функція, патологія.

Збереження здоров'я дівчаток пубертатного періоду є одним з підрозділів державної програми «Репродуктивне здоров'я». Серед широкого спектру досліджуваних наукових проблем даного напрямку особливе значення має вивчення менструальної функції в період формування репродуктивної системи майбутніх матерів.

У результаті дисфункції гіпоталамо-гіпофізарних структур в період статевого дозрівання розвивається патологічний пубертатний період (ППП), який зустрічається в 10–13% дівчаток в період становлення репродуктивної системи і частота якого за останні роки постійно зростає [1–6]. Це обумовлено цілим комплексом медико-соціальних проблем, які виникають у сучасних підлітків і негативно впливають на формування репродуктивної системи саме в пубертатний період [2, 5, 6].

Як свідчать дані сучасної літератури [1–6] за останні роки відбулася суттєва зміна клінічної картини порушень менструальної функції у бік збільшення менорагій і вторинної аменореї, а також жіночого безпліддя, що виникає на цьому фоні, лікування якого викликає серйозні труднощі, особливо в тих випадках, коли порушення менструальної функції є наслідком ППП. При цьому ефективність пропонованих лікувально-профілактичних заходів залишається недостатньо високою.

Усе наведене вище свідчить про необхідність подальшого вивчення даного питання для вироблення оптимального алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у жінок з порушеннями менструальної функції при патологічному становленні пубертатного періоду.

Мета дослідження: зниження частоти порушень менструальної функції у жінок з патологічним становленням пубертатного періоду на підставі вивчення основних ехографічних, ендокринологічних і морфологічних змін, а також розроблення алгоритму лікувально-діагностичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети і завдань було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 107 жінок репродуктивного віку, яких було розподілено на дві групи:

- контрольна (1) група – 30 пацієнток репродуктивного віку з фізіологічним становленням менструальної функції;

- основна (2) – 77 жінок репродуктивного віку з патологічним становленням менструальної функції, яких у свою чергу було розподілено на чотири підгрупи залежно від варіанту ППП:

підгрупа 2.1. – 38 пацієнток з гіпоталамічним синдромом пубертатного періоду (ГСПП);

підгрупа 2.2. – 13 жінок з ювенільними матковими кровоточами (ЮМК);

підгрупа 2.3. – 11 пацієнток із затримкою статевого розвитку (ЗСР);

підгрупа 2.4. – 15 жінок з олігоменореєю в пубертатному періоді.

Критерієм відбору були стійкі порушення менструальної функції в пубертаті. Виникнення поодиноких епізодів збільшення тривалості менструального циклу або однократна ЮМК, а особливо при самостійній нормалізації менструальної функції розглядалися нами як фізіологічні варіанти становлення менструального циклу, і таких пацієнток в дослідження не включали. Стійкі порушення менструальної функції в пубертаті, навіть при короткочасній нормалізації у відповідь на терапевтичні дії, мали тенденцію до відновлення і збереження до кінця періоду статевого дозрівання.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, рентгенологічні, функціональні, біохімічні і ендокринологічні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що порушення менструальної функції розвиваються на фоні ППП, в структурі яких частіше має місце гіпоталамічний синдром (49,4%), а також олігоменорея (19,4%); ЮМК (16,9%) і ЗСР (14,3%).

Патологічне становлення пубертатного періоду є причиною розвитку не лише порушень менструальної функції, але й різної гінекологічної захворюваності в 51,9% випадків, у тому числі доброякісної патології грудних залоз (15,6%); патологічних змін шийки матки (11,7%); передменструального синдрому (7,8%); хронічного сальпінгоофориту (7,8%); лейоміоми матки (3,9%); доброякісних утворень яєчників (3,9%) і гіперпластичних процесів ендометрія (2,6%).

Частота гінекологічної захворюваності залежить від характеру патологічних змін в пубертатному періоді і складає при гіпоталамічному синдромі 44,7%; при ЮМК – 69,2%; при ЗСР – 63,6% і при олігоменореї – 53,3%.

Дистормональні зміни у пацієнток з порушеннями менструальної функції залежать від характеру патології в пубертатному періоді:

- при гіпотатамічному синдромі характерне достовірне збільшення вмісту лютеїнізуючого гормону (ЛГ) ($p < 0,01$); вільних андрогенів в сечі ($p < 0,05$); вільного естрогену в сечі ($p < 0,01$); дегідроепіандростерону (ДГЕА) ($p < 0,05$) і кортизолу (К) в крові ($p < 0,01$) на фоні одночасного зниження ГСПП ($p < 0,05$);

- при ЮМК має місце достовірне збільшення рівня фолікулостимулюючого гормону (ФСГ) ($p < 0,05$); ЛГ ($p < 0,05$); пролактину (Прл) ($p < 0,05$); вільного естрогену в сечі ($p < 0,05$) і К в крові ($p < 0,05$);

- при ЗСР відмічено достовірне підвищення вільних андрогенів в сечі ($p < 0,05$) і К в крові ($p < 0,05$) при одночасному зниженні вмісту ФСГ ($p < 0,05$); ЛГ ($p < 0,05$); естрадіолу (Е2) в крові ($p < 0,01$); ПССГ ($p < 0,05$) і вільного естрогену в сечі ($p < 0,05$);

- при олігоменорей характерне достовірне збільшення ФСГ ($p < 0,05$); ЛГ ($p < 0,05$); тестостерону (Т) в крові ($p < 0,05$); сумарних і добових андрогенів в сечі ($p < 0,05$); вільного естрогену в сечі ($p < 0,05$); ДГЕА ($p < 0,05$) і К в крові ($p < 0,05$) при одночасному зниженні рівня ПССГ ($p < 0,05$).

Лікування жінок з ППП в репродуктивному віці повинно починатися з дії на гіпоталамо-гіпофізарну систему, особливо якщо в період статевого дозрівання не було адекватного лікування. Основний акцент в лікуванні жінок репродуктивного віку слід робити на відновленні функції яєчників за допомогою гормональної корекції, антигомотоксичної терапії, стимуляції овуляції консервативним шляхом, а при необхідності і оперативне ендоскопічне лікування.

Тактика ведення пацієнок з порушеннями менструальної функції на фоні ППП залежить від типу ановуляції:

- при гіпоестрогенній ановуляції найбільш прийнятним методом лікування є антигомотоксична і замісна гормонотерапія;

- при нормоестрогенній ановуляції слід використовувати оральні контрацептиви, гестагени в другу фазу менструального циклу із стимуляцією овуляції;

- при гіперестрогенній ановуляції необхідно добиватися корекції дисфункції яєчників за допомогою пролонгованих гестагенів або агоністів гонадотропінірлізінгормону залежно від стану ендометрія;

- при гіперандрогенії для регуляції функції яєчників можна використовувати оральні контрацептиви, гестагени в циклічному режимі залежно від стану ендометрія, при цьому консервативна стимуляція овуляції може проводитися як консервативним, так і оперативним шляхом – резекція яєчників.

Сумарна клінічна ефективність пропонованого алгоритму склала 63,3% і розрізняється залежно від типу гормональних порушень: при гіперандрогенії – 76,7%; при гіпоестрогенії – 60,0%; при гіперестрогенії – 43,3% і при нормоестрогенії – 36,7%.

Таким чином, отримані дані при аналізі лікувально-профілактичних заходів, проведених жінкам з патологічним становленням менструальної функції в пубертатному періоді, свідчать про те, що лікування пацієнок цієї складної групи повинно плануватися залежно від віку з урахуванням особливостей перебігу захворювання в період статевого дозрівання, типу ановуляції, який сформувався до початку репродуктивного періоду, а також результатів широкого спектру діагностичних досліджень. Подібний підхід дозволить максимально індивідуалізувати курс лікування і звести до мінімуму його побічні ефекти. Методика є простою, загальнодоступною і може знайти широке застосування в практичній охороні здоров'я.

Особенности нарушений менструальной функции у женщин с патологическим становлением пубертатного периода

С.Н. Бакшеев

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что при анализе лечебно-профилактических мероприятий, проведенных женщинам с патологическим становлением менструальной функции в пубертатном периоде, можно отметить, что лечение пациенток этой сложной группы должно планироваться в зависимости от возраста с учетом особенностей течения заболевания в период полового созревания, типа ановуляции, который сформировался до начала репродуктивного периода, а также результатов широкого спектра диагностических исследований. Подобный подход позволит максимально индивидуализировать курс лечения и свести к минимуму его побочные эффекты. Методика является простой, общедоступной и может найти широкое применение в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: пубертатный период, менструальная функция, патология.

Features of infringements menstrual functions at women with pathological formation pubertate period

S.N. Baksheev

Results spent researches testify, that at the analysis of the treatment-and-prophylactic actions, spent to women with pathological formation menstrual functions in pubertate period, it is possible to notice, that treatment of patients of this difficult group should to be planned depending on age taking into account features of a current of disease in the period of puberty, type anovulations which was generated prior to the beginning of the reproductive period, and also results of a wide spectrum of diagnostic researches. The similar approach will allow to individualise as much as possible course of treatment and to reduce to a minimum its by-effects. The technique is idle time, popular and wide application in practical public health services can find.

Key words: pubertate period, menstrual function, a pathology.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Алиева Н.А. Репродуктивное здоровье девушек-подростков с ожирением / Н.А. Алиева, С.-М.А. Омаров – Махачкала: «Типографии ДНЦ РАН», – 2012. – 108 с.
2. Богатырева Р.В. Репродуктивное здоровье и планирование семьи: социально-медицинские аспекты / Р.В. Богатырева, Т.К. Иркина // Репродуктивное здоровье: Руководство для врачей. – К.: ИЦ «Семья», 2012. – С. 5–8.
3. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков. / Е.А. Богданова. – М.: Медицинское информационное агентство, 2010. – 332 с.
4. Воронова И.Ю. Подростковая контрацепция / И.Ю. Воронова // Лечащий врач. – 2012. – № 4. – С. 58–60.
5. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков / Ю.А. Гуркин – СПб.: Фолиант, 2013. – 340 с.
6. Дедов И.И. Половое развитие детей: норма и патология / И.И. Дедов, Т.В. Семичева, В.А. Петеркова. – М. – 2012. – С. 50–66.

УДК 618.17-02:618.14-007.66

Вплив різних аномалій розвитку матки на клінічний перебіг вагітності

В.І. Бойко, Ю.С. Воліна-Стахорна

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Результати проведених досліджень свідчать, що пацієнтки з різними формами аномалій матки складають групу високого ризику щодо розвитку основних ускладнень вагітності. Найбільш загальними клінічними моментами для всіх пацієнток з аномаліями матки є висока частота вихідного безпліддя, невиношування вагітності, у тому числі звичного.

Отримані результати диктують необхідність подальшого вивчення даної проблеми, особливо в аспекті поліпшення перинатальних результатів розродження.

Ключові слова: аномалії розвитку матки, ускладнення вагітності.

Вроджені аномалії розвитку (ВАР) матки і піхви серед дівчаток з гінекологічною патологією складають до 6% і мають тенденцію до зростання [1–5]. Клінічні прояви ВАР матки і піхви залежать від форми аномалії і частіше характеризуються дисменореєю, первинною аменореєю, тазовим боєм [2, 3, 5]. При ВАР з порушенням відтоку менструальної крові в 80% зустрічається спайковий процес малого тазу і ендометріоз [1, 2].

Серед різних варіантів ВАР матки найчастіше зустрічаються дворога і сідловодна матка, проте наукові публікації, що стосуються особливості перебігу вагітності залежно від варіанту аномалій розвитку матки (АРМ) небагаточисельні і носять фрагментарний характер.

Мета наукового дослідження: аналіз особливості перебігу вагітності у пацієнток з різними варіантами ВАР матки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

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 АРМ (1 група).

На другому етапі дослідження проводилося диспансерне спостереження з ранніх термінів вагітності 40 жінок з АРМ, що склали основну групу, а також 30 пацієнток з нормальною анатомією внутрішніх статевих органів, що не мали обтяженого акушерського анамнезу, які склали контрольну групу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Розглядаючи особливості перебігу вагітності у жінок з АРМ залежно від типу пороку матки, всіх пацієнток було розподілено на 5 підгруп залежно від типу поро-

ку розвитку матки: підгрупа сідловодної матки 1.1. – 44 (29,3%) жінки; підгрупа дворогої матки 1.2. – 56 жінок (37,3%) (серед них злиття рогів матки у верхній третині в 14, в середній третині в 31, в нижній третині у 11 пацієнток); підгрупа подвоєння матки 1.3 – 18 (12,0%) жінок; підгрупа внутрішньоматкової перегородки 1.4. – 17 (11,3%) жінок (з них у 3 пацієнток повна, в 14 неповна перегородка матки) і підгрупа однорогої матки 1.5. – 15 жінок (10,0%), крім того, підгрупа дворогої матки 1.2 була розділена на 3, залежно від рівня злиття рогів матки: у верхній 1.2.1, середній – 1.2.2 і нижній третині – 1.2.3.

Питома вага загрози невиношування вагітності статистично значимо вище у всіх підгрупах у жінок з АРМ – 113 жінок (75,3%) в порівнянні з пацієнтками групи контролю – 12 жінок (40,0%). Найбільший рівень відмічений в підгрупах з дворогою маткою і внутрішньоматковою перегородкою ($p < 0,01$). При цьому загроза переривання вагітності, що супроводжується кров'яними виділеннями, що склало 57 пацієнток (38,0%) 1 групи у всіх підгрупах зустрічалася частіше, ніж у пацієнток контрольної групи – 6 жінок (20,0%), проте статистично значимих відмінностей між підгрупами і порівняно з групою контролю не виявлено ($p > 0,05$).

Частота істміко-цервікальної недостатності (ІЦН) в основній групі склала 12,6%, що статистично значимо вище в порівнянні з контрольною групою (3,3%; $p < 0,01$). В основному, це ускладнення мало місце в підгрупах з сідловодною маткою, внутрішньоматковою перегородкою і дворогою маткою.

Плацентарна дисфункція (ПД) у всіх підгрупах окрім підгрупи дворогої матки із злиттям рогів у верхній третині, була діагностована частіше (101 жінка – 67,1%), чим в групі контролю (14 пацієнток – 46,8%) проте статистично достовірні відмінності мали місце лише в підгрупах з внутрішньоматковою перегородкою і дворогою маткою із злиттям рогів в середній і нижній третині ($p < 0,05$). При цьому, питома вага ПД статистично значимо нижче в підгрупі дворогої матки із злиттям рогів у верхній третині в порівнянні з останніми підгрупами ($p < 0,05$). Крім того, цей показник був статистично вищий в підгрупі пацієнток з дворогої матки із злиттям рогів в нижній третині в порівнянні з підгрупами сідловодної матки і дворогої матки в цілому ($p < 0,05$).

Затримка розвитку плода (ЗРП) 1 ступеню була діагностована у 31 пацієнтки (20,7%), що статистично частіше в порівнянні з контрольною групою (3 пацієнтки – 9,9%), причому це, в основному, було в підгрупі жінок з дворогої матки із злиттям рогів в нижній третині. Крім того, статистичні відмінності в цій підгрупі мали місце в порівнянні з жінками з сідловодною, однорогою, дворогою маткою в цілому і при дворогій матці із злиттям рогів в середній третині.

Випадків ЗРП 2 і 3 ст. в групі контролю не відмічено, а в основній групі ЗРП 3 ст. діагностовано лише в двох випадках в підгрупі сідловодної матки, при цьому в одному випадку ЗРП сформувалося на фоні важкої прееклампсії, а в іншому – при обтяженому акушерському анамнезі (тривале безпліддя і звичне невиношування в анамнезі). У підгрупах жінок з внутрішньоматковою перегородкою, дворогою маткою із злиттям рогів у верхній і нижній третині ЗРП 2 і 3 ст. не діагностована. ЗРП 2 ст. була відмічена в підгрупі жінок з дворогою маткою із злиттям рогів в середній третині, а також в підгрупах сідловодної, однорогої матки і подвоєння матки. При цьому, якщо в підгрупах жінок з однорогою маткою і подвоєнням мат-

ки більшість пацієнток, в яких сформувалася ЗРП 2 ст. (10 випадків – 6,7%), були первовагітними і відставання темпів зростання плода переважно пов'язано з анатомічними особливостями матки, то в підгрупі жінок з сідловидною маткою і дворогою маткою із злиттям в середній третині формування ЗРП 2 ст. проходило на фоні важкої прееклампсії (в 4 з 6 жінок), у однієї пацієнтки – на фоні прееклампсії середньої ступеню тяжкості, а в іншій – при звичному невиношуванні в анамнезі.

Отже, в механізмі розвитку ЗРП в підгрупах сідловидної і дворогої матки провідну роль відігравали не наявність аномалії розвитку матки, а також і інші чинники (прееклампсія і обтяжений акушерський анамнез). Причому статистичні відмінності зустрічаються при порівнянні контрольною групою і підгрупи жінок з однорогою маткою ($p < 0,05$).

Сумарна частота набряків вагітних і прееклампсії склала в основній групі 66,1%, що статистично вище в порівнянні з групою контролю (40,0%; $p < 0,05$). Найбільш виражені статистичні відмінності мали місце в підгрупах жінок з сідловидною і дворогою маткою із злиттям рогів матки у верхній третині, тобто, в найбільш сприятливих з акушерської точки зору підгрупах. При цьому, в підгрупі жінок з дворогою маткою із злиттям рогів в середній третині найнижча питома вага пізніх гестозів (8,7%). На наш погляд це можна пояснити нижчою частотою у цих пацієнток і ПД. Найбільша питома вага прееклампсії важкого ступеню тяжкості (7,4%) була відмічена в підгрупі жінок з однорогою маткою в порівнянні з підгрупами з сідловидною і дворогою маткою із злиттям рогів в середній третині (2,1% і 1,6% відповідно). У підгрупах жінок з дворогою маткою із злиттям рогів у верхній і нижній третині, підгрупі з подвоєнням матки і внутрішньоматковою переродкою прееклампсії важкого ступеню взагалі не було відмічено.

Неправильне положення і передлежання плода в контрольній групі зустрічалося лише в 3,3% випадків, тоді як у всіх основних підгрупах питома вага була статистично вища, окрім підгруп жінок з дворогою маткою із злиттям рогів у верхній і нижній третині. Найбільша питома вага неправильного положення і передлежання плода реєструється в підгрупі однорої матки (60,0%). Характерно, що у всіх підгрупах, окрім підгрупи сідловидної матки, в структурі неправильного положення і передлежання плода домінують варіанти тазового передлежання. Найбільша питома вага косоного або поперечного положення плода (32,8%) діагностована в підгрупах жінок з сідловидною і дворогою маткою із злиттям рогів в середній третині, що статистично більше в порівнянні з групою контролю (3,3%; $p < 0,001$).

Отже, для кожного типу АРМ характерні свої особливості перебігу вагітності, що надалі і зумовлює перинатальні результати в кожній підгрупі.

ВИСНОВКИ

Таким чином, пацієнтки з різними формами аномалій матки складають групу високого ризику щодо розвитку основних ускладнень вагітності. Найбільш загальними клінічними моментами для всіх пацієнток з аномаліями матки є висока частота вихідного безпліддя, невиношування вагітності, у тому числі звичного. Отримані результати диктують необхідність подальшого вивчення даної проблеми, особливо в аспекті поліпшення перинатальних результатів розродження.

Влияние различных аномалий развития матки на клиническое течение беременности В.И. Бойко, Ю.С. Волина-Стагорная

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что пациентки с разными формами аномалий матки составляют группу высокого риска по развитию основных осложнений беременности. Наиболее общими клиническими моментами для всех пациенток с аномалиями матки являются высокая частота исходного бесплодия, невынашивание беременности, в том числе привычного. Полученные результаты диктуют необходимость дальнейшего изучения данной проблемы, особенно в аспекте улучшения перинатальных исходов родоразрешения.

Ключевые слова: аномалии развития матки, осложнения беременности.

Influence of various anomalies of development of uterus on clinical current of pregnancy V.I. Boyko, Yu.S. Volina-Stahorna

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

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

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.И. Оперативная гинекология детей и подростков / Л.И. Адамян, Е.Д. Богданова. – М: Элкром, 2009. – 208 с.
2. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков. / Е.А. Богданова. – М.: Медицинское информационное агентство. – 2010. – 332 с.
3. Коколина В.Ф. Гинекология детского возраста / В.Ф. Коколина. – М: Медпрактика. – М., 2009. – 267 с.
4. Мартыш Н.С. Клинико-эхографические особенности аномалий развития матки и влагалища / Н.С. Мартыш // Sono Ace International. – 2010. – № 6. – С. 60–71.
5. Милованов А.П. Патология системы мать-плацента-плод / А.П. Милованов. – М.: Медицина. – 2009. – 447 с.

УДК 618.14-0926612.627

Морфологічні аспекти поєднання гіперпластичних процесів ендометрія і аденоміозу

Д.М. Гаврюшов

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

Результати проведених досліджень свідчать, що обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез, що призводить до дисбалансу гормонального гомеостазу, хронічних запальних захворювань ендометрія, створюють передумови для проліферативних процесів в матці і яєчниках, розвитку аденоміозу, міоми матки, гіперплазії стромы яєчників, гіперплазії ендометрія від простої типової гіперплазії без атипії до складної атипової гіперплазії. Встановлені морфологічні особливості поєднаної патології необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: поєднана патологія матки, репродуктивний вік.

Останнім часом спостерігається закономірне ушкодження матки всіма типами гіперпластичних процесів – аденоміоз (Ад), лейоміома (Лм), гіперплазія ендометрія (ГЕ) – особливо у жінок репродуктивного віку з попередніми запальними захворюваннями органів малого тазу, що свідчить про деякі загальні закономірності розвитку цих патологічних процесів [1–6].

У багаточисельних дослідженнях гіперпластичні процеси в ендометрії були діагностовані у 16–90% хворих Ад, причому переважали залозиста гіперплазія у поєднанні з поліпами ендометрія (23,4–56,2%), а також залозисті поліпи ендометрія на фоні незміненої слизової оболонки тіла матки (12–25%); аденоматозна гіперплазія ендометрія, осередковий аденоматоз, аденоматозні поліпи були виявлені в 6,5–18,7%, аденокарцинома матки в 1,6–17,8% спостережень [3, 4].

Не дивлячись на сучасні методи обстеження при поєднаній патології вирішальне значення по кошишньому належить морфологічному дослідженню при поєднанні Ад і гіперпластичних процесів ендометрія (ГПЕ). Це дозволяє заздалегідь поставити діагноз і вирішити питання про доцільність додаткових методів дослідження і виробити адекватну тактику лікування.

Усе наведене вище свідчить про доцільність дослідження морфологічних особливостей при поєднанні Ад з патологічними процесами ендометрія.

Мета дослідження: вивчення морфологічних особливостей поєднання Ад з патологічними процесами ендометрія.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У справжнє дослідження були включені 153 хворі Ад у поєднанні з патологічними процесами ендометрія. Критерієм відбору з'явився встановлений клінічний діагноз Ад на підставі ретельного аналізу клініко-анамнестичних, інструментально-діагностичних і морфологічних даних. У випадках, коли після комплексного клініко-інструментального і гістологічного обстеження клінічний діагноз Ад викликав сумніви, даний факт був критерієм виключення. Факт поєднання Ад з Лм матки розмірами 15 і більше тижнів вагітності також був критерієм виключення.

На підставі результатів власного дослідження 153 пацієток з поєднаною патологією матки (Ад) і ендометрія було розподілено на групи:

- 1 група – «чистий» Ад (n=40);
- 2 група – Ад і рецидивуюча ГЕ (n=41);
- 3 група – Ад і гіперплазія атипії ендометрія (n=42);
- 4 група – Ад і рак ендометрія (n=30).

Середній вік пацієток склав 37,3±3,5 року і по групах достовірно не відрізнявся, тобто всі пацієтки були в репродуктивному віці.

Гіперменоррею або менорагію визначали як менструації із збільшеним об'ємом крові, що втрачалася (більше 80 мл). Кількість крові, що втрачається, визначали з використанням запропонованої піктограми для оцінки об'єму менструальної крововтрати. У наших дослідженнях рясні менструації спостерігалися в 95(62%) хворих. Поліменоррею визначали як маткову кровотечу, що регулярно виникає через проміжок часу <21 дня і тривалістю більше 7 днів. На тривалі менструації скаржилися 79 (51,6%) пацієток. Метроррагія – маткові кровотечі, що не пов'язані з менструальним циклом – зустрічалася у 87 (56,7%) хворих, мастять кров'яні виділення до і після менструації – у 95(62%) пацієток. Хворобливі менструації (дисменорея) мали місце у 59(38,6%) жінок.

Серед основних свідчень для госпіталізації – пацієток слід виділити: маткові кровотечі різної інтенсивності у 124 (81%) пацієток; підозріння на гіперпластичний процес ендометрія – 75 (49%); Ад у поєднанні із зростаючою Лм матки – 10 (6,5%); загострення хронічних запальних захворювань матки і придатків – 22 (14,6%); гіперплазія атипії ендометрія 42 (27,5%); підозріння на наявність пухлини і пухлиноподібного утворення яєчника – 10 (6,5%).

Комплексне морфологічне дослідження включало наступні методи: гістологічний і імуногістохімічний.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У більшості пацієток наголошувалися порушення менструального циклу, такі, як кров'яні виділення до і після менструації, рясні, тривалі менструації. Більш ніж третина хворих 1 групи – пацієтки з Ад у поєднанні з ендометритом скаржилися на рясні 14 (35%) і тривалі 12 (30%) менструації. Більше половини 12 (52,5%) страждали дисменореєю, і в 27 (67,5%) наголошувалися кров'яні виділення, що мастять, до і після менструації. Ці дані можуть говорити на користь «активного» Ад. Порушення менструального циклу в 2, 3, 4 групах, такі, як мено- і метроррагії, є симптомами супутньої ГЕ з атипією і без атипії і супутнього раку ендометрія. Метроррагії в постменопаузі спостерігалися у всіх хворих з аденокарциномою, що є патогномонічною ознакою даного захворювання.

Запальні захворювання матки і придатків досить часто зустрічалися у всіх хворих Ад. У 2 групі хронічний сальпінгоофорит спостерігався в 20 (48,8%) хворих, хронічний ендометрит – в 13 (31,7%). У 3 групі хронічний сальпінгоофорит і ендометрит зустрічався в 23 (54,8%) і 16 (38%) відповідно. У 4 групі наголошувалася також висока частота даних захворювань – 19 (63,3%) і 13 (43,3%) відповідно.

Лм матки раніше спостерігалася у всіх 5 групах. У 1 групі Лм матки супроводила Ад в більш ніж половині випадків (55,2%), тривалістю захворювання від 1 року до 5 років (в середньому 3 роки). Роздільне діагностичне вискоблювання (РДВ) з приводу кровотеч було виконано 10 (40,4%) хворим гормональне лікування гестагенами проведено 6 (15,3%) жінкам.

У 2 групі хворих з доброякісними гіперпластичними захворюваннями ендометрія Лм матки зустрічалася в 18 (43,9%) випадків, тривалість захворювання з моменту виявлення до вступу в стаціонар знаходилася в діапазоні від 1 року до 21 року, в середньому 11 років. Хворі даної групи піддалися лікувально-діагностичному вискоблюванню матки в 25 (60,9%) випадках. Гормональне лікування проводилося 10 (24%) пацієнтці (гестагени).

Більше половини хворих Ад у поєднанні з гіперплазією атипії ендометрія – 23 (54,8%) – страждали Лм матки тривалістю від 1 року до 5 років (в середньому 3 роки). РДВ раніше було виконано 27 (64,3%) хворим. Кісти яєчників за даними анамнезу діагностували у 12 (28,6%) випадків.

У хворих раком ендометрія Лм матки спостерігали більш ніж в третині, утворення яєчників раніше виявлялися в 11 (36,7%) хворих. РДВ виконано у 26 (86,7%) пацієнток.

Після проведення бімануального ректовагінального і УЗД нами були визначені розміри матки. У більшості хворих 59 (38,6%) розміри матки не перевищували 6–8 тиж терміну вагітності. У 1 групі переважали розміри матки 9–11 тиж. – в 11 (27,5%) хворих, в 2 групі – 6–8 тиж – в 21 (51,2%), в 3 групі – 12–15 тиж – 19 (45,3%), в 4 групі – в 14 (46,7%) розміри матки не перевищували 6–8 тиж терміну вагітності.

Найбільш достовірним методом діагностики Ад є комплексне морфологічне дослідження. Були вивчені видалені матки і придатки від 153 прооперованих хворих і зскрібки ендометрія після роздільного лікувально-діагностичного вискоблювання матки.

При макроскопічному дослідженні 153 макропрепаратів мало місце збільшення розмірів матки від 6 до 15 тиж вагітності. Матка була кулеподібної форми з рівною або горбистою поверхнею, збільшення розмірів в основному обумовлене вузлами Лм. Консистенція матки в більшості випадків була нерівномірно щільною. Потовщення задньої стінки при Ад наголошувалося в 68,2% випадків, передньої стінки – 32,3%, області дна – 28,4%.

Ураховуючи, що при нормі місце стику ендометрія з міометрієм нерівне, в наших дослідженнях для гістологічної верифікації Ад I ступеня ми орієнтувалися на глибину інвазії ендометрія в міометрій 2,5–3 мм і більш, а для II ступеню Ад – більше 5 мм до середини міометрія, III ст. – ушкодження Ад усього м'язового шару до серозної оболонки.

Дифузний Ад зустрічався у 91,5% жінок, причому Ад 2 ст. – у 66,2% хворих і 3 ст. – у 22,2% пацієнток. У 1 групі 2 ступінь Ад зустрічався у 85,1% хворих, 3 ст. – у 15,0%. У 2 групі Ад 2 ст. спостерігався у 78,2%, 3 ст. – в 22,1%. У 3 групі Ад 2 ст. – у 64,3%, і 3 ст. – у 26,2%. У 4 групі Ад 2 ст. виявлений в 30,2%, а Ад 3 ст. – у 40,1% хворих.

Тканина при Ад на розрізі має вигляд ділянок ущільнення неоднорідної будови, без капсули і чітких кордонів, інфільтрати, що є, вузли і дрібнокістозні утворення. Незрідка в товщі міометрія виявлялися дрібні округлі порожнини в діаметрі від 0,2 до 1,3 см з геморагічним вмістом.

При гістологічному дослідженні ділянок міометрія, ураженого ендометріозом, встановлено, що вогнища Ад були представлені залозистим і стромальним компонентами. Залозисті структури мали різну форму і величину, вистлани циліндровим епітелієм. Залози в ендометріальних гетеротипіях розташовувалися одиночно хаотичним чином і (або) у вигляді скупчень. Епітелій одношаровий, циліндровий, оточений густою круглоклітинною строю.

Строма мала цитогенний характер і складалася з фібробластоподібних клітин з низьким вмістом колагенових волокон. У стромі міометрія спостерігалися також вогнища скупчення лімфоцитів, базофілів, макрофагів, причому наголошувалося різне число лімфоцитів, гістіоцитів. Характерною була наявність безлічі судин синусоїдального типу. Мало місце значне переважання стромального незрілого компонента над залозистим у всіх хворих, особливо у пацієнток з гіперплазією атипії.

Довкола вогнищ Ад виявлялися характерні зміни міометрія: гіперплазія і гіпертрофія міоцитів, формування периваскулярних зон зростання, як при Лм.

Міома матки поєднувалася з Ад у всіх групах, в 60,8% випадках. В основному зустрічалася інтерстиціальна міома матки. Субмукозна міома матки зустрічалася лише в 1 і 2 групах в 7,5% і 2,4% відповідно.

Для встановлення гістологічного типу Лм ми використовували класифікацію ВООЗ 2009 р., де виділяється класична Лм, яка у вітчизняній літературі часто позначається як проста або звичайна Лм, і її гістологічні варіанти (клітинна, мітотично активна, епітеліодна, міксоїдна, Лм атипії, ліполейоміома і так далі). У нашому дослідженні зустрічалися проста, клітинна і мітотично активна лейоміоми матки.

Лм були представлені як поодинокими, так і первинно-множинними пухлинами. Поодинокі вузли міоми виявлені у 32,1% жінок, множинні – у 67,9%. Вузли мали діаметр від 1 до 15 см (до 15 тиж), біло-рожевого кольору, шаруватого виду. Переважали вузли міжм'язової і субмукозної локалізації. У 10 (6,5%) жінок визначали вогнища вторинних змін: ділянки некрозу і гіалінозу, які, як правило, локалізувалися в субсерозних вузлах.

У 17,6% спостереженнях Ад поєднувався з простою Лм матки, представленої вузлами з щільної білястої волокнистої тканини з чіткими кордонами і частіше у вигляді поодиноких вузлів. Мікроскопічно проста Лм складалася з коротких пучків гладком'язових клітин, що переплітаються, з вираженими прошарками зрілої сполучної тканини, що містить велику кількість колагенових волокон. Від довколишнього міометрія вузли відокремлені псевдокапсулою, представленою прилеглим шаром підлягаючого зберіганню міометрія. Клітинні міоми макроскопічно виглядають у вигляді вузлів з щільної білуватої волокнисто-вузлуватої тканини з чіткими кордонами і частіше у вигляді множинних вузлів. При мікроскопічному дослідженні клітинні міоми представлені щільно розташованими пучками гіпертрофованих лейоміоцитів, що погано контурують, великих в порівнянні з клітками міометрія розмірів, округлої форми з великими гіперхромними ядрами витягнутої форми. Від довколишнього міометрія клітинні Лм відмежовані добре вираженою псевдокапсулою. Ознаки

атипізму клітин і фігури митозів відсутні. Значущою особливістю клітинних лейоміом є велика щільність клітин пухлини, що, ймовірно, свідчить про їх накопичення і подовження життя. Часто найбільш клітинні ділянки виявляються довкола судин у вигляді периваскулярних муфт.

В 19,1% хворих Ад поєднувався з мітотично активною міомою матки. Мітотично активна Лм матки макроскопічно представлена вузлами з щільною білуватою волокнисто-вузлуватою тканиною з чіткими кордонами і частіше у вигляді множинних вузлів. Мітотично активні Лм характеризуються наявністю гіпертрофованих лейоцитів і незрілої судинної строми. На відміну від простої і клітинної лейоміоми зустрічаються фігури мітозу від 5 до 10 в 10 полях зору при великому збільшенні (×400).

Отже, Ад у поєднанні з хронічним ендометритом характеризувався наявністю в більшості випадків мітотично активної міоми матки з центрипетальним зростанням і субмукозним розташуванням вузлів, що визначило клінічну картину захворювання і тактику лікування.

Досліджуючи стан ендометрія матки, в справжньому дослідженні ми дотримувалися класифікації ГПЕ, згідно якої виділяються наступні типи ГПЕ: проста гіперплазія без атипії; складна гіперплазія без атипії (аденоматоз без атипії); залозисті поліпи ендометрія; проста гіперплазія атипії; складна гіперплазія атипії (аденоматоз з атипією). Виділення простої і комплексної гіперплазії засновано на ступеню зміни архітектоники тканин – зміни співвідношення епітеліального і стромального компонентів.

У цілому поліпи зустрічалися в 6,5% випадках у хворих 2 групи. Поліпи ендометрія в 91,1% спостережень виявилися поодинокими, у 8,9% – множинними. Основна локалізація була в області дна (52,2%), трубних кутів порожнини матки (15,1%) і по задній стінці матки (33,3%). Поверхня поліпів гладка, рожевого кольору. На розрізі поліп має губчастий вид. Поліпи склалися з проліферуючих залоз базального типу, строма була представлена фіброзними і м'язовими елементами. Залози в поліпі розташовувалися нерівномірно, безладно, різної величини і форми, одні залози вузькі, інші – розширені, інколи деревовидної форми.

У 19,6% випадків діагностована проста типова залозиста гіперплазія ендометрія, без клітинної і ядерної атипії. При вискоблованні слизової оболонки порожнини матки отримували рожеву тканину, а у випадку з крововиливами – невеликий зскрібок строкатого вигляду. При дослідженні ендометрія видаленої матки макроскопічно (у випадках діагностування простої типової залозистої гіперплазії), визначалася потовщена слизова оболонка, завтовшки до 12–20 мм, частіше з гладкою, рівною, рідше з нерівною поверхнею. При гістологічному дослідженні відзначали збільшення кількості як залозистих, так і стромальних клітин з реестрацією в них фігур мітозу, що свідчить про активну проліферацію, але мало місце значне переважання стромального компонента над залозистим у всіх хворих. У хворих з гіперплазією атипії ендометрія строма незріла, залози округлі і різні по величині, вистилають високим призматичним епітелієм з багаторядний розташованими ядрами. Ядра овальні або декілька витягнуті, колбасоподібні, багаті хроматином, цитоплазма базофільна.

У репродуктивному віці проста типова залозиста GE спостерігалася у 13,1% пацієнок, в перименопаузальному періоді проста гіперплазія – в 6,5%. Складна типова залозиста GE – в 26,8% спостережень і характеризувалася наявністю тісно розташо-

ваних залоз з підвищеною структурною складністю. У перименопаузальному віці складна типова гіперплазія спостерігалася у 5,2% жінок, в постменопаузальному періоді у 2,1% пацієнок. При складній типовій гіперплазії наголошується більш виражена багаторядність епітелію, чим при простій гіперплазії. Ядра однорідні по розмірах і формі, кількість митозів варіює. Із-за переважання залозистого компонента стромальні клітини здавлені і набувають веретеноподібної форми.

У наших дослідженнях для визначення атипової гіперплазії ми дотримувалися наступних критеріїв:

- 1) втрата полярності розташування ядер;
- 2) незвичайна форма ядер (частіше округла форма);
- 3) поліморфність ядер;
- 4) порізана ядерна мембрана;
- 5) щільний хроматин.

У власних спостереженнях в 21,6% випадків зустрічалася проста атипова гіперплазія, яка схожа по будові з простою типовою гіперплазією ендометрія. Залози при простій атиповій гіперплазії мають округлу або овальну форму, але розташовані тісно з незначними прошарками цитогенної строми між залозами. Частина залоз має неправильну форму, проте вони зустрічаються рідко. Але основною ознакою була наявність клітинної і ядерної атипії. У наших спостереженнях проста атипова гіперплазія зустрічалася в 10,4% в репродуктивному і в 11,1% – в перименопаузальному віці.

Складна атипова залозиста GE в перименопаузальному віці спостерігалася в 2,6% і в постменопаузальному – в 3,3% випадків. Макроскопічно при дослідженні зскрібок часто виникали значні труднощі при диференціюванні від аденокарциноми ендометрія. Складна атипова гіперплазія ендометрія відрізнялася вираженою проліферацією епітеліального компонента у поєднанні з явищами атипії на тканинному і клітинному рівнях, але без інвазії базальної мембрани залозистих структур. Для епітеліального компонента характерне дуже тісне розташування залоз з вузькими прошарками строми між ними. Наголошувалося переважання залозистого компонента над стромальним. Епітелій, що вистилає залози, складається з більших, на відміну від типової гіперплазії, клітин. Цитоплазма досить розвинена, ядра поліморфні, як з гіперхромним, так і гіпохромним забарвленням. Блідіше забарвлення ядер наголошувалося при більш виражених ступенях атипії. Також наголошувалося порушення полярності розташування ядер, що зростає у міру вираженості атипії.

Кісти і кістими яєчників відмічені у 47,7% жінок, серед яких кістозноатрезовані фолікули зустрічалися в найбільшому відсотку – у 21,6% випадків. Функціональні кісти відмічені в 9,8% випадків у жінок репродуктивного віку. У 2 групі найчастіше визначалися кісти і кістими яєчників, в структурі яких переважали функціональні кісти – у 24,4% і кістозноатрезовані фолікули – у 22,1%. Ендометрійодні кісти виявлені лише в 1 групі – в 7,5% хворих. Високий відсоток запальних захворювань яєчників – хронічний оофорит відмічений в 68,6% хворих. Хронічний неспецифічний запальний процес був представлений у вигляді лимфо-плазмозитичної, з домішкою макрофагів і нейтрофільних лейкоцитів, інфільтрацією. У 1 групі хронічний оофорит зустрічався найчастіше – у 92,5% випадків, у кожній п'ятій жінки була виявлена серозна кіста

яєчника – у 20,1%. У 3 групі більш ніж в половині жінок спостерігався хронічний оофорит (57,1%), і кистозноатрезированні фолікули (38,2%). У 4 групі також високий відсоток хронічного оофориту (63,3%).

Запальні зміни маткових труб виявлялися в 48,4% випадків, переважно в 1 групі (90,2%). Макроскопічно труби відрізнялися укороченням або подовженням розміру, утворенням вигинів, потовщенням і ущільненням їх стінок. Серозна оболонка видалених труб мала білясте забарвлення з наявністю поодиноких або множинних дрібно-кістозних утворень, з гладкою внутрішньою поверхнею і прозорою жовтуватою рідиною. При мікроскопічному дослідженні в маткових трубах найчастіше (85,3%) виявлявся гіперпластичний тип будови слизової оболонки, який характеризувався збільшенням висоти епітеліального пласта, зростанням питомої щільності клітин, гальмуванням дозрівання безреснитчатих клітин.

У пре- і постменопаузальних періодах в маткових трубах були вікові зміни: епітелій ендосальпінкса типу, що покоїться, у поєднанні з атрофічними процесами, із сплюсненням в'їчатих клітин, значне зменшення числа безреснитчатих клітин, а також відмічені виражені склеротичні зміни.

Захворювання шийки матки, такі, як хронічний ендocerвіцит (72,1%) і ектопія шийки матки (68,2%), зустрічалися більш ніж в половині пацієнток всіх груп. Комплексна оцінка стану шийки матки у хворих Ад здійснювалася на підставі наступних досліджень: морфологічного дослідження видалених маток; морфологічного дослідження зскрібка цервікального каналу; узяття мазків з екто- і ендocerвіксу; розширеної кольпоскопії і біопсії шийки матки. У 72,5% випадків були виявлені запальні зміни (ендоцервіцити), що виявлялися неспецифічною запальною інфільтрацією з лімфоїдних, плазматичних клітин і лейкоцитів. Ектопія шийки матки виявлена у 68,2% жінок. CIN 1–2 виявлені в 9,8% хворих, виявлені у всіх групах, в найбільшому відсотку в 4 групі – у 13,3% пацієнток. CIN 3 виявлена в 2, 3 групах (по 1 злучаю), і в 4 групі у 2 жінок (6,7%). Лейкоплакия виявлена в 17,2% хворих, в найбільшому відсотку випадків в 4 групі – в 23,3%. Ендометріоз шийки матки виявлений в 6,5% хворих, фіброзний поліп цервікального каналу виявлений у 14,4% пацієнток.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез, що призводить до дисбалансу гормонального гомеостазу, хронічних запальних захворювань ендометрія, створюють передумови для проліферативних процесів в матці і яєчниках, розвитку Ад, міоми матки, гіперплазії стромы яєчників, гіперплазії ендометрія від простої типової гіперплазії без атипії до складної атипової гіперплазії. Встановлені морфологічні особливості поєднаної патології необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Морфологические аспекты сочетания гиперпластических процессов эндометрия и аденомиоза

Д.Н. Гаврюшов

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, приводящий к дисбалансу гормонального гомеостазу, хро-

ническим воспалительным заболеваниями эндометрия, создают предпосылки для пролиферативных процессов в матке и яичниках, развитию Ад, миомы матки, гиперплазии стромы яичников, гиперплазии эндометрия от простой типичной гиперплазии без атипии до сложной атипичной гиперплазии. Установленные морфологические особенности сочетанной патологии необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: сочетанная патология матки, репродуктивный возраст.

Morphological aspects of combination of hyperplastic processes endometrium and adenomyose

D.N. Gavryushov

Results of the spent researches testify that the burdened obstetrical-gynecologic anamnesis leading to a disbalance of a hormonal homeostasis, to chronic inflammatory diseases эндометрия, preconditions for proliferative processes in a uterus and ovariums, to development adenomyose create, uterus myomas, hyperplasia of stroma ovariums, hyperplasia of endometrium from idle time typical hyperplasia without atypia to difficult atypical hyperplasia. The established morphological features combination are necessary for considering pathologies by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: combination uterus pathology, reproductive age.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В. Генитальный эндометриоз: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение / Л.В. Адамян, Е.Н. Андреева // Методическое пособие для врачей. – М., 2011. – 32 с.
2. Аничков Н.М. Сочетание аденомиозу и лейомиомы матки / Н.М. Аничков, В.А. Печеникова // Архив патологии. – 2005. – Т. 67, № 3. – С. 31–34.
3. Ашрафян Л.А. Опухоли репродуктивных органов (этиология и патогенез) / Л.А. Ашрафян, В.И. Киселев. – М.: Димитрейд График Групп, 2007. – 216 с.
4. Баскаков В.П. Эндометриозная болезнь. / В.П. Баскаков, Ю.В. Цвелев, Е.Ф. Кира СПб.: ООО «Издательство Н-Л». – 2012. – 452 с.
5. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии / Я.В. Бохман. – М.: Медицина, 2009. – 463 с.
6. Виляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии / Е.М. Виляева, Б.И. Железнов, В.Н. Запорожан. – М.: Медицинское информационное агентство. – 2008. – 768 с.

УДК 618.14-089:617.55

Тактика комбінованого хірургічного лікування поєднаної патології матки

М.Л. Куземенська, С.Є. Гладенко

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Результати проведених досліджень свідчать, що використання абдомінального хірургічного лікування поєднаної патології матки не втрачає своїй актуальності у зв'язку з пізньою діагностикою міоми матки та її великими розмірами. Порівняльний аналіз ранніх і пізніх ускладнень вказує на наявні резерви в зниженні їх частоти у жінок старше 50 років. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні тактики оперативного лікування поєднаної патології матки.

Ключові слова: поєднана патологія матки, хірургічне лікування.

Основні тенденції розвитку сучасної гінекології характеризуються стрімким впровадженням в практику методів хірургічного лікування із застосуванням малоінвазивних технологій. Використання нових прогресивних технологій в медицині змінило погляди на загальноприйнятту тактику ведення пацієнток з хірургічною патологією. При поєднаній патології матки на сьогоднішній день застосовують різні доступи оперативного лікування. Проте залишаються до цих пір не вивченими критерії відбору, свідчення, протипоказання, доцільність, можливі очікувані ускладнення і віддалені результати при призначенні того або іншого оперативного доступу при поєднаній патології матки [1–4].

Ураховуючи високий сучасний рівень клінічного обстеження при підготовці до оперативного лікування гінекологічних хворих, найчастіше виявляються декілька захворювань матки, що вимагають хірургічної корекції. Свідченням до оперативного лікування є наявність міоми матки в комбінації з аденоміозом, поєднання міоми з нетриманням сечі і генітальним пролапсом [1–4].

На сьогоднішній день пропонуються і впроваджуються різні методики оперативного доступу, використовуються нові синтетичні матеріали як трансплантати, знімаються обмеження для вживання малоінвазивних методик, місце традиційного абдомінального доступу займає лапароскопічний і вагінальний. Традиційні хірургічні технології в оперативній гінекології, пануючі десятиліттями, витісняють нові, що викликає дискусію серед тих лікарів, які достатньо довго оперують традиційними методами. Крім того, з урахуванням різноманіття можливих хірургічних доступів не визначені свідчення, протипоказання і чіткі критерії вибору оперативного доступу при необхідності хірургічного лікування доброякісних новоутворень матки. Це призводить до поляризації думок фахівців про доцільність вживання малоінвазивних технологій при великих розмірах міоми матки, наявності спайкового процесу органів черевної порожнини і малого тазу [1–4].

Не всі наукові завдання даного напрямку на сьогоднішній день повністю вирішені. Одним з таких питань є тактика комбінованого хірургічного лікування поєднаної патології матки.

Мета дослідження: вивчити особливості комбінованого хірургічного лікування поєднаної патології матки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження були включені 359 жінок з поєднаною патологією матки, яким були проведені різні варіанти оперативного лікування. В основну групу включені 125 жінок з наявністю поєднаної патології матки, з приводу чого було проведено абдомінальне хірургічне лікування (34,8%). Діагноз встановили за клінічними і анамнестичними даними, результатами ультразвукового дослідження, в подальшому підтверджували гістологічним дослідженням післяопераційного матеріалу.

У дослідженні *критеріями включення* з'явилися:

1. Вік від 35 до 70 років.
2. Розміри матки від 5 до 20 тиж вагітності.
3. Стресове нетримання сечі 2–3 типу.
4. Пролапс статевих органів будь-якого ступеня тяжкості.

Критерії виключення з дослідження:

1. Вік менше 35 років і старше 70 років.
2. Міома матки більше 20 тиж (в цьому випадку питання про вибір хірургічної тактики вирішувалося на користь абдомінального череворозтину в будь-якій віковій категорії пацієнток, що пов'язане з тривалістю оперативного втручання малоінвазивними доступами).
3. Важка супутня соматична патологія:
 - цукровий діабет у стадії декомпенсації;
 - гіпертонічна хвороба, ускладнена серцевою недостатністю з високим операційним ризиком;
 - ниркова недостатність;
 - системні захворювання у стадії декомпенсації.
4. Наявність нетримання сечі при нарузі 1 типу.

Хворих основної групи було розподілено на три підгрупи залежно від виду поєднаної патології матки.

Слід зазначити, що середній вік пацієнток в першій підгрупі (60 пацієнток з поєднанням міоми і аденоміозу) склав $53,3 \pm 7,1$ року.

Другу підгрупу склали 24 хворих з поєднаною патологією матки і симптомами нетримання сечі (СНМ), яким проводилася пластика стінок піхви власними тканинами (13 пацієнток з нетриманням сечі 2 типу і 11 пацієнток з нетриманням сечі 3 типу з формуванням цистоцеле). Більшість пацієнток в першій підгрупі 2 групи були у віці старше 50 років, а їх середній вік склав $57,2 \pm 12,3$ року.

Третю підгрупу склали 41 пацієнтка, яким були виконані традиційні операції трансабдомінальним доступом. У цій підгрупі виконувалися операції з ви-

Середні розміри пухлини матки (M±m)

| Обстежені групи | Трансабдоминальний доступ | |
|--|---------------------------|----------------|
| | До 50 років | Понад 50 років |
| Міома матки у поєднанні з аденоміозом | 10,6±5,4 тиж | 13,2±4,2 тиж |
| Міома матки у поєднанні з СНМ | 9,0±2,4 тиж | 12,2±3,2 тиж |
| Міома матки у поєднанні з пролапсом статевих органів | 9,0±2,3 тиж | 10,0±3,3 тиж |

даленням органу, при поєднанні пролапсу з міомою або аденоміозом з фіксацією кукси піхви або шийки матки по Кохеру. Також використовувалася методика фіксації апоневротичним клаптом. При збереженні органу переважно виконувалися операції з фіксацією органу апоневротичним клаптом. Всі операції завершувалися передньою і задньою кольпоррафією. Середній вік цих жінок склав 46,5±4,1 року.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що трансабдоминальний доступ при поєднанні міоми і аденоміозу використовували у 33,7% пацієнток, за наявності симптому нетримання сечі при напруженні – в 40,7% (у поєднанні з алопластикою); при генітальному пролапсі і поєднаній патології матки – в 35,7% жінок. Розміри органу, що видалається, в більшості випадків були головним чинником при виборі оперативного доступу. У таблиці приведені середні розміри матки, що визначають критерії вибору трансабдоминального втручання

Віковий критерій за приведеними даними також був важливим моментом при виборі оперативного доступу. 40,6% пацієнток мали вік до 50 років, а 59,4% – старше 50 років.

Критеріями вибору хірургічного доступу були розмір пухлини, необхідність проведення ревізії черевної порожнини, перенесені раніше операції, особливо з наявним в анамнезі ускладненим перитонітом, тривалість перебігу захворювання; так само наявність екстрених свідчень для лапаротомії при кровотечі і вираженій анемізації пацієнтки. В разі наявності пролапсу вибір доступу визначали свідченнями необхідності видалення органу або бажання пацієнтки зберегти репродуктивний потенціал.

При поєднаній патології матки (наявність аденоміозу і міоми) свідченнями до оперативного лікування слугували:

- великі розміри пухлини, тобто понад 14 тиж. Пухлини таких розмірів не схильні до регресу і не піддаються консервативній терапії;
- швидке зростання пухлини з появою скарг на біль, дисменорею, диспареунію;
- ясні тривалі ациклічні кровотечі, що призводять до анемізації;
- наявність ознак деструкції в тканині вузла з появою больового синдрому, запальними змінами;
- перекут субсерозного вузла;

- наявність підслизового вузла великих розмірів з частковим інтерстиціальним розташуванням вузла, не доступного для гістерорезекції, особливо за наявності множинної міоми або поєднання з аденоміозом.

- шийчне розташування крупного вузла, із збільшенням загального розміру матки.

Використовували загальноприйняті етапи проведення оперативного трансабдоминального втручання. При виборі об'єму операції на матці керувалися станом шийки матки. За наявності ектопії, ознак ендометріозу шийки матки або дисплазії в цитологічній картині виконувалася тотальна гістеректомія. Субтотальну гістеректомію виконували при незмінній шийці матки, наполегливому бажанні жінки зберегти вагінальну частину шийки матки. Також при збереженні шийки матки керувалися підходом про краще збереження архітекtonіки тазового дна при неушкоджених кардинальних і крижово-маткових зв'язках.

Аналіз ускладнень при виборі череворозтину як оперативний доступ у пацієнток 1 підгрупи при поєднанні міоми матки і аденоміозу показав збільшення кількості ускладнень при подовженні часу операції; у пацієнток старшої вікової групи і при збільшенні об'єму органу, що видалається.

Ранні післяопераційні ускладнення (в т.ч. і інтраопераційні) склали 3 випадки на 60 (5,0%). Включали 2 випадки (3,3%) розбіжності швів на передній черевній стінці і 1 випадок (1,7%) поранення сечового міхура з інтраопераційним його ушиванням.

Пізні післяопераційні ускладнення включили 5 випадків (8,3%). У пізній післяопераційний період у 3 жінок (5,0%) сформувався стійкий больовий синдром, пов'язаний з проведеною операцією і формуванням спайкового процесу. У 2 випадках (3,3%) пацієнтки пред'являли скарги на диспареунію.

Загальна кількість ускладнень (ранніх і пізніх) у пацієнток 1 підгрупи з використанням трансабдоминального доступу при поєднанні міоми матки і аденоміозу склала 13,3%.

У 2 підгрупі переважаючий відсоток пацієнток (83,2%) мали невеликий об'єм видаленої матки (до 14 тиж); 45,8% пацієнток окрім симптомів нетримання сечі мали ознаки цистоцеле, при цьому 89,5% з них відносилися до вікової категорії старше 50 років.

У цій підгрупі пацієнток використовувався трансабдоминальний доступ при необхідності видалення органу. Симптоми нетримання сечі при нарузі корегувалися методикою з використанням фасціального клаптя і формуванням дублікатури передміхурної фасції при передній кольпоррафії. У пацієнток з наявністю цистоцеле накладався кисетний шов на передміхурну фасцію із зануренням цистоцеле, далі виконувалася традиційна пластика передньої стінки піхви.

Ранні післяопераційні ускладнення склали 2 (8,3%) випадки. В 1 (4,2%) випадку при трансабдоминальному втручанні виникло ускладнення з боку операційної рани з розбіжністю країв операційної рани, в 1 (4,2%) випадку під час операції пошкоджений сечовий міхур, рана ушита інтраопераційно, пацієнтка виписана додому на 10-у добу.

У пізні післяопераційні ускладнення ми включили всі виниклі рецидиви при спостереженні за пацієнтками від 1 року і більш, при цьому виявляється висо-

кий відсоток ускладнень. Пізні післяопераційні ускладнення виявлені в 4 випадках, що склало 16,7%. При їх аналізі 2 випадках (8,3%) пацієнтки мали рецидив захворювання, у 2 пацієнток (8,3%), спостерігалися симптоми диспареунії і формування стійкого больового синдрому. Загальна кількість ранніх і пізніх післяопераційних ускладнень при вживанні трансабдомінального доступу із застосуванням пластики з використанням аутотканин склав 25,0%.

У третій підгрупі виконувалися операції з видаленням органу в 18 (43,9%) випадках при поєднанні пролапсу з міомою або аденоміозом з фіксацією кукси піхви або шийки матки. При збереженні органу переважно виконувалися операції з фіксацією органу апоневротичним клаптом, така операція була виконана в 23 (56,1%) випадках. Всі операції завершувалися пластикою - передньою і задньою кольпоррафією. Більшість пацієнток в третій підгрупі були у віці від 35 до 50 років, а їх середній вік склав $46,1 \pm 3,4$ року.

Ранні післяопераційні ускладнення у пацієнток 3 підгрупи з використанням трансабдомінального доступу склали 3 (7,3%) випадки. Пізні післяопераційні ускладнення включали 4 (9,8%) випадки. У 2 (5,9%) випадках мав місце рецидив захворювання, і в 2 (5,9%) спостерігалися симптоми диспареунії і формування стійкого больового синдрому. Загальна кількість ранніх і пізніх післяопераційних ускладнень при вживанні трансабдомінального доступу при пролапсі склала 7 (17,1%) випадків. Таким чином, у кожної шостої пацієнтки було те або інше незадоволення результатами проведеної операції.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що використання абдомінального хірургічного лікування поєднаної патології матки не втрачає своєї актуальності у зв'язку з пізньою діагностикою міоми матки і її великими розмірами. Порівняльний аналіз ранніх і пізніх ускладнень вказує на наявні резерви в зниженні їх частоти особливості у жінок старше 50 років. Отримані результати необхідно враховувати при розробці тактики оперативного лікування поєднаної патології матки.

Тактика комбинированного хирургического лечение сочетанной патологии матки М.Л. Кузменская, С.Е. Гладенко

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что использование абдоминального хирургического лечения сочетанной патологии матки не теряет своей актуальности в связи с поздней диагностикой миомы матки и ее большими размерами. Сравнительный анализ ранних и поздних осложнений указывает на имеющиеся резервы в снижении их частоты у женщин старше 50 лет. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке тактики оперативного лечения сочетанной патологии матки.

Ключевые слова: сочетанная патология матки, хирургическое лечение.

Tactics of combined surgical treatment of complex uterus pathologies

M.L. Kuzyomenska, S.E. Gladenko

Results of the spent researches testify that use abdominal surgical treatment combination pathology of uterus does not lose the urgency in connection with late diagnostics of a myoma of a uterus and its big sizes. The comparative analysis of early and late complications specifies in available reserves in decrease in their frequency at women is more senior 50 years. The received results are necessary for considering by working out of tactics of operative treatment complex uterus pathologies.

Key words: complex uterus pathology, surgical treatment.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков. – М.: Медицина, 2008. – 320 с.
2. Аккер Л.В. Течение постоварикотомического синдрома в постменопаузальном периоде. Особенности метаболических изменений и их коррекция заместительной гормональной терапией / Л.В. Аккер, А.И. Гальченко, Т.С. Таранина // Акушерство и гинекология. – 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., 2009. – С. 6–7.
4. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии / Я.В. Бохман. – СПб: Фолиант, 2009. – 542 с.

УДК 618.14-006.36-072.1-089.844

Особенности репродуктивного прогноза после хирургического лечения миомы матки

А.А. Довгань

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

Анализ ближайших и отдаленных результатов реконструктивно-пластических операций при миоме матки свидетельствует о целесообразности и эффективности данного вмешательства. Значение этой операции определяется возможностью создания благоприятных условий для вынашивания беременности и реализации репродуктивной функции у женщин с нарушениями фертильности.

Ключевые слова: миома матки, хирургическое лечение, репродуктивный прогноз.

Несмотря на то, что изучению миомы матки посвящено множество научных работ, эта проблема доньше остается недостаточно решенной. Миома матки относится к доброкачественной опухоли половой системы женщины, которая чаще всего встречается, а ее частота в структуре гинекологической заболеваемости составляет от 20% до 44%, причем в 13–27% наблюдается в репродуктивном возрасте [1–3].

Нарушение репродуктивной функции в виде первичного и вторичного бесплодия достаточно часто имеет место у пациенток с миомой матки, достигая 60–70% [4–7]. Эта проблема приобретает все большую актуальность в связи с омоложением больных миомой, с одной стороны, и поздним планированием беременности (после 40 лет) – с другой, когда значительно повышается риск возникновения этой доброкачественной опухоли женской половой системы. Согласно данным литературы [1–7], у женщин с бесплодием в 12–20% случаев миома матки является единственной причиной репродуктивных неудач. Однако вопрос о роли миомы матки в формировании нарушений репродуктивной функции остается дискуссионным [1–7].

В случае исключения всех других причин нарушения репродуктивной функции появляется вопрос о проведении органосохраняющих операций, а именно миомэктомии, но в каждом конкретном случае прежде всего придется решать ряд вопросов о целесообразности консервативной пластической или радикальной операции с учетом возможности восстановления функции пораженного органа, об операционном риске при том или другом способе и об отдаленных результатах проведенного хирургического лечения.

Несмотря на широкое внедрение современных эндоскопических технологий, значимость абдоминальных реконструктивно-пластических операций не потеряла своей актуальности, поскольку процент больных молодого возраста, любителей сохранить репродуктивную функцию и страдающих бесплодием или невынашиванием беременности при миоме матки больших и гигантских размеров, атипичном расположении узлов, не имеет тенденции к снижению. Исходя из вышесказанного, следует отметить, что абдоминальная миомэктомия при единичных и множественных узлах миомы матки больших и гигантских размеров остается актуальной и дискуссионной темой. В связи с этим, очевидно необходимость совершенствования хирургической техники реконструктивно-пластических операций на матке вне и во время беременности, а также периперационного ведения больных с данной патологией, способствующей снижению процента рецидивов опухоли и увеличению числа женщин, которые реализовали в скором будущем свои репродуктивные планы после миомэктомии.

Цель исследования: выявление частоты нарушений репродуктивной функции женщин с миомой матки путем оптимизации тактики ведения, совершенствования миомэктомии во время и вне беременности, определение репродуктивного прогноза при сочетании миомы матки с другими факторами риска нарушения репродуктивной функции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находились 208 пациенток репродуктивного возраста от 19 до 45 лет, которым была выполнена консервативная миомэктомия лапаротомическим доступом во время беременности или вне беременности, прослежены ближайшие и отдаленные результаты за период с 1996 по 2006 гг.

Все женщины были распределены на две клинические группы (рис. 1).

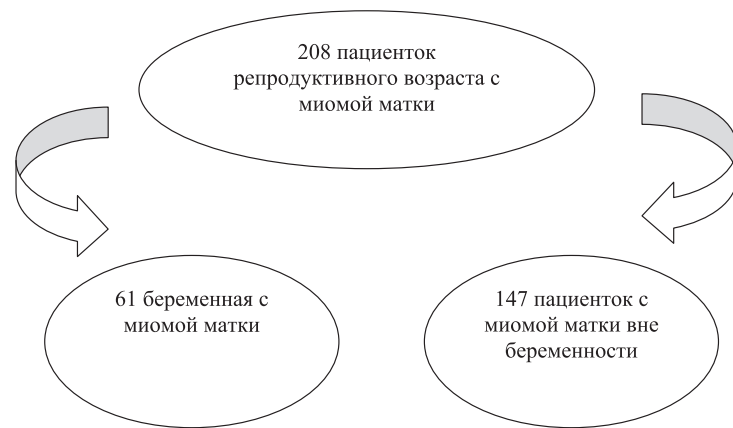


Рис. 1. Распределение обследованных пациенток по клиническим группам

В первую (I) клиническую группу вошла 61 пациентка, которая обратилась с клиникой угрозы прерывания беременности при наличии миомы матки.

Критериями отбора для исследования среди всех обратившихся с беременностью и миомой матки было: желание женщины иметь детей; узлы миомы, которые препятствуют вынашиванию беременности или представляют опасность для здоровья пациентки: большие, гигантские, атипично расположенные узлы, быстрое их увеличение во время беременности, признаки деструкции узла, подтвержденные данными УЗД. Практически во всех случаях были симптомы угрозы прерывания беременности. Пациенток с мелкими узлами, которые препятствуют вынашиванию беременности, в исследование не включали. Отбор пациенток проводили амбулаторно в научно консультативном отделении, назначали обследование, необходимое для госпитализации, в том числе на инфекции, передающиеся половым путем (ИППП). При отсутствии показаний для экстренной госпитализации назначали терапию, направленную на сохранение беременности и лечение обнаруженных инфекционных процессов, а затем планово госпитализировали их на 14–15-ю неделю беременности для подготовки к операции. При наличии больших, гигантских узлов, расположенных шеечно-перешеечно, и кровянистых выделений из половых путей, что свидетельствует о начавшемся прерывании беременности, госпитализировали экстренно в гинекологическое отделение.

Из 61 пациентки 45 госпитализировано в плановом порядке в сроке беременности 14–19 нед, 16 – экстренно в сроке беременности 7–12 нед.

Вторую (II) клиническую группу составляли 147 женщин с миомой матки. Критериями отбора было: большие и атипично расположенные узлы, бесплодие или невынашивание беременности, желаниа восстановить репродуктивную функцию.

Клинические и лабораторные методы исследования включали общее стандартное обследование больных с использованием клинических, биохимических, микробиологических, гемостазиологических, функциональных и морфологических методов, проводились исследования, направленные на выявление ИППП (ПЦР), а также инструментальные (ультразвуковые, эндоскопические) методы исследования.

Статистическую обработку материала проводили на персональном компьютере. В работе использованы стандартные методы статистического анализа. Достоверность отличий между группами относительно изучаемых параметров оценивалась с помощью непараметрических критериев статистики (Уилкоксона-Манна-Уитни) и t-критерия Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что миомэктомия во время и вне беременности является целесообразной операцией, которая существенно улучшает репродуктивный прогноз больных миомой матки, и при соблюдении условий для выполнения операции и отработанной хирургической тактики не вызывает опасность здоровью пациенток.

Показаниями к плановой миомэктомии во время беременности является: атипичное расположение узлов (шеечное, перешеечное, интралигаментарное), приводящее к нарушению функции тазовых органов; большие и гигантские раз-

меры узлов; некроз узла, подтвержденный УЗД; невозможность прерывания беременности; деформация полости матки большим интерстициальным узлом; расположение узла на плаценте.

Планированию беременности при миоме матки должна предшествовать миомэктомия, поскольку в 68,8% случаев при беременности отмечалось быстрое увеличение узлов, а у каждой пятой пациентки оказывается прогестеронзависимая опухоль (соотношение уровня экспрессии рецепторов к прогестерону и эстрадиолу 6,0 и выше).

Миомэктомия позволяет улучшить репродуктивный прогноз в 70% женщин с миомой матки в первые три года после операции, но не предотвращает прогресс заболевания в дальнейшем, о чем свидетельствует многократное повышение экспрессии коллагена IV типа в стенках сосудов миометрия с образованием миоматозных пролифератов.

Неблагоприятными критериями репродуктивного прогноза является сочетание миомы матки с внешне-внутренним эндометриозом, воспалительные заболевания органов малого таза, длительность бесплодия больше 5 лет, возраст выше 30 лет. В данных случаях целесообразно использование ДРТ на протяжении 1 года после миомэктомии.

Выполнение миомэктомии на фоне медикаментозной аменореи или послеоперационная аменорея, вызванная 3–4 инъекциями а-ГнРГ, позволяет получить беременность у 68,7% пациенток с репродуктивными проблемами.

Для практической охраны здоровья мы можем предложить следующие рекомендации:

Тактика ведения во время беременности

- При миоме матки больших размеров, которая препятствует вынашиванию беременности, но не закрывает узлами доступ к полости матки, оптимальным является прерывание беременности в сроке до 12 нед влагалищным доступом. После этого мы проводили миомэктомию вне беременности, а затем – предгравидарную подготовку и планирование беременности. Обязательными условиями мы считаем согласие больной на прерывание беременности или наличие клиники начала самовольного выкидыша, подтвержденное данными УЗД.
- В тех случаях, когда пациентки не дают согласие на прерывание беременности в ранние сроки гестации, когда доступ к полости матки невозможен из-за гигантских размеров шеечно-перешеечного узла, при выраженной клинике начала прерывания беременности (яркие кровянистые выделения из половых путей), в экстренном порядке показан чревосечение, миомэктомия и удаление плодного яйца влагалищным доступом под контролем хирурга со стороны брюшной полости.
- В тех случаях, когда на фоне беременности диагностирована миома больших и гигантских размеров с признаками деструкции узлов или их атипичной локализацией, которая препятствует росту и вынашиванию плода, при отсутствии явных клинических признаков угрозы прерывания беременности и при нежелании женщины прервать беременность, показана консервативная миомэктомия после предоперационной подготовки.

Тактика ведення вне беременности

- Точная диагностика нарушений в различных звеньях репродуктивной системы, состояние эндометрия, количество, размеры, локализация миоматозных узлов, состояние придатков, наличие и характер сопутствующей патологии.
- Предоперационная подготовка, направленная на санацию инфекционных очагов, применение иммуномодуляторов, а также пери- и послеоперационное назначение 3–4 инъекций α-ГнРГ, что позволяет уменьшить риск хирургического вмешательства и послеоперационных осложнений.
- Собственно миомэктомия с правильным выбором хирургического доступа, атравматической техники, адекватного шовного материала и антибиотикопрофилактики.
- Показаниями к миомэктомии является: быстрый рост опухоли; атипичное расположение узлов (шеечное, першеечное, интралигаментарно и подслизистые); большие и гигантские размеры миомы; маточные кровотечения, предопределенные миомой; некроз узла; бесплодие при миоме.
- Комплекс послеоперационной реабилитации, для содействия лучшей репарации тканей, а именно: применение нестероидных противовоспалительных препаратов, дезагрегантов, средств, тканей, а также продолжения иммуномодулирующей терапии, стимулирующей репарацию. После этого показана предгравидарная подготовка с планированием беременности после восстановления менструального цикла.

Выводы

Таким образом, анализ ближайших и отдаленных результатов реконструктивно-пластических операций при миоме матки свидетельствует о целесообразности и эффективности данного вмешательства. Значение этой операции определяется возможностью создания благоприятных условий для вынашивания беременности и реализации репродуктивной функции у женщин с нарушенной фертильностью.

Особливості репродуктивного прогнозу після хірургічного лікування міоми матки А.А. Довгань

Аналіз найближчих та віддалених результатів реконструктивно-пластичних операцій при міомі матки свідчить про доцільність та ефективність даного втручання. Значення цієї операції визначається можливістю створення сприятливих умов для виношування вагітності та реалізації репродуктивної функції у жінок з порушеною фертильністю.

Ключові слова: міома матки, хірургічне лікування, репродуктивний прогноз.

Features of reproductive forecast after surgical treatment of myoma uterus A.A. Dovgan

Thus, 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 inter-

vention. Value of this operation is defined by an opportunity of creation of favorable conditions for pregnancy and realization of reproductive function at women with infringerments fertility.

Key words: myoma of uterus, surgical treatment, the reproductive forecast.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Велла Р. Мускат. Безопасность одновременного проведения миомэктомии и кесарева сечения / Велла Р. Мускат, Арматис А., Спитери М. // Материалы конгресса Европейской ассоциации акушеров-гинекологов. – Копенгаген, 2008. – С. 34.
2. Коханевич Е.В. Миома матки / Е.В. Коханевич, Л.В. Тимошенко // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України. – 1999. – № 5 – С. 82–90.
3. Логутова Л.С. Акушерская тактика при ведении беременных с миомой матки / Л.С. Логутова, С.Н. Буянова, И.И. Левашова // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2009. – № 3. – С. 50–53.
4. Матевосян Н.Р. Некоторые показатели свёртывающей системы крови беременных-носительниц фибромиомы матки / Н.Р. Матевосян, Д.З. Григорян // Материалы международной конференции по актуальным проблемам хирургии. – Ереван, 2008. – С. 405–406.
5. Савицкий Г.А. Особенности течения беременности у больных миомой матки / Г.А. Савицкий // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2007. – № 3. – С. 84–86.
6. Сидорова И.С. Характер нарушений состояния плода у беременных с миомой матки / И.С. Сидорова, И.О. Макаров, Н.А. Шешунова // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2009. – № 4. – С. 16–20.
7. Katz V.L. Complications of uterine leiomyomas in pregnancy / V.L. Katz, D.I. Dotters, W. Droegemueller // Obstet. Gynecol. – 2009. – Vol. 73, N 4. – P. 593–596.

УДК 616.433-008.61-055.2-06

Особливості олігоменореї у дівчаток-підлітків з ожирінням

Т.С. Зоріна

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

Результати проведених досліджень свідчать про наявність нових ланок патогенезу олігоменореї у дівчаток-підлітків з ожирінням. Це дозволяє проводити комплексне діагностичне обстеження і своєчасно проводити корекцію тактики лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: дівчатка-підлітки, ожиріння, олігоменорея.

Однією з основних складових репродуктивного здоров'я нації, що визначає майбутню демографічну ситуацію, є репродуктивне здоров'я дівчаток-підлітків. У 50–75% підлітків наголошуються захворювання, здатні негативно впливати на реалізацію репродуктивної функції, а біля третини з них мають патологію репродуктивної системи [1, 2]. Первинна і вторинна олігоменорея є однією з актуальних проблем сучасної гінекології – частота цієї патології займає друге місце в структурі розладів менструального циклу у підлітків [3, 4].

Стан репродуктивної системи і реалізація репродуктивної функції жінки безпосередньо пов'язані з кількістю жирової тканини в організмі. Відомо, що менархе настає досягнувши маси тіла, в середньому, 48,2 кг [2, 4] і при відношенні маси жирової тканини до загальної маси тіла 17%, тоді як для підтримки нормального менструального циклу цей показник повинен складати 22% [1, 3]. Якщо вміст жирової тканини більше або менше даного показника, то активність процесів екстрагонадної ароматизації андрогенів в естроген змінюється, унаслідок чого порушується зворотний зв'язок в системі гіпоталамус-гіпофіз-яєчники. При аліментарному ожирінні в 6 разів частіше наголошуються порушення менструального циклу і майже в 2 рази частіше – первинне безпліддя [4].

Таким чином, актуальним є вивчення взаємозв'язку ендокринних і імунних порушень в генезі олігоменореї у дівчаток-підлітків з ожирінням, з метою визначення оптимальних методів діагностики і лікування.

Мета дослідження: вивчення особливостей олігоменореї у підлітків з ожирінням.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Об'єктом дослідження стали 184 дівчинки-підлітки, що звернулися з приводу олігоменореї, які відповідали розробленим критеріям включення: вік – не старше 18 років, гінекологічний вік не менш 2 років, відсутність в анамнезі статевих контактів, специфічних гінекологічних запальних захворювань, гострого або загострення хронічного

інфекційного захворювання, хромосомної патології, що мають нормальний плазмовий рівень пролактину. Залежно від ІМТ пацієнтки були розділені на 2 групи. Основну групу (I) склали 100 пацієнток, які страждають ожирінням I ступеня (ІМТ=32,6 (34,75; 30,2) кг/м²). Групу порівняння (II) – 84 пацієнтки з ІМТ=19,9 (21,7; 19,4) кг/м².

З дослідження виключалися пацієнтки, які страждають онкологічною і важкою соматичною патологією, а також захворюваннями, які можуть сприяти порушенню фолікулогенезу (цукровий діабет I типу, гіперкортицизм, гіперпролактинемія); раніше приймаючі гормональні контрацептиви, препарати, що впливають на стероїдогенез в яєчниках або надниркових залозах, а також препарати, побічним ефектом яких є ановуляція.

До групи контролю увійшли 50 здорових дівчаток-підлітків з ІМТ=19,4 (20; 18,5) кг/м², без порушень менструального циклу. Групи були порівнянні за віком, який, в середньому, складав 15 років.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, гормональні, біохімічні, імунологічні і статистичні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Отримані нами результати свідчать, що наявність гіперінсулінемії, інсулінрезистентності у поєднанні з гіперандрогенією і «відносною» гіперестрогенією у пацієнток з олігоменореєю і результати кореляційного аналізу, дозволяють пов'язати порушення яєчникового стероїдогенезу з патологічним виробленням інсуліну, як при надлишковому, так і при нормальному індексі маси тіла.

Загальним проявом адипокінового дисбалансу для пацієнток з олігоменореєю, незалежно від індексу маси тіла, є гіпоментинемія і інсулінорезистентність різного ступеня вираженості. Асоційовані порушення секреції адипокінів з ожирінням характеризуються гіперлептинемією, лептинрезистентністю, зниженням індексу Адіпонектін/Лептін і гіпоадипонектинемією, яка у поєднанні з гіперандрогенією і інсулінорезистентністю свідчить про участь даних адипокінів в генезі олігоменореї.

Підвищення експресії на мононуклеарах периферичної крові свідчить про активацію природженої імунної системи і відіграє значиму роль в порушенні метаболічного гомеостазу і розвитку олігоменореї у підлітків з ожирінням.

Одним з патогенетичних механізмів розвитку олігоменореї при ожирінні є запальна реакція жирової тканини, верифікована підвищенням рівня фібронектину- α і інтерлейкіну-6, що свідчить про порушення ефекторних функцій імункомпетентних клітин і сприяє розвитку інсулінрезистентності.

З метою оптимізації тактики ведення дівчаток-підлітків з олігоменореєю, як маркери, що дозволяють виявити інсулінорезистентність, вибрати диференційовану тактику лікування, оцінити ефективність терапії, що проводиться, і прогнозувати порушення/відновлення менструального циклу, доцільно використовувати пропонувані розрахункові показники, що володіють високою чутливістю і специфічністю.

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

- алгоритм обстеження підлітків з олігоменореєю необхідно доповнити визначенням сироваткового рівня інсулінорезистентності і адипокінів – адипонектину і лептину, порушення секреції яких має важливе клініко-патогенетичне значення в генезі даного захворювання.

- в алгоритм ведення підлітків з олігоменореєю необхідно включити розрахунок показників Адіпонектін/Лептін, що дозволить уникнути гіпердіагностики інсулінрезистентності і поліпрагмазію, пов'язану з необгрунтованим призначенням сенситайзерів до інсуліну, у тому числі метформіну, свідчення до якого у дітей і підлітків обмежені. За допомогою запропонованих моделей відбір пацієнток для даного виду лікування буде ретельнішим, що допоможе удосконалити терапевтичну тактику підлітків з олігоменореєю.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про наявність нових ланок патогенезу олігоменореї у дівчаток-підлітків з ожирінням. Це дозволяє проводити комплексне діагностичне обстеження і своєчасно проводити корекцію тактики лікувально-профілактичних заходів.

Особенности олигоменореи у девочек-подростков с ожирением Т.С. Зорина

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о наличии новых звеньев патогенеза олигоменореи у девочек-подростков с ожирением. Это позволяет проводить комплексное диагностическое обследование и своевременно проводить коррекцию тактики лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: девочки-подростки, ожирение, олигоменорея.

Features of oligomenorea at girls-teenagers with adiposity T.S. Zorina

Results of spent researches testify to presence of new links of pathogenesis oligomenorea at girls-teenagers with adiposity. It allows to carry complex diagnostic investigation and in due time to spend correction of tactics of treatment-and-prophylactic actions.

Key words: girls-teenagers, adiposity, oligomenorea.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Андреева В.О. Иммуный дисбаланс при репродуктивных нарушениях у девочек- подростков с аномальной массой тела / В.О. Андреева, К.Э. Хошаби // Российский иммунологический журнал. – 2013. – № 2–3. – С. 278–279.
2. Левкович М.А. Особенности нарушений иммунной системы у девочек-подростков с избыточной массой тела / М.А. Левкович, М.В. Билим // Российский аллергологический журнал. – 2013. – Ч. 2, № 2. – С. 176–177.
3. Линде В.А. Роль адипоцитокінов в генезе овариальной дисфункции при ожирении у девочек-подростков / В.А. Линде // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2014. – № 3. – С. 51–60.
4. Andreeva V. The role of proinflammatory cytokines in pathogenesis of ovarian dysfunction in adolescent girls with obesity / V. Andreeva, M. Levkovich, M. Bilim. // Abstract book 13th European Congress of Paediatric and Adolescent Gynaecology. 17–20 september 2014. – P. 53.

УДК 618.33-084:616-053.1

Оптимізація тактики допоміжних репродуктивних технологій у пацієнток після перенесених операцій на придатках та на матці

Г.В. Колесник

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

Результати проведених досліджень свідчать, що пацієнтки після оперативних втручань на органах репродуктивної системи мають бути направлені на консультацію з лікарем-репродуктологом в спеціалізоване відділення для того, щоб оцінити їх репродуктивну функцію і, у разі потреби, розробити ефективні методи ведення таких жінок з метою відновлення фертильності в оптимальні терміни. Вдосконалена методика допоміжних репродуктивних технологій у цих пацієнток дозволяє понизити частоту жіночого безпліддя і підвищити ефективність настання бажаної вагітності.

Ключові слова: операції на придатках та на матці, допоміжні репродуктивні технології.

Останнім часом допоміжні репродуктивні технології все частіше використовуються у пацієнток з різними варіантами гінекологічної захворюваності, причому ефективність їх постійно підвищується [1–4]. У структурі різної гінекологічної патології, при якій використовують допоміжні репродуктивні технології, зростає роль різних оперативних втручань на придатках матки [2, 3]. При цьому тактика ведення цих пацієнток остаточно не відпрацьована, що є однією з причин недостатньої ефективності допоміжних репродуктивних технологій.

Жінки після допоміжних репродуктивних технологій відносяться до групи підвищеного ризику різних акушерських і перинатальних ускладнень, у тому числі і невиношування вагітності, особливо в разі початкової ендокринопатії унаслідок порушень овариального резерву. Особливо це стосується пацієнток після перенесених операцій на придатках матки з приводу різної генітальної патології.

Не дивлячись на значне число наукових публікацій з проблеми допоміжних репродуктивних технологій не можна вважати її повністю вирішеною, особливо в плані тактики ведення пацієнток, що перенесли різні операції на придатках матки і профілактики у них акушерських і перинатальних ускладнень.

Усе наведене вище з'явилося для нас підставою до проведення справжнього наукового дослідження, що дозволяє вирішити важливе наукове завдання сучасної репродуктології.

Мета дослідження: підвищення ефективності відновлення репродуктивної функції у жінок з оперованими придатками на основі вивчення в них клініко-функціональних, ендокринологічних і ендоскопічних особливостей, а також розроблення і упровадження комплексу лікувально-діагностичних заходів з використанням допоміжних репродуктивних технологій.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для виконання поставлених завдань було проведено ретроспективне групове дослідження 342 пацієнок з безпліддям, які пройшли 435 циклів ДРТ. З 342 пацієнок з безпліддям 143 жінки (57,5%) мали в анамнезі оперативні втручання на придатках матки, пройшли 288 циклів ДРТ і склали основну групу дослідження (група 1).

Основна група (група 1) була розділена таким чином: 1А підгрупа – пацієнтки (73), що мали в анамнезі операції на яєчниках з приводу пухлиноподібних утворень. На підставі вивчення гінекологічного анамнезу дана група була поділена на 3 підгрупи:

- 1 підгрупа (1А-1) – 43 пацієнтки (59,0%), яким було проведено видалення ендометріодних кіст;
- 2 підгрупа (1А-2) – 20 пацієнок (27,3%), в яких оперативні втручання були проведені з приводу фолікулярних кіст і кіст жовтого тіла;
- 3 підгрупа (1А-3) – 10 пацієнок (13,7%) після хірургічного лікування синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ).

Контрольна група (група 2) включала 199 пацієнок з безпліддям, підібраних так, щоб ізольовано оцінити вплив оперативних втручань на результати ДРТ. Нижче представлені критерії підбору контрольних груп і розподіл їх на підгрупи:

- 2А підгрупа – пацієнтки (106) мають на момент проведення ДРТ в одному або обох яєчниках пухлиноподібні утворення. Дана група далі так само була розподілена на 3 підгрупи:
 - 2А-1: ендометріодні кісти (середній розмір кіст склав $2,8 \pm 1,3$ см), були виявлені у 56 пацієнок (52,8%);
 - 2А-2: функціональні кісти (фолікулярні, кісти жовтого тіла діаметром до 5 см, середній розмір склав $4,3 \pm 1,1$ см) – у 36 пацієнок (34,0%);
 - 2А-3: мультифолікулярні кісти – у 14 пацієнок (13,2%).
- 2Б підгрупа – пацієнтки (63), які мають в анамнезі двох- або однобічні тубектомії була розподілена:
 - 2Б-1 підгрупа – 28 пацієнок (44,0%) яким тубектомія була проведена перед проведенням програми ДРТ (група контролю для пацієнок після реконструктивно-пластичних операцій на маткових трубах і наявністю одно- або двостороннього гідросальпінксу на момент проведення ДРТ);
 - 2Б-2 підгрупа – 35 пацієнок (56,0%), яким тубектомія була проведена до звернення у відділення ДРТ.

Пацієнтки основної і контрольної груп за віком, тривалістю безпліддя, тривалістю менструального циклу, масо-зростовим показником між собою достовірно не розрізнялися. Вік всієї когорти пацієнок з безпліддям коливався від 22 до 35 років і, в середньому, склав – $29,3 \pm 3,4$ року. Тривалість безпліддя всіх пацієнок склала – $7,1 \pm 3,4$ року.

При вивченні гінекологічного анамнезу в 1Б підгрупі було встановлено, що провідною причиною, що призводить до виконання реконструктивно-пластичних операцій на маткових трубах, є позаматкова вагітність – 24 (43,7%), гідро-, сактосальпінкс – 23 (41,8%), порушена прохідність маткових труб за даними ГСГ – 8 (14,5%).

Причинами гідросальпінксу в 1Б-1 підгрупі були попередні оперативні втручання на маткових трубах, запальні захворювання органів малого тазу, хронічний сальпінгіт.

У 1Б підгрупі пацієнткам з патологією маткових труб проводилися органозберігаючі операції:

- фімбріолізис – 8 (14,5%);
- фімбріопластика – 19 (34,5%);
- сальпінгостомія – 28 (51%).

При ретроспективному аналізі 142 історій хвороби було встановлено, що пацієнтки в цілому перенесли 230 оперативних втручань: з їх числа лапароскопія – 180 (78,2%) і шляхом лапаротомії – 50 (21,8%).

Дослідження є ретроспективним і проводилося відповідно до дизайну випадок-контроль. Як основна група (випадок) розглядалися пацієнтки з вагітністю, що настала після ДРТ. Як контроль розглядалися пацієнтки, в яких всі спроби ДРТ були не вдалим.

Дані про раніше виконані хірургічні втручання збиралися на підставі анамнезу і виписок з історій хвороби пацієнок.

Проводилося порівняння вірогідності настання вагітності після ДРТ в основній і контрольній групі по засобах розрахунку відносного ризику і статистичне порівняння пропорцій.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що у структурі всіх операцій на придатках матки у жінок з безпліддям в 41% випадків мали місце операції на яєчниках; в 26% – операції на маткових трубах і в 33% – поєднані операції на яєчниках і маткових трубах. У пацієнок з безпліддям основними варіантами операцій на яєчниках є:

- двобічна резекція яєчників – 48,0%;
 - однобічна резекція яєчника – 38,4%;
 - діатермокаутеризація яєчників – 8,2%;
 - однобічна овариєктомія – 5,4%
- на маткових трубах:
- одно- (8,5%) і двобічна тубектомія (44,9%) – 53,4%;
 - реконструктивно-пластичні операції – 46,6%.

Перенесені операції на яєчниках і маткових трубах у пацієнок з безпліддям погіршують результати допоміжних репродуктивних технологій, що виявляється меншою кількістю фолікулів (на $3,2 \pm 0,5$), ооцитів (на $4,1 \pm 0,7$) при більшій кількості препаратів, необхідних для індукції овуляції, що є результатом зниження оваріального резерву і погіршення кровопостачання яєчників.

Вірогідність настання вагітності у жінок з операціями на яєчниках і маткових трубах в анамнезі залежить від об'єму виконаної операції, рівня збереження здорової тканини яєчників та її здатності реагувати на проведення відповідної стимуляції, кількості, інтенсивності дроблення і здібності до імплантації перенесених в порожнину матки ембріонів.

Ефективність допоміжних репродуктивних технологій вище у пацієнок з неоперованою патологією яєчників: при незначних розмірах ендометріом (37% – неоперованих і 17% – після оперованих); при функціональних кістах яєчників (46% і 25%) і при синдромі полікістозних яєчників (43% і 23%).

У пацієнок, що оперуються на маткових трубах, ефективність допоміжних репродуктивних технологій вище після проведення тубектомії в порівнянні з реконструктивно-пластичними операціями: частота настання вагітності складає 45% – після тубектомії і 30% – за наявності маткових труб, а частота імплантації 11% і 5% відповідно.

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

- пацієнткам з ендометріюїдними кістами (діаметром до 2–3 см), з функціональними кістами яєчників діаметром не більш 4 см рекомендується проведення лікування безпліддя методом допоміжних репродуктивних технологій без попереднього хірургічного лікування.

- для пацієнок з безпліддям, що мають в анамнезі операції на яєчниках, чинниками, що підвищують вірогідність настання вагітності є відмова від вичікувальної тактики і проведення допоміжних репродуктивних технологій відразу після завершення хірургічного лікування.

- реконструктивно-пластичні (органозберігаючі) операції на маткових трубах у пацієнок з безпліддям є мало перспективними, тому що механічне відновлення прохідності маткових труб у хворих з безпліддям (гідросальпінкс, позаматкова вагітність) призводять до рецидиву позаматкових вагітностей і гідросальпінксу, що диктує необхідність виконання тубектомії перед допоміжними репродуктивними технологіями.

- за наявності патології маточних труб (гідросальпінкс, функціональна неспроможність маточних труб після позаматкової вагітності) перед проведенням допоміжних репродуктивних технологій необхідне виконання двобічної тубектомії.

- усі пацієнтки після оперативних втручань на органах репродуктивної системи мають бути направлені на консультацію з лікарем-репродуктологом в спеціалізоване відділення для того, щоб оцінити їх репродуктивну функцію і, у разі потреби, розробити ефективні методи ведення таких жінок з метою відновлення фертильності в оптимальні терміни.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчить про необхідність індивідуального підходу до проведення ДРТ у жінок з оперованими придатками (яєчники і маткові труби) в анамнезі. Отримані результати дозволили розробити алгоритм діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів.

Оптимизация тактики вспомогательных репродуктивных технологий у пациенток после перенесенных операций на придатках и на матке А.В. Колесник

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что пациентки после оперативных вмешательств на органах репродуктивной системы должны быть направлены на консультацию с врачом-репродуктологом в специализированное отделение для того, чтобы оценить их репродуктивную функцию и, в случае необходимости, разработать эффективные методы ведения таких женщин с целью восстановления фертильности в оптимальные сроки. Усовершенствованная методика вспомогательных репродуктивных технологий у этих пациенток позволяет снизить частоту женского бесплодия и повысить эффективность наступления желанной беременности.

Ключевые слова: операции на придатках и на матке, вспомогательные репродуктивные технологии.

Optimisation of tactics auxiliary reproductive technologies at patients after the transferred operations on appendages and uterus A.V. Kolesnik

Results of the spent researches testify, that patients after operative interventions on bodies of reproductive system should be directed on consultation of the doctor-reproduktologist to specialised branch to estimate their reproductive function and, in case of need, to develop effective methods of conducting such women for the purpose of restoration fertility in optimum terms. The advanced technique of auxiliary reproductive technologies at these patients allows to lower frequency of female barrenness and to raise efficiency of approach of desired pregnancy.

Key words: operations on uterus and appendages, auxiliary reproductive technologies.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ведення вагітності у жінок після корекції непліддя / А.В. Бойчук, Н.В. Петренко, В.І. Коптюх [та ін.] // Вісн. наук. досліджень. – 2009. – № 4. – С. 57–58.
2. Вовк І.Б. Корекція гормональних порушень при поєднаних формах неплідності / І.Б. Вовк, А.Г. Корнацька // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – № 4. – С. 147–149.
3. Гістероскопічна оцінка стану матки у жінок з порушеною репродуктивною функцією / Л.І. Іванюта, С.О. Іванюта, Н.І. Беліс [та ін.] // Актуал. пробл. акушерства і гінекології, клініч. імунології та мед. генетики: зб. наук. праць. – К.; Луганськ, 2010. – Вип. 4. – С. 181–187.
4. Гойда Н.Г. Стан репродуктивного здоров'я населення України на межі тисячоліть / Н.Г. Гойда // Журн. практ. лікаря. – 2007. – № 5. – С. 2–6.

УДК 618.1-06:618.19

Сучасні соціально-гігієнічні чинники розвитку фіброзно-кістозної хвороби грудної залози у жінок з безпліддям

Р.Є. Кубрак

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

Результати дослідження свідчать, що основними медико-соціальними особливостями фіброзно-кістозної хвороби є наявність супутньої тиреоїдної патології, вік, соціальний статус, житлові умови, рівень матеріального забезпечення і пережитий раніше стрес. Отримані результати необхідно використовувати при розробленні комплексу діагностичних заходів.

Ключові слова: фіброзно-кістозна хвороба, чинники ризику.

У даний час можна визнати доведеним той факт, що рак грудної залози (ГЗ) частіше розвивається на фоні попереднього патологічного процесу в ГЗ, а саме, фіброзно-кістозній хворобі (ФКХ), порівняно з ситуацією, коли даний орган не змінений [1, 2]. При цьому стає очевидним, наскільки важливо виявити і оцінити чинники ризику формування і розвитку патології ГЗ. Вивчення різних аспектів етіології і патогенезу цих захворювань дозволяє отримати нові знання, необхідні для обґрунтування способів їхньої ранньої діагностики і профілактики.

Роботами багатьох дослідників доведена роль гормонів щитоподібної залози (ЩЗ) в патогенезі ряду дисгормональних і проліферативних процесів в ГЗ [1, 2]. Проте, не дивлячись на проведені дослідження, за рамками обговорення залишилося питання оцінки рівня і структури ризику розвитку ФКХ у жінок із захворюваннями ЩЗ. До кінця нез'ясовано внесок тиреоїдної патології у розвиток ФКХ, що вимагає додаткового і детального вивчення. Крім того недостатньо вивчені особливості соціально-гігієнічної характеристики пацієнток з ФКХ.

Мета дослідження: вивчення основних особливостей соціально-гігієнічної характеристики пацієнток з фіброзно-кістозною хворобою ГЗ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

З метою вивчення впливу соціально-гігієнічних чинників на розвиток ФКХ, а також для з'ясування вкладу захворювань ЩЗ в розвиток ФКХ, обстежені 400 жінок, які були розподілені на дві групи:

У першу групу включені жінки, що мають ФКХ. Дана група складається з двох підгруп:

1А – жінки, що мають патологію ГЗ і ЩЗ – 100 пацієнток;

1Б – жінки, що мають патологію лише ГЗ – 100 пацієнток.

Друга група представлена жінками, що не мають ФКХ. У свою чергу, вона також розділена на дві підгрупи:

2А – 100 жінок з патологією ЩЗ;

2Б – 100 жінок, що не мають патології ні ГЗ, ні ЩЗ, тобто жінки, які вважалися умовно здоровими.

Далі підгрупи 1А і 1Б називатимуться основними, а підгрупи 2А і 2Б – контрольними або групами порівняння, оскільки вони використовуються для оцінювання достовірності отриманих даних.

У ході дослідження вивчали особливості ФКХ у жінок в підгрупах залежно від соціально-гігієнічних чинників. Отримані дані порівнювалися з групами контролю для уточнення впливу чинника, що вивчався, на розвиток і перебіг ФКХ, причому у поєднанні з тиреоїдною патологією і без неї. При вивченні чинників звертали увагу, наскільки часто кожний конкретний чинник зустрічався в основних і контрольних підгрупах. Статистично значущі відмінності показників у частоті виявлення досліджуваного чинника між підгрупами, що вивчаються і контрольними, дозволили віднести його до чинників ризику – чинників, дія яких суттєво впливала на вірогідність виникнення ФКХ.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При вивченні ФКХ в різних вікових групах виявлено, що в 42,9±0,7% випадків мастопатія діагностувалася у віці до 35 років, в 35,6±0,7% ФКХ визначалась в 36–45 років, 21,0±0,6% випадків доводилося на групу жінок 46–60 років, 0,5% – на групу 60 років і старше, тобто ФКХ у нашому дослідженні частіше зустрічається у віці до 35 років (42,9±2,6%) і 40–45 років (35,6±2,5%) в порівнянні з групою 45–60 (21,2±2,1%; $p < 0,001$).

Отже, велика частина жінок, що мають ФКХ, представлена віковим контингентом до 45 років (78,5±0,6%), тобто жінками репродуктивного і працездатного віку.

При порівнянні захворюваності ФКХ у жінок різних вікових груп виявлено, що у жінок віком до 35 років дана патологію діагностували в 72,9±0,8%, що статистично частіше ($p < 0,001$), ніж в групах 36–45 років (60,6±0,9%), 46–60 років (49,3±1,0%), 60 років і старше (40%).

Для виявлення залежності частоти виявлення ФКХ від віку розрахований коефіцієнт кореляції ($r = -0,984$; $p < 0,05$). Сильний негативний кореляційний зв'язок вказує на зменшення частоти виявленні ФКХ із збільшенням віку, що, на наш погляд, пов'язано із зменшенням гормональної активності організму і говорить про гормональну обумовленість ФКХ.

При аналізі розподілу жінок в групах залежно від віку визначено, що в підгрупі 1Б ФКХ діагностується частіше у віці до 35 років порівняно з жінками аналогічного віку підгрупи 1А (47,8±0,9% і 29,7±1,3% відповідно; $p < 0,05$). Проте у віці 46–60 років ФКХ зустрічається статистично частіше в підгрупі 1А, чим в підгрупі 1Б (33,7±1,4% і 16,3±0,7% відповідно; $p < 0,05$), що, пов'язано з пролонгованою дією патології ЩЗ на гіпоталамо-гіпофізарну систему.

При порівнянні розподілу жінок підгруп 1А і 1Б за віковими відмінностей не знайдено ($p > 0,05$).

Порівнюючи питому вагу кожної вікової градації в підгрупах 1А і 1Б з контрольними групами, в підгрупі 1Б було виявлено більше жінок у віці до 35 років в порівнянні з аналогічним віковим періодом підгруп 2А (14,6±1,5%; $p<0,001$) і 2Б (28,9±1,0%; $p<0,001$). Статистично значущих відмінностей в інших вікових періодах між основними і контрольними групами не знайдено ($p>0,05$).

При аналізі діагностики ФКХ у жінок залежно від соціального статусу встановлено, що ФКХ статистично значущо частіше зустрічається у службовців (66,6±0,7%), ніж у робітниць (21,6±0,6%), домогосподарок (8,9±0,4%), учениць і пенсіонерів – по 1,45±0,2% ($p<0,001$).

При порівнянні рівня захворюваності у жінок різного соціального статусу ФКХ діагностується в 69,4±0,7% від загального числа службовців, що частіше ($p<0,001$), ніж в групах пенсіонерів (29,4±3,0%) і робітниць (47,6±1,1%).

Розглядаючи розподіл жінок в групах, що вивчаються, в залежності від соціального статусу, визначили, що у робітниць в підгрупі 1А мастопатія діагностувалася частіше, ніж у жінок аналогічного соціального статусу групи 1Б (32,7±1,4% і 17,4±0,7% відповідно; $p<0,05$), що можна пов'язати з великою поширеністю тиреоїдної патології серед жінок робочих спеціальностей.

У підгрупі 1Б статистично більша питома вага мастопатії приходить на службовців, порівняно з жінками такого ж соціального статусу групи 1А (70,0±0,8% і 58,4±1,4% відповідно, $p<0,05$). Цікавим виявився той факт, що в контрольній групі 2А питома вага жінок робочих спеціальностей вище аналогічних показників в групах 1А і 1Б ($p<0,05$).

При вивченні особливостей ФКХ у жінок залежно від стажу роботи встановлено, що діагноз ФКХ виставлявся частіше ($p<0,001$) жінок із стажем роботи 15 і більше років (41,8±0,7%), чим жінок із стажем роботи до 5 років (20,0±0,6%), 5–10 років (16,2±0,5%) і 11–15 років (22,0±0,6%).

При аналізі поширеності ФКХ залежно від тривалості трудової діяльності визначено, що у жінок з трудовим стажем до 5 років і 5–10 років ФКХ діагностують частіше (77,9±1,2% і в 75,9±1,3% відповідно), ніж в підгрупах жінок з тривалістю трудового стажу 10–15 років – 56,9±1,1%, 15 і більше років – 55,2±0,8% ($p<0,05–0,001$).

Аналізуючи розподіл жінок в підгрупах 1А і 1Б, а також в підгрупах порівняння, залежно від стажу роботи, відмінностей не виявлено ($p>0,05$).

При вивченні особливостей ФКХ залежно від характеру трудової діяльності встановлено, що 63,1±0,7% випадків ФКХ доводиться на жінок, що займаються розумовою працею. В даній категорії жінок ФКХ зустрічається частіше ($p<0,001$), ніж у жінок, що займаються переважно, фізичною працею (18,1±0,6%), працюючих уночі (7,3±0,4%) або непрацюючих (11,5±0,5%).

При дослідженні рівня захворюваності ФКХ залежно від виду трудової діяльності виявлено, що ФКХ частіше ($p<0,001$) діагностують у жінок, що займаються розумовою (69,4±0,7%) працею, ніж у жінок, що займаються фізичною (59,8±1,3%) працею.

При порівнянні розподілу жінок в підгрупах 1А і 1Б залежно від характеру трудової діяльності, а також в групах контролю відмінностей виявлено не було ($p>0,05$).

При вивченні особливостей ФКХ у жінок залежно від наявності конфліктних ситуацій встановлено, що діагноз ФКХ виставлявся з однаковою частотою як у жінок, в яких переважають конфліктні ситуації на роботі (29,4±0,7%) і в побуті (35,3±0,7%), так і тих, які не відзначали конфліктних ситуацій (35,3±0,7%), тобто відмінності в показниках не виявлено ($p>0,05$). Проте згідно аналізу діагностики ФКХ по критеріях «є конфлікти» і «немає конфліктів», питома вага жінок, що мають конфліктні ситуації (64,7±0,7% $p>0,01$), статистично значимо вище ($p<0,001$).

Аналіз поширеності ФКХ залежно від наявності конфліктних ситуацій також не визначив відмінностей в показниках ($p>0,05$). Рівень захворюваності у жінок з переважанням конфліктних ситуацій на роботі (60,9±1,0%), у побуті (67,5±0,9%) і у жінок, що не відзначають конфліктів (58±0,9%), був статистично однаковим.

Розгляд розподілу жінок в групах залежності від наявності конфліктних ситуацій визначив, що в підгрупі 1А мастопатію діагностували частіше за наявності конфліктів в побуті, ніж в аналогічній підгрупі жінок 1Б (45,5±1,4% і 31,5±0,8% відповідно; $p<0,05$). У підгрупі 1Б більш питома вага припадала на жінок, які не відзначали наявності конфліктних ситуацій, ніж на жінок з підгрупи 1А, які також не мали конфліктів ані в побуті, ані на роботі (39,6±0,9% і 23,4±1,2% відповідно, $p<0,05$). Також наголошується, що питома вага жінок, що мають конфліктні ситуації в побуті, в підгрупах 1А і 2А (41,7±2,1%) вище, ніж в підгрупах 1Б і 2Б (23,9±0,9%; $p<0,05–0,001$), що вказує на вплив ІЦЗ.

Аналіз поширеності мастопатії у жінок, що мають різний сімейний стан, серед усіх випадків мастопатії показує, що діагноз ФКХ частіше зустрічається у заміжніх жінок (71,7±0,6%), ніж незаміжніх (22,9±0,6%) і вдовиць (5,4±0,3%).

При вивченні рівня захворюваності жінок ФКХ залежно від сімейного стану особливих відмінностей в показниках не виявлено ($p>0,05$).

Аналіз діагностики ФКХ в залежності від рівня доходів показав, що 52,8±0,8% випадків ФКХ доводиться на жінок, що мають середній рівень доходу, 33,7±0,7% що мали ФКХ, складають жінки з рівнем доходів нижче середнього, 13,5±0,2% виявлених випадків ФКХ доводиться на жінок з доходом вище середнього рівня.

При вивченні поширеності ФКХ у жінок різного рівня доходів статистично достовірних відмінностей не виявлено ($p>0,05$).

При вивченні діагностики ФКХ залежно від задоволеності родинним станом визначено, що 69,3±0,7% усіх випадків мастопатії – це жінки, задоволені сімейним станом, 30,7±0,7% – жінки, які відзначали незадоволення сімейним станом.

Рівень захворюваності жінок ФКХ залежно від задоволеності сімейним станом статистично значущих відмінностей не має ($p>0,05$).

Також не виявлено особливої відмінності при порівнянні жінок в підгрупах 1А і 1Б з групами контролю залежно від задоволеності сімейним станом ($p>0,05$).

Вивчення діагностики ФКХ залежно від наявності чинника паління дозволило встановити, що 81,9±0,6% всіх випадків мастопатії доводяться на жінок, які не палять, відповідно, 18,1±0,6% від всіх хворих ФКХ склали ті, що палять.

Досліджуючи поширеність ФКХ залежно від наявності чинника паління, встановили, що відмінності в отриманих показниках (ті, що не палять 63,3±2,5%, що палять 56,3±2,6%) статистично незначущі ($p>0,05$).

При порівнянні розподілу жінок в підгрупах 1А, 1Б і групах контролю залежно від наявності чинника паління значущих відмінностей не виявлено ($p>0,05$).

Аналіз діагностики ФКХ залежно від житлових умов показав, що серед усіх жінок, в яких встановлено діагноз ФКХ, 76,8±0,6% мешкають в облаштованих квартирах, 11,1±0,6% мали приватний будинок зі всіма зручностями, 6,5±0,6% проживали в гуртожитку, а 5,6±0,6% доводилося на жінок, що мають приватний будинок без зручностей.

У ході аналізу рівня захворюваності жінок ФКХ залежно від житлових умов статистично значущих відмінностей в показниках не виявлено ($p>0,05$).

Розгляд розподілу жінок в усіх групах дозволив визначити, що залежно від житлових умов в підгрупі 1А ФКХ діагностували частіше в жінок, які мешкають в облаштованій квартирі, ніж в підгрупі 1Б (86,1±1,0% і 73,3±0,8% відповідно; $p<0,05$). У жінок підгрупи 1Б, що мешкають в приватному будинку зі всіма зручностями, ФКХ виявлялася частіше, ніж у жінок підгрупи 1А з аналогічними житловими умовами (13,0±0,6% і 5,9±0,7% відповідно; $p<0,05$). Статистично значущих відмінностей в розподілі жінок залежно від житлових умов в інших групах не виявлено ($p>0,05$).

При аналізі діагностики ФКХ залежно від наявності недавно перенесеного стресу встановлено, що 63,6±0,7% випадків ФКХ доводиться на жінок, в яких не було стресу протягом останнього року, 36,4±0,7% складають жінки що мали ФКХ, які вказують на недавно перенесений стрес.

Не дивлячись на різні показники рівня захворюваності ФКХ залежно від наявності недавнього стресу, відмінності (був стрес – 67,5±0,8%, не було стресу – 59,1±1,4%) виявилися статистично незначущими ($p>0,05$).

При вивченні розподілу жінок в підгрупах 1А і 1Б і групах порівняння залежно від наявності недавнього стресу особливих відмінностей виявлено не було ($p>0,05$).

ВИСНОВКИ

Отримані результати свідчать, що основними медико-соціальними особливостями фіброзно-кістозної хвороби є наявність супутньої тиреоїдної патології, вік, соціальний статус, житлові умови, рівень матеріального забезпечення і перенесений раніше стрес. Отримані результати необхідно використовувати при розробленні комплексу діагностичних заходів.

Современные социально-гигиенические факторы развития фиброзно-кистозной болезни грудных желез у женщин с бесплодием Р.Е. Кубрак

Результаты исследования свидетельствуют, что основными медико-социальными особенностями фиброзно-кистозной болезни являются наличие сопутствующей тиреоид-

ной патологии, возраст, социальный статус, жилищные условия, уровень материального обеспечения и перенесенный ранее стресс. Полученные результаты необходимо использовать при разработке комплекса диагностических мероприятий.

Ключевые слова: фиброзно-кистозная болезнь, факторы риска.

Modern socially-hygienic factors on development fibroze-cystes illnesses of mammary glands at women with barreness R.E. Kubrak

The received results testify, that the basic medical-social features fibroze-cystes illnesses are presence accompanying thyreoidal pathologies, age, the social status, living conditions, level of material maintenance and the stress transferred earlier. The received results are necessary for using by working out of a complex of diagnostic actions.

Key words: fibroze-cystes illness, risk factors.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гинекология от пубертата до постменопаузы: практическое руководство / Под ред. Айламазян Э.К. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 447 с.
2. Исследование молочных желез в практике акушера-гинеколога: методическое пособие / Под ред. Коган И.Ю. – СПб.: Изд.-во Н-Л., 2014 – 23 с.

УДК 618.3-06[618/17:616-092.12]-084-035:615.256.3:615.357:615.477.87

Порівняльні аспекти гормональної та внутрішньо маткової контрацепції в жінок із захворюваннями печінки та жовчовивідних шляхів

Д.С. Ледін

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

Розроблена нова методика профілактики непланованої вагітності у жінок з хронічною патологією печінки і жовчовивідних шляхів на основі використання гормональних контрацептивів і гепатопротекторів. Отримані результати свідчать про ефективність запропонованої методики у жінок групи високого ризику. Крім того, відмічений низький рівень побічних ефектів і відсутність порушень функціонального стану печінки. Це дозволяє рекомендувати дану методику для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: хронічна патологія печінки і жовчовивідних шляхів, вагітність, профілактика.

Проблема планування сім'ї є однією з найбільш актуальних, особливо у жінок з Пекстрагенітальною патологією [1, 4]. У структурі соматичної захворюваності серед жінок репродуктивного віку великого значення набувають захворювання гепатобіліарної системи з явним переважанням хронічного гепатиту різного генезу і хронічної патології жовчовивідних шляхів. Питання про індивідуальний підбір адекватного методу контрацепції у жінок цієї групи є досить дискусійним [2, 3]. З одного боку існує думка про негативний вплив гормональної контрацепції на функціональний стан печінки і жовчного міхура, а з іншого боку – сучасні гормональні контрацептиви, практично, не мають протипоказань [1–4]. Усе це в сукупності стало основою для проведення наукового дослідження.

Мета дослідження: вивчити порівняльні аспекти гормональної та внутрішньоматкової контрацепції у жінок з захворюваннями печінки і жовчовивідних шляхів (ЗПЖШ).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети нами були обстежені 100 жінок репродуктивного віку з ЗПЖШ, яких було розподілено на дві підгрупи з урахуванням варіанту контрацепції, що застосовувалась:

1.1. підгрупа – 50 жінок, які використовували внутрішньоматкову контрацепцію;

1.2. підгрупа – 50 жінок, в яких використовували запропоновану нами профілактику непланованої вагітності.

При розробленні методики контрацепції у жінок з ЗПЖШ ми виходили з необхідності забезпечення високого контрацептивного ефекту, усуваючи побічний вплив та сприяючи поліпшенню стану здоров'я жінок, шляхом застосування різних сучасних методів гормональної контрацепції.

Запропонований підхід до профілактики непланованої вагітності у жінок з ЗПЖШ полягав у використуванні сучасної трансдермальної системи ЕВРА.

Науковим обґрунтуванням саме такого підходу до профілактики непланованої вагітності у пацієнток з ЗПЖШ є те, що більшість жіночих статевих гормонів, що входять до складу сучасних комбінованих оральних контрацептивів (КОК) метаболізуються в печінці і переважно виводяться з жовчю. Це значно обмежує можливість використання таких препаратів у когорті жінок із ХПЖШ. Виключенням є трансдермальна контрацептивна система ЕВРА, що являє собою тонкий пластир бежевого кольору, площа контакту якого зі шкірою становить 20 см². Кожен пластир містить 600 мкг етінілестрадіолу і 6 мг норельтгестроміну, що відповідає по дозуваннях гормонів, які потрапляють у судинне русло мікродозованим оральним контрацептивом. Крім того, норельтгестромін є біологічно активним метаболітом норгестімату, високо-селективним гестагеном останнього покоління, який, як і норгестімат, ефективно пригнічує овуляцію і підвищує в'язкість шийкового слизу. Протягом одного менструального циклу використовують 3 пластири, кожен з яких накладається на 7 днів, із наступною заміною в один і той же день тижня. Після наступної 7-денної перерви настає менструальноподібна реакція. Механізм контрацептивної дії системи ЕВРА обусловлений гальмуванням овуляції і підвищенням в'язкості шийкового слизу, причому ефективність гальмування овуляції така ж, як і у КОК.

Як свідчать сучасні дані, кількість стероїдів, що вивільняються з пластиру, пропорційна його розмірам: при площі пластиру 20 см² в системний кровоток за 24 год поступає 150 мкг норельтгестроміну і 20 мкг етінілестрадіолу, а концентрація підтримується на одному і тому ж рівні протягом 10 днів, що забезпечує ефективну контрацепцію. При цьому ефективність трансдермальної системи не залежить від місця аплікації пластиру (живіт, сідниці, верхня частина руки або торс), виключення – грудні залози. Дуже важливим є і той аспект, що на пластир не впливають підвищена температура навколишнього середовища, вологість повітря, фізичні навантаження, занурення в холодну воду та інше.

Враховуючи усе наведене вище ми вважаємо достатньо перспективним використанням нової трансдермальної системи ЕВРА для профілактики непланованої вагітності у жінок з ЗПЖШ.

Підтримуючу медикаментозну терапію підбирали індивідуально, вона включала використання гепатопротекторів, препаратів амінокислот і фітотерапію.

Функціональний стан печінки і жовчовивідних шляхів оцінювали на основі ультразвукового і біохімічного дослідження основних показників.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналізуючи основні особливості клінічної характеристики обстежених жінок із ЗПЖШ 1 групи необхідно відмітити, що пацієнтки основних підгруп (1.1 і 1.2) зна-

ходились на диспансерному обліку у гастроентеролога і проходили періодичне обстеження та профілактичне лікування гепатопротекторами рослинного походження.

Середній вік пацієнток контрольної групи склав $28,2 \pm 2,4$ року і достовірно не відрізнявся від цього значення в основних підгрупах ($29,3 \pm 2,1$ і $30,1 \pm 2,4$ року; $p > 0,05$). Вивчення зросто-вагових взаємовідношень вказує також на відсутність достовірної різниці між контрольною і основними підгрупами ($p > 0,05$). Дослідження частоти пульсу у пацієнток з ЗПЖШ в анамнезі вказують на його норму та підтверджують наявність стійкої ремісії основного захворювання. Середні показники АТ свідчать про відсутність достовірних різниць по систолічному та діастолічному показникам ($p > 0,05$).

Особливий інтерес представляють дані про репродуктивну функцію обстежених жінок. При цьому, середня кількість вагітностей в контрольній групі склала $3,2 \pm 0,2$, а в основних була достовірно вище ($3,1$ – до $5,3 \pm 0,3$; $p < 0,05$ та $3,2$ – до $5,4 \pm 0,3$; $p < 0,05$). Аналізуючи дані відмінності слід зазначити, що вони визначаються не за рахунок пологів ($p > 0,05$), а внаслідок більш високої кількості артіфіційних ($3,1$ – до $3,1 \pm 0,2$; $p < 0,05$ та $3,2$ – $3,2 \pm 0,3$; $p < 0,05$) та мимовільних абортів ($3,1$ – до $0,8 \pm 0,1$; $p < 0,01$ та $3,2$ – до $0,9 \pm 0,1$; $p < 0,01$). Іншими словами, пацієнтки з ЗПЖШ в анамнезі частіше регулювали непланову вагітність шляхом артіфіційних абортів, що є дуже небажаним моментом з урахуванням їх соматичного стану. При оцінці анамнезу попередніх вагітностей звертає на себе увагу той факт, що в 50,0% випадків мали місце ранні гестози і преєклампсія; в 20,0% – передчасні пологи; в 16,0% – аномалії пологової діяльності і в 10,0% – післяпологові гнійно-запальні ускладнення. Одержані дані свідчать про ряд серйозних відхилень репродуктивного анамнезу у жінок з патологією, що вивчається.

На конкретний варіант запропонованої методики контрацепції суттєво впливає початкова гінекологічна захворюваність. Так, у жінок контрольної групи в поодиноких випадках мав місце ПМС (4,0%). Порівняно з цим, у пацієнток основних підгруп до початку контрацепції відмічений суттєвий рівень різних варіантів гінекологічної захворюваності: різні порушення менструального циклу (МЦ) (1.1 – 44,0% і 1.2 – 40,0%); запальні процеси (1.1 – 20,0% і 1.2 – 23,3%) і патологічні зміни шийки матки (1.1 – 16,0% і 1.2 – 14,0% відповідно). Безумовно, напередодні призначення розроблених нами методик контрацепції проводилась корекція та санація патологічних змін шийки матки, порушень циклу та вогнищ інфекції. Тривалість різних варіантів підготовчого етапу була різною та носила індивідуальний характер.

Як було вже відмічено вище, жінки основних підгруп мали в анамнезі ЗПЖШ. В той же час, ми вважали за доцільне проаналізувати конкретний варіант перенесеної патології. Одержані результати свідчать про явне переважання хронічного гепатохолециститу (ХГХ) не вірусної етіології (1.1 – 64,0% і 1.2 – 60,0%) і хронічного вірусного гепатиту (ХВГ) (1.1 – 30,0% і 1.2 – 30,0%), а в поодиноких випадках мала місце жовчокам'яна хвороба (ЖКХ) (1.1 – 6,0% і 1.2 – 10,0%). Розглядаючи основні вікові аспекти перенесеної патології печінки і жовчовивідних шляхів необхідно відзначити, що середній вік встановлення діагнозу був трохи більше 25 років; період лікування, що проводилось, склав близько 4 років. Клінічна симптоматика на момент обстеження пацієнток основних підгруп була незначною: болі періодичного характеру у правому підребер'ї (1.1 – 26,0% і 1.2 – 24,0%); порушен-

ня сну (1.1 – 24,0% і 1.2 – 26,0%); пітливість (по 20,0% в кожній підгрупі); слабкість в кінці робочого дня (1.1 – 16,0% і 1.2 – 20,0%); диспепсичні розлади (1.1 – 20,0% і 1.2 – 16,0%) і емоційна неврівноваженість (1.1 – 16,0% і 1.2 – 14,0% відповідно).

Як було вже відзначено вище, серед жінок контрольної групи була відсутня соматична захворюваність. В порівнянні з цим, в основних групах крім перенесених ЗПЖШ зустрічалися вегето-судинна дистонія (ВСД) (1.1 – 14,0% і 1.2 – 16,0%); пієлонефрит (1.1 – 10,0% і 1.2 – 6,0%); хронічний бронхіт (1.1 – 4,0% і 1.2 – 6,0%); бронхіальна астма (1.1 – 6,0% і 1.2 – 4,0%) і міопія різного ступеня (1.1 – 4,0% і 1.2 – 6,0% відповідно).

Одним з основних відмітних моментів у обстежених жінок з ЗПЖШ з'явилося переважання в анамнезі механічних засобів контрацепції (1.1 – 24,0% і 1.2 – 20,0%); біологічного календаря (1.1 – 14,0% та 1.2 – 10,0%); перерваній статевий акт (1.1 – 26,0% та 1.2 – 30,0%), а також ГК (1.1 – 20,0% і 1.2 – 16,0%).

Отже, як показали результати проведеної клінічної характеристики обстежених жінок, профілактика непланованої вагітності є одним з найважливіших питань у жінок з ЗПЖШ. Поряд з цим, вирішення даного питання повинно проводитись з урахуванням індивідуальних особливостей жіночого організму, а також наявності супутньої генітальної і соматичної захворюваності.

При вивченні основних особливостей системного і місцевого гомеостазу було акцентовано увагу на наступних основних аспектах: ендокринологічний статус відповідно до фази менструального циклу, біохімічні порушення, зміни системного гемостазу та імунітету, а також мікробіоценозу статевих шляхів. Наш вибір зупинився саме на цих параметрах, адже вони якнайповніше відображають можливі системні й місцеві зміни внаслідок перенесених ЗПЖШ, а також дозволяють прогнозувати побічні негативні ефекти внутрішньоматкової (ВМК) і гормональної контрацепції (ГК).

Як свідчать отримані дані, в I фазу менструального циклу у пацієнток основних підгруп виявлено достовірне зниження вмісту Е ($p < 0,05$) при незмінених значеннях ПГ ($p > 0,05$) і Т ($p > 0,05$). В порівнянні з цим, в II фазу менструального циклу рівень Е ($p > 0,05$) і Т ($p > 0,05$) відповідав контрольній групі, але вміст ПГ у пацієнток з ЗПЖШ був достовірно понижений ($p < 0,05$). Аналізуючи зміни решти ендокринологічних параметрів можна вказати на відсутність достовірних відмінностей між підгрупами у фолікулінову фазу менструального циклу ($p > 0,05$). На відміну від цього, в лютеїнову фазу у пацієнток з ЗПЖШ визначається достовірне зниження ФСГ ($p < 0,05$) на фоні одночасного збільшення ЛГ ($p < 0,05$) і незмінених параметрах Прл ($p > 0,05$). Результати проведених ендокринологічних досліджень вказують на наявність дисгормональних порушень у пацієнток із ЗПЖШ, що свідчить про можливість проведення відповідної гормональної корекції сучасними препаратами.

У цьому ж аспекті певний інтерес представляють результати проведених біохімічних досліджень. В першу чергу необхідно наголосити на відсутності достовірних відмінностей ($p > 0,05$) з боку цілого ряду параметрів: креатинін, сечовина, сулемова проба і вміст ЛДГ. У порівнянні з цим, у пацієнток з ЗПЖШ щодо контрольної групи констатовано достовірне зниження показнику тимолової проби ($p < 0,05$) при одночасному збільшенні рівня загального білірубину ($p < 0,05$); холес-

терину ($p < 0,05$); ЛПНЩ ($p < 0,05$); тригліцеридів ($p < 0,05$); ЛФ ($p < 0,05$); АЛТ ($p < 0,05$) і АСТ ($p < 0,05$). Одержані дані свідчать про наявність залишкових незначних змін з боку функціонального стану печінки у пацієнок з ЗПЖШ. Це указує на необхідність специфічної підготовки жінок цієї групи до використання різних методик контрацепції і їх контроль в процесі використання ВМК і ГК.

Стан системного гемостазу в даний час розглядають як своєрідний індикатор доцільності використуванню гормональних препаратів, у тому числі і з метою контрацепції. Результати проведених досліджень в цьому напрямку вказують на відсутність достовірних змін з боку цілого ряду параметрів: гематокрит, протромбіновий індекс, тромбіновий час, вміст антитромбіна ІІІ, фібриногену і показник етанолового тесту ($p > 0,05$), які ми вважали за недоцільне показувати в даній таблиці. Проте, крім цього, було констатовано достовірне збільшення АЧТЧ ($p < 0,05$) на фоні одночасного зменшення числа тромбоцитів ($p < 0,05$) і зростання показника їх спонтанної агрегації ($p < 0,05$).

При оцінці основних змін системного імунітету необхідно констатувати достовірне зниження відносної кількості CD3+ ($p < 0,05$) і CD4+ ($p < 0,05$) на фоні одночасного збільшення кількості CD8+ ($p < 0,05$). У відповідності з цим, змінювалася і величина співвідношення CD4+/CD8+.

Результати проведеного мікроскопічного дослідження до початку контрацепції свідчать про відсутність суттєвих відмінностей з боку параметрів, що вивчаються, між пацієнтками контрольної групи та тих, що мають ЗПЖШ.

Одним з механізмів контролю вагінальної мікрофлори є висока адгезивна здібність молочно-кислих бактерій до поверхні епітеліальних клітин. Ендогенні штами лактобактерій, що мають високу адгезивну активність і тісно взаємодіють із слизовою оболонкою піхви, мають селективні переваги як перед условно-патогенними мікроорганізмами, так і перед екзогенними лактобактеріями. Прикріплюючись до епітеліоцитів, автохтонні штами забезпечують тим самим феномен резистентності колонізації. Мікроскопічне дослідження, що проводиться на першому етапі обстеження, часто не дає вичерпної інформації про стан мікрофлори. Тому нами було зроблено детальне бактеріологічне дослідження до використання контрацепції.

У всіх випадках у пацієнок контрольної групи виявлені представники лактофлори, що переважали у кількісному відношенні. Знайдені умовно-патогенні мікроорганізми зустрічались (14–26%) в кількості, що не перевищує 4 lg КУО/мл. При цьому найчастіше висівалися *S.epidermidis* і представники роду *Corynebacterium*. В 1.1 і 1.2 підгрупах нами встановлено відсутність достовірних відмінностей відносно контрольної групи, що свідчить про адекватну підготовку пацієнок до використання різних методик контрацепції.

Таким чином, як показали результати проведених досліджень по вивченню основних системних і місцевих змін у пацієнок з ЗПЖШ, зміни, що діагностовані носять не виражений характер, проте указують на необхідність проведення додаткової підготовки до тривалого використання різних методик контрацепції, а також до вживання саме диференційованого підходу для вирішення поставленої наукової задачі.

Як було вже відмічено у жінок з ЗПЖШ було використано два основних варіанта контрацепції: ВМК (1.1 підгрупа) і трансдермальна ГК (1.2 підгрупа).

Вельми важливим аспектом є повна згода пацієнок з запропонованою методикою профілактики непланованої вагітності.

ВМК була використана в 50 жінок з ЗПЖШ. При веденні цих пацієнок необхідно відмітити, що ми вводили ВМК тільки за бажанням пацієнок і обстежували їх до і після введення. Певна частина представлених результатів узятая нами із амбулаторних карт спостереження і безпосередньо при зборі анамнезу у обстежених жінок. Для розробки найбільш оптимальної методики контрацепції у пацієнок з ЗПЖШ, ми вважали за доцільне представити саме порівняльні аспекти ВМК та трансдермальної ГК.

Так, згідно з нашими даними, ВМК було введено без перешкод у 94,0% жінок, а у 6,0% введення контрацептиву було утруднено внаслідок спазма внутрішнього зіву, який було усунуто шляхом застосування спазмолітиків. Крім того, у 4,0% пацієнок процедура введення ускладнилась непритомним станом, який не потребував застосування терапії. Також важливим є і факт збереження больового синдрому у 56,0% жінок протягом 1–10 днів після введення ВМК, для купірування якого були використані спазмолітики й анальгетики.

Частота різноманітних побічних реакцій свідчить, що сумарний показник мав стійку тенденцію до зниження з 34,0% через 3 міс до 16,0% – через один рік. У структурі побічних реакцій переважали міжменструальні кров'янисті виділення (зниження з 14,0% до 6,0%); диспареунія (з 6,0% до 4,0%); дисменорея (з 6,0% до 4,0%) та емоційна лабільність (з 6,0% до 4,0%).

Клінічна ефективність ВМК у жінок із ЗПЖШ протягом 1 року склала 96,0% (2 випадки вагітності), а коефіцієнт Перля склав 4,0. Після різноманітних причин ВМК було видалено в 20,0% жінок, причому протягом перших 3 міс у 4,0%, через 6 міс – у 6,0% пацієнок; через 9 міс – у 4,0% і через 12 міс – у 6,0%. Як наочно свідчать отримані дані серед основних причин вимушеного видалення ВМК були гострий ендометрит (6,0%); гіперполіменорея (6,0%) і больовий синдром (8,0%), що не піддавались медикаментозній корекції.

Аналіз клінічного спостереження за 50 пацієнтками з ЗПЖШ дозволив встановити, що контрацептивний ефект трансдермальної гормональної контрацепції склав 100%.

При оцінці частоти та ступеню виразності різних побічних ефектів була проведена їх порівняльна оцінка через 3, 6, 9 та 12 міс.

Отримані дані свідчать, що найвищий рівень різних побічних ефектів спостерігався через 3 міс від початку трансдермальної ГК: нудота, мастальгія і міжменструальні кров'яні виділення (по 6,0%) і головний біль, надмірна маса тіла і емоційна лабільність (по 4,0%). Надалі, після 6 міс всі вищезазначені ускладнення зустрічались по одному випадку (2,0%). Через 9 міс мало місце по одному випадку нудоти і мастальгії (по 2,0%), а через 12 міс – тільки один випадок мастальгії (2,0%). Випадків вимушеної відмови від трансдермальної ГК не спостерігали.

Порівнюючи між собою частоту різних побічних ефектів у підгрупах необхідно вказати, що через 3 міс різниця склала всього лише 4,0%, але вже через 6 міс – 6,0%. Найбільш виражені відмінності мали місце через 9 (14,0%) та 12 міс (12,0%). Ці дані наочно підтверджують більш високу прийнятність трансдермальної ГК у порівнянні з ВМК для пацієнок з ЗПЖШ.

З метою підтвердження клінічної ефективності розробленого підходу до використання різних варіантів контрацепції необхідне проведення додаткових лабораторних досліджень.

При вивченні основних змін гомеостазу у пацієнок з ЗПЖШ в анамнезі нами вивчена динаміка тільки тих показників, які мали достовірні відмінності на попередньому етапі.

Як свідчать отримані дані, достовірне зниження вмісту Е у пацієнок 1.1 підгрупи у фолікулінову фазу циклу зберігалось впродовж 6 міс від початку використання ВМК, проте після 9 і 12 міс ці зміни були відсутні. В 1.2 підгрупі відмінності з контрольною групою зникали вже через 3 міс використання трансдермальної ГК.

Рівень ПГ в лютеїнову фазу був достовірно понижений у жінок з ЗПЖШ на фоні ВМК як через 3, так і через 6 міс від початку її використання. Разом з тим, після закінчення вже 9 міс істотних відмінностей у вмісті ПГ між контрольною і 3.1 підгрупою нами не визначено, що збереглося і через 1 рік. На відміну від цього, використання трансдермальної ГК дозволяло нормалізувати вміст ПГ вже через 3 міс від початку вживання і зберегти на такому ж рівні впродовж 12 міс.

Динаміка змін вмісту ФСГ свідчить, що впродовж всіх 12 міс у пацієнок 3.1 підгрупи зберігався достовірно понижений вміст цього показника, а в 3.2 підгрупі вже через 3 міс визначено збільшення ФСГ. Аналогічна закономірність мала місце і при вивченні рівнів ЛГ.

Одержані результати проведених ендокринологічних досліджень дозволяють констатувати єдину закономірність у пацієнок з ЗПЖШ – дисгормональні порушення, які діагностовані до початку використання різних методик контрацепції, зберігаються повністю при використанні ВМК впродовж перших 6 міс їх застосування. Проте, після 9 і 12 міс порушення ендокринного статусу частково усуваються (вміст Е і ПГ), а використання трансдермальної ГК дозволяє усунути дисгормональні порушення вже після 3 місяців застосування даної методики, що клінічно супроводжується зменшенням рівня основних побічних ефектів.

Аналізуючи основні параметри функціонального стану печінки у пацієнок з ЗПЖШ можна констатувати ряд встановлених закономірностей. Так, динаміка змін тимолової проби свідчить, що перші 3 міс застосування різних методик контрацепції зберігається достовірне зниження цього параметра, проте вже через 6 міс ці відмінності відсутні, також як і через 9 і 12 міс. Рівень загального білірубіну достовірно збільшений у пацієнок обох груп протягом півроку використання різних методик, а в подальшому ці відмінності набувають не достовірного характеру.

При вивченні основних параметрів ліпідного обміну (холестерин, β -ліпопротеїди (ЛПНЩ) і тригліцериди) встановлена єдина закономірність, яка полягає в збереженні порушень ліпідного обміну протягом всього часу дослідження від початку використання різних методик контрацепції у пацієнок з ЗПЖШ.

Загальновідомим є той факт, що найбільш інформативними показниками функціонального стану печінки є вміст ЛФ, АЛТ і АСТ. Одержані нами результати указують, що вміст ЛФ залишається достовірно збільшеним у пацієнок з ЗПЖШ протягом 6 міс від початку використання різних контрацептивних методик. Після закінчення вже 9 міс ці відмінності носять не достовірний характер,

що збереглося і через 12 міс. Рівень АЛТ у пацієнок із ЗПЖШ нормалізується щодо контрольної групи тільки через 12 міс від початку досліджень, а АСТ зберігається підвищеним навіть через 12 міс використання різних методик контрацепції у пацієнок із ЗПЖШ.

Резюмуючи основні зміни з боку біохімічних маркерів функціонального стану печінки необхідно відзначити, що достовірні відмінності між контрольною і основними підгрупами зберігаються протягом перших 3–6 міс від початку досліджень, а надалі відбувається нормалізація показників функціонального стану печінки в порівнянні з даними у здорових жінок репродуктивного віку, а параметри ліпідного обміну і АСТ залишаються достовірно зміненими. На нашу думку, це може бути пов'язано з паралельним прийомом різних гепатопротекторів у обстежених пацієнок для профілактики загострення ЗПЖШ, що носило й лікувальний характер.

Серед основних параметрів системного гемостазу достовірні відмінності мали місце з боку трьох показників: АЧТЧ, кількість тромбоцитів і їх спонтанна агрегація. Так, параметр АЧТЧ залишається достовірно збільшеним впродовж перших 6 міс від початку досліджень, а потім нормалізується щодо контрольної групи. В порівнянні з цим, число тромбоцитів залишається достовірно пониженим впродовж всього періоду дослідження, причому на фоні достовірно збільшеного параметра їх спонтанної агрегації.

При вивченні основних параметрів системного імунітету необхідно відзначити, що вміст CD3+ залишається достовірно пониженим впродовж всього досліджуваного періоду незалежно від методики контрацепції у пацієнок із ЗПЖШ. В порівнянні з цим, відносне число CD4+ нормалізувалося в обох групах незалежно від методики контрацепції через 9 місяців від початку досліджень. Аналогічна картина спостерігалась і при оцінці рівня показника CD8+.

Як було відзначено в попередньому розділі, результати проведеного мікроскопічного дослідження до початку різних методик контрацепції свідчать про відсутність суттєвих відмінностей з боку параметрів, що вивчаються, між пацієнками контрольної групи та тими, що мають ЗПЖШ.

При оцінці одержаних результатів нами відзначено, що найбільш виражені зміни мали місце через 6 міс від початку досліджень.

Картина вагінальних виділень свідчить про явне переважання в 1.1 підгрупі в порівнянні з контрольною і 1.2 підгрупою клітин епітелію ($p < 0,001$) і лейкоцитів ($p < 0,01$). Крім того, у цих пацієнок переважала змішана флора, у значній кількості (тільки в 1.1 підгрупі – 70,0%). У великій кількості випадків (86,0%) виявлено наявність «ключових клітин» з високим рівнем їх лізису (66,0%), а також поява таких мікроорганізмів, як Mobiluncus (54,0%) і Vacteroides (36,0%). Хоча запальна реакція слизової піхви не характерна для порушень мікробіоценозу, при мікроскопії мазків вагінальних виділень нерідко відзначали до 5 і більш лейкоцитів у полі зору в поєднанні з коковими і коккобацилярними морфотипами в значній кількості адгезованих на лейкоцитах.

Зазначена мікробіологічна картина була характерна для порушень мікробіоценозу статевих шляхів, що потребувало додаткового використання засобів для ефективної корекції дисбіозу піхви, що виник. При використанні трансдермальної ГК зміни з боку мікроскопічної картини були відсутні.

Ми вважали за доцільне представити динаміку бактеріологічних досліджень через 6 місяців використання різних методик контрацепції. При цьому, у пацієнток з ЗПЖШ на фоні використання ВМК в порівнянні з контрольною і 1.2 підгрупою встановлено достовірне зниження *Lactobacillus* spp. ($p < 0,01$) і *Bifidobacterium* spp. ($p < 0,05$) при одночасному збільшенні числа *E.coli* ($p < 0,05$); *Enterococcus* spp. ($p < 0,01$) і *S.aureus* ($p < 0,01$), а також поява *Bacteroides* spp. ($3.1 - 3,2 \pm 0,2$ КУО/мл); *Peptococcus* spp. ($3.1 - 3,7 \pm 0,3$ КУО/мл) і *Peptostreptococcus* spp. ($3.1 - 3,5 \pm 0,3$ КУО/мл). Причому, така закономірність була характерна як по типу моноїнфекції, так і у складі багатоклітинних асоціацій.

Отже, як свідчать результати проведених мікробіологічних досліджень, при використанні ВМК у пацієнток з ЗПЖШ вже через 6 міс спостерігаються значні зміни у складі мікрофлори, які проявляються пригніченням лактофлори, що забезпечує резистентність колонізації. На цьому фоні відбувається розширення спектру і збільшення чисельності умовно-патогенної мікрофлори. Очевидно, що така мікробіологічна картина представляє загрозу репродуктивному здоров'ю жінки. В зв'язку з цим представляється доцільним проводити не тільки бактеріоскопічне, але і детальне бактеріологічне дослідження, що дозволяє виявити потенційні патогени. Оскільки такі зміни мікроекології піхви представляють серйозну загрозу репродуктивному здоров'ю жінок необхідність додаткової своєчасної корекції представляється очевидною. У порівнянні з цим, використання трансдермальної ГК не призводить до порушення мікробіоценозу статевих шляхів, що свідчить про високий ступінь прийнятності даної методики.

ВИСНОВОК

Таким чином, як показали результати проведених досліджень використання нового підходу до рішення питання про вибір методу контрацепції у жінок з хронічною патологією печінки і жовчовивідних шляхів дозволяє забезпечити високий контрацептивний ефект при низькому рівні побічних ефектів і відсутності некомпенсованих змін біохімічних і гемостазіологічних показників. Це дозволяє нам рекомендувати дану методику для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Сравнительные аспекты гормональной и внутриматочной контрацепции у женщин с заболеваниями печени и желчевыводящих путей

Д.С. Ледин

Разработана новая методика профилактики непланируемой беременности у женщин с хронической патологией печени и желчевыводящих путей на основе использования гормональных контрацептивов и гепатопротекторов. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности предлагаемой методики у женщин группы высокого риска. Кроме того, отмечен низкий уровень побочных эффектов и отсутствие нарушений функционального состояния печени. Это позволяет рекомендовать данную методику для широкого использования в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: хроническая патология печени и желчевыводящих путей, беременность, профилактика.

Comparative aspects hormonal and intrauterine contraception at women with diseases of liver and bilious ways

D.S. Ledin

The new technique of preventive maintenance of not planned pregnancy at women with a chronic pathology of a liver and bilious ways is developed on the basis of use of hormonal contraceptives and a hepatoprotectors. The received results testifies to efficiency of an offered technique at women of group of high risk. Besides the low level of by-effects and absence of infringements of a functional condition of a liver is marked. It allows to recommend the given technique for wide use in practical public health services.

Key words: a chronic pathology of a liver and bilious ways, pregnancy, preventive maintenance.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кузьмин А.А. Гормональные контрацептивы нового поколения / А.А. Кузьмин // Контрацепция и здоровье женщины. – 2008. – № 1. – С. 2–10.
2. Курбанова М.Х. Приемлемость и эффективность средств контрацепции при некоторых формах экстрагенитальной и акушерской патологии / М.Х. Курбанова. Авт. дисс. ... д-ра мед. наук. – Душанбе, 1997. – 31 с.
3. Фролова О.Г. Дискуссионные вопросы контрацепции у женщин после родов / О.Г. Фролова, В.Ф. Волгина, Т.М. Пугачева // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 6. – С. 43–46.
4. Хомасурадзе А.Г. Руководство по контрацепции / А.Г. Хомасурадзе, А.А. Шакаршвили. – Тбилиси. – 2014. – 504 с.

УДК 618.145-002.18-007.61:611.664]-06:616.441-008.64

Особливості лікування гіперпластичних процесів ендометрія на фоні гіпотиреозу

Б.М. Лисенко

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

Результати проведених досліджень свідчать, що основним варіантом гіперпластичних процесів ендометрія у жінок з гіпотиреозом є залозисто-кістозна гіперплазія (79,3%) в порівнянні із залозистими і залозисто-фіброзними поліпами ендометрія (20,7%). При поєднанні гіперпластичних процесів ендометрія і гіпотиреозу має місце обтяжений гінекологічний анамнез (ювенільні – 13,5% і дисфункціональні маткові кровотечі – 73,9%), а також поєднання з лейоміомою матки (63,3%), хронічними запальними процесами малого тазу (55,0%) і гіперплазією залізистої тканини грудних залоз (72,0%). Використання вдосконаленого алгоритму прогностичних і лікувально-профілактичних заходів дозволяє підвищити ефективність лікування гіперпластичних процесів ендометрія у жінок з гіпотиреозом, знизити число рецидивів і надає можливість відновлення репродуктивної функції.

Ключові слова: гіперпластичні процеси ендометрія, гіпотиреоз, лікування.

Серед основної патології репродуктивної системи в дітородному періоді посідають гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ) [1–3]. Основними причинами розвитку різних варіантів ГПЕ 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 [4–6].

В умовах сьогодення тиреоїдна дисфункція і особливо гіпотиреоз є патологією, що досить часто зустрічається серед жінок репродуктивного віку, а в структурі захворюваності патологія щитоподібної залози (ЩЗ) займає одне з перших місць [7, 8]. Серед широкого спектру причин такої несприятливої ситуації виділяють початкові дисгормональні порушення, які можуть починатися з пубертатного періоду, обтяжений репродуктивний анамнез, медико-соціальні причини тощо [9, 12].

Не дивлячись на значне число наукових публікацій по проблемах ГПЕ і гіпотиреозу окремо, наукові дослідження, що стосуються взаємозв'язку цих двох патологій, практично, відсутні, а наявні в даному напрямку поодинокі публікації носять фрагментарний характер. Усе наведене вище свідчить про актуальність цієї проблеми.

Мета дослідження: підвищення ефективності консервативної терапії ГПЕ у жінок з гіпотиреозом на підставі вивчення основних клінічних, ехографічних, ендокринологічних і морфологічних змін, а також розроблення алгоритму різних методів використання медикаментозної терапії і прогнозування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети і завдань нами було обстежено 243 жінки дітородного віку. З них характер перебігу гіперпластичних процесів ендометрія (ГПЕ) був вивчений у 182 жінок. Всіх 243 жінок було розподілено на три групи:

1 група – 61 жінка дітородного віку без ГПЕ, з регулярним двофазним менструальним циклом, що не приймали протягом 6 міс гормональні препарати, із зміною структури і об'єму щитовидної залози (ЩЗ) в стані еутиреозу;

2 група – 96 жінок з гіпотиреозом І ГПЕ, розподілених на дві підгрупи, з субклінічними і «маніфестними» проявами гіпотиреозу:

2.1. підгрупа – 55 жінок репродуктивного віку з клінікою ГПЕ і змінами об'єму і структури ЩЗ, характерними для стану субклінічного гіпотиреозу;

2.2. підгрупа – 41 жінка дітородного віку, з клінікою ГПЕ, що мають зміну об'єму і структури ЩЗ з «маніфестним» гіпотиреозом.

3 група – 86 жінок з ГПЕ без супутньої патології ЩЗ.

Дослідження проводилися в три етапи.

1 етап – вивчення характеру екстрагенітальної та генітальної патології у жінок з ГПЕ репродуктивного періоду.

2 етап – вивчення стану ЩЗ у жінок з ГПЕ репродуктивного періоду.

3 етап – вивчення характеру перебігу ГПЕ у жінок репродуктивного віку з патологією ЩЗ.

Обстеження всіх пацієнток проводилося за наступною схемою:

- стандартний опит із заповненням статистичної карти.
- дослідження по органах і системах.
- спеціальне гінекологічне дослідження.
- визначення стану ендометрія (УЗД, гістероскопія, роздільне діагностичне вишкрібання або аспіраційна біопсія).
- дослідження функції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи.
- дослідження функції ЩЗ.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основним варіантом гіперпластичних процесів ендометрія у жінок з гіпотиреозом є залозисто-кістозна гіперплазія (79,3%) в порівнянні із залозистими і залозисто-фіброзними поліпами ендометрія (20,7%).

При поєднанні ГПЕ і гіпотиреозу має місце обтяжений гінекологічний анамнез (ювенільні – 13,5% і дисфункціональні маткові кровотечі – 73,9%), а також поєднання з лейоміомою матки (63,3%), хронічними запальними процесами малого тазу (55,0%) і гіперплазією залізистої тканини грудних залоз (72,0%).

Менструальна функція у пацієнток з поєднанням ГПЕ і гіпотиреозу характеризується переважанням ановуляторного менструального циклу (74,8%) в порівнянні з двофазним циклом (25,2%).

Ендокринологічний статус у пацієнток з поєднанням ГПЕ і гіпотиреозу залежить від збереження фазності менструального циклу:

- при ановуляторному циклі має місце гіперестрогенія, підвищення рівня ЛГ на тлі нормальної концентрації ФСГ і зниження вмісту Прогестерону;

- при двофазному циклі дисгормональні порушення носять компенсований характер.

При аналізі взаємозв'язку між тиреоїдною дисфункцією і різними формами ГПЕ встановлено, що збільшення частоти залозисто-кістозної гіперплазії ендометрія у жінок на тлі патології гіпотиреозу залежить від тривалості тиреоїдної дисфункції і ступеню гормональних порушень.

Тривалий і виражений дефіцит специфічної дії тиреоїдних гормонів призводить до вираженого порушення функції гіпоталамо-гіпофізарно-оваріальної системи, а першими проявами є розлад менструальної функції з ановуляцією, безпліддям і матковими кровоточами.

Зіставлення результатів цитологічного інструментальних і морфологічних досліджень показало, що точність цитологічної діагностики ГПЕ склала 46,8%, трансвагінальної ультразвукової – 68%, ендоскопічної – 97,9%.

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

1. Для ефективної діагностики ГПЕ у жінок з гіпотиреозом не обходжений використовувати комплексний похід на основі вживання клініко-лабораторних, ехографічних і ендоскопічних методів дослідження.

2. Лікувальна тактика при ГПЕ при гіпотиреозі залежить від патоморфологічної характеристики ендометрія, віку пацієнтки, ступеня порушення функції ШЦЗ, супутньої генітальної і екстрагенітальної патології.

3. У жінок 20–34 років при виявленні ГПЕ необхідно призначати комбіновані оральні контрацептиви впродовж 6 міс; ехографічний контроль через 3, 6, 12 міс, аспіраційну цитологію через 3 міс, роздільне вишкрібання і гістероскопію через 6 міс.

4. У жінок 40–44 років при виявленні ГПЕ слід призначати гестагени впродовж 6 міс. Ехографічний контроль проводити через 3, 6, 12 міс, аспіраційну цитологію через 3 міс, роздільне діагностичне вишкрібання і гістероскопію через 6 міс.

5. В комплекс лікування хворих з ГПЕ при гіпотиреозі, окрім гормональної терапії, за показаннями можна включати засоби, поліпшуючі стан центральної нервової системи, препарати, сприяючі корекції змінних і водно-електролітних порушень, поліпшуючі функцію шлунково-кишкового тракту, гіпосенсибілізуючі, а також седативні препарати.

6. Для ефективного прогнозування ГПЕ у пацієнток з гіпотиреозом слід враховувати значущість найбільш значимих чинників розвитку: наявність генітальної патології (R=8,1); полікістозні (мультифолікулярні) зміни яєчників (R=5,3); наявність супутньої мастопатії (R=5,0); тривалість порушень менструальної функції (R=4,8); наявність обтяженої спадковості (R=4,5).

Ефективність пропонованого алгоритму лікувально-профілактичних і прогностичних заходів складає 97,0%, а в 3,0% проведено оперативне лікування в об'ємі гістеректомії.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать, що використанням вдосконаленого алгоритму прогностичних і лікувально-профілактичних заходів дозволяє підвищити ефективність лікування ГПЕ у жінок з гіпотиреозом, знизити число рецидивів і надає можливість відновлення репродуктивної функції.

Особенности лечения гиперпластических процессов эндометрия на фоне гипотиреоза

Б.М. Лысенко

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основным вариантом гиперпластических процессов эндометрия у женщин с гипотиреозом является железисто-кистозная гиперплазия (79,3%) по сравнению с железистыми и железисто-фиброзными полипами эндометрия (20,7%). При сочетании гиперпластических процессов эндометрия и гипотиреоза имеет место отягощенный гинекологический анамнез (ювенильные – 13,5% и дисфункциональные маточные кровотечения – 73,9%), а также сочетание с лейомиомой матки (63,3%), хроническими воспалительными процессами малого таза (55,0%) и гиперплазией железистой ткани грудных желез (72,0%). Использование усовершенствованного алгоритма прогностических и лечебно-профилактических мероприятий позволяет повысить эффективность лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин с гипотиреозом, уменьшить количество рецидивов и дает возможность восстановления репродуктивной функции.

Ключевые слова: гиперпластические процессы эндометрия, гипотиреоз, лечение.

Features of treatment hyperplastic processes of endometrium against hypothyroidism

B.M. Lusenko

Results of the spent researches testify that the basic variant of hyperplastic processes of endometrium at women with hypothyroidism is glands-cystes hyperplasia (79,3%) in comparison with ferruteros and glands-fibrous polyps of endometrium (20,7%). At a combination of hyperplastic processes of endometrium and hypothyroidism the burdened gynecologic anamnesis (juvenile – 13,5 % and dysfunction uterine bleedings – 73,9%), and also a combination with leiomyoma of uterus (63,3%), chronic inflammatory processes of a small basin (55,0%) and hyperplasia of ferruteros fabric of mammary glands (72,0%) takes place. Use of advanced algorithm forecasting and treatment-and-prophylactic actions allows to raise efficiency of treatment of hyperplastic processes of endometrium at women with hypothyroidism, to lower number of relapses and gives the chance restoration of reproductive function.

Key words: hyperplastic processes of endometrium, hypothyroidism, treatment.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Манухин И.Б. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии / И.Б. Манухин, Л.Г. Тумилович, М.А. Геворкян. – М.: МИА, 2011. – 247 с.
- Сучасні принципи діагностики та лікування гіперпластичних процесів ендометрію, Методичні рекомендації – Згідно з Протоколом, затвердженим Наказом МОЗ України від 31.12.2004 р. № 676 /Під ред А.Я. Сенчука. – 2005.
- Сімрок В.В. Гормональні показники у хворих із доброякісною патологією матки / В.В. Сімрок // Ендокринологія. – 2010. – Т. 5, № 1. – С. 10–15.
- Коханевич Е.В. Гиперпластические процессы и рак эндометрия / Е.В. Коханевич, К.П. Ганина, В.Е. Мицкевич [и др.] // Журнал практического врача. – 2008. – № 4. – С. 23–31.
- Горин В.С. Роль патологии щитовидной железы в развитии гиперпластических процессов в эндометрии:

- Обзор / В.С. Горин, С.Н. Болдырева, Г.Я. Голиков [и др.] // Вестн. Рос. ассоц. Акушеров-гинекологов. – 2007. – № 4. – С. 24–27.
6. Чернуха Г.Е. Особенности гормональных взаимоотношений при различных вариантах гиперплазии эндометрия / Г.Е. Чернуха, А.А. Кангельдиева, Г.В. Слукина // Проблемы репродукции. – 2012. – Т. 8, № 5. – С. 36–40.
7. Практическое руководство по гинекологической эндокринологии / В.Н. Серов, В.Н. Прилепская, Т.Я. Пшеничникова [и др.] – М.: Русфармамед, 2014. – 427 с.
8. Чайка В.К. Прогнозирование рецидивирования гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста / В.К. Чайка, Т.И. Холодняк, Г.Д. Мисуна / Медико-социальные проблемы семьи. – 2009. – Т. 8, № 2. – С. 103–108.
9. Железнов Б.И. Клиника, диагностика и лечение полипов эндометрия / Б.И. Железнов А.Н. Стрижаков, В.А. Лебедев // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 11. – С. 73–77.
10. Раскوراتов А.Ю. Клинико-биохимические показатели в диагностике и прогнозировании течения железистой гиперплазии эндометрия: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.01 «Акушерство и гинекология» / А.Ю. Раскوراتов. – М., 2002. – 19 с.
11. Клинико-патогенетические варианты гиперпластических процессов эндометрия у женщин, проживающих в различных экологических условиях / [Давидян Л.Ю., Родкана Р.А., Багдасаров А.Ю., Олейникова Д.В.] // Казанский медицинский журнал. – 2012. – Т. 83, № 2. – С. 105–107.
12. Рожковська Н.М. До питання щодо оптимальної тактики ведення хворих з поліпами ендометрія / Н.М. Рожковська // Одеський медичний журнал. – 2011. – № 2. – С. 49–50.

УДК 618.14-006.36

Клінічні аспекти відновлення репродуктивної функції у жінок з міомою матки

О.О. Литвак

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

Результати проведених досліджень свідчать, що консервативна міомектомія є одним з найбільш прийнятних варіантів оперативного лікування лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку, особливо до 40 років. Отримані результати дозволяють виділити цю наукову проблему для ширшого вивчення, особливо в плані віддалених наслідків і відновлення репродуктивної функції.

Ключові слова: консервативна міомектомія, аспекти.

Лейоміома матки відноситься до доброякісної пухлини статевих органів жінки, що найчастіше зустрічається, і займає значне місце серед патології репродуктивної системи [1–5]. Існуючі методи консервативної терапії хворих лейоміомою матки дуже часто є недостатньо або абсолютно неефективними, у зв'язку з чим виконують оперативне лікування. При цьому до 80,0% всіх оперативних втручань доводиться на радикальні операції – ампутацію або екстирпацію матки. В той же час відмічено, що лейоміома матки досить часто зустрічається у молодих жінок. У віці до 40 років оперативному втручання піддаються до 30,0% хворих лейоміомою [1–5]. Радикальні операції позбавляють жінку надалі можливості мати дітей і призводять до значних змін в гіпоталамо-гіпофізарно-яєчниковій системі, посилюючи тим самим вже наявні в організмі патологічні процеси, і обумовлюють виражене напруження психоемоційного стану. У зв'язку з цим велика увага приділяється проведенню органозберігаючих операцій, серед яких найбільш функціонально-щадною є міомектомія.

Проте питома вага міомектомії до теперішнього часу залишається невеликою і складає до 20,0% [2, 4]. Обумовлено це цілим рядом причин: технічною складністю операції, що вимагає якісної хірургічної підготовки оперуючого лікаря, можливістю виникнення рецидивів міоми, вищою частотою післяопераційних запальних ускладнень, розвитком масивного спайкового процесу в малому тазу, що може призвести до появи перитонеальної форми безпліддя і симптомів спайкової хвороби.

У даний час у вітчизняній і зарубіжній літературі є велика кількість досліджень, присвячених проблемі реконструктивно-пластичних операцій на матці у хворих міомою матки зовні вагітності. Аналіз цих робіт показує, що основною метою операцій, що проводяться, є прагнення залишити матку, зберегти або відновити репродуктивну, менструальну функції і підтримати гомеостаз організму

в цілому. Проте до теперішнього часу багато питань цієї проблеми залишаються невирішеними, а по низці принципових запитань в літературі є суперечливі думки.

Таким чином, проблема хірургічного органозберігаючого лікування хворих лейоміомою матки є актуальною як в медичному, так і в соціальному аспектах, вирішення якої, поза сумнівом, підвищить безпеку проведення реконструктивно-пластичних операцій і ефективність відновлення порушених функцій репродуктивної системи.

Мета дослідження: вивчення актуальних аспектів консервативної міомектомії.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети нами проведено обстеження 100 пацієнток репродуктивного віку з лейоміомою матки. Середній вік пацієнток склав $35,7 \pm 3,7$ року.

Екстрагенітальна патологія була виявлена у 48,0% обстежених пацієнток. Здоровими себе вважали 52,0% жінок. Найчастіше спостерігалися захворювання шлунково-кишкового тракту (26,0%), рідше ушкодження легеневої (4,0%) і серцево-судинної систем (6,0%). Ендокринна патологія була представлена захворюваннями щитовидної залози (8,0%) і цукровим діабетом (4,0%), проте деяка поширена патологія серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту (хронічний холецистит) має явну естрогенну залежність.

При аналізі структури гінекологічних захворювань було виявлено, що лише у 10,0% пацієнток лейоміома матки зустрічалася ізольовано. У всіх останніх випадках вона поєднувалася з обтяженим гінекологічним анамнезом. Майже у кожній другій хворій (48,0%) зустрічалися запальні процеси придатків і патологія шийки матки. В 16,0% спостерігалися кісти яєчників, дещо рідше гіперпластичні процеси ендометрія (14,0%) і ендометріоз різної локалізації (14,0%).

Звертає на себе увагу велика питома вага безпліддя (28,0%) в структурі гінекологічної патології, причому вторинне безпліддя зустрічалася дещо частіше первинного (18,0% і 10,0% відповідно). Проте пологи у жінок з вторинним безпліддям відмічені лише в половині випадків (48,0%). У жінок з лейоміомою матки часто скрутно визначити пріоритетну роль основної або супутньої патології в патогенезі розвитку безпліддя. При аналізі часу виникнення патології, було виявлено, що тривалість існування як безпліддя, так і міоми у цих пацієнток на момент операції коливалася від 1 року до 15 років. При цьому у 70,0% пацієнток вагітність не наставала більше 3 років, тоді як тривалість лейоміоми матки більше 3 років відзначали лише в 34,0% з цих жінок.

При аналізі чинників ризику розвитку безпліддя, лише один чинник – лейоміома матки – присутній у 4,0% жінок. У цих випадках мало місце підслизове розташування вузла. Окрім лейоміоми матки 76,0% пацієнток мали в анамнезі запальні захворювання органів малого тазу, причому в 26,0% з утворенням гідро- і сактосальпінксів. В кожній четвертій в анамнезі (24,0%) були переривання вагітності гіперпластичні процеси ендометрія. Важливе значення мають оперативні втручання (16,0%) на органах малого тазу в анамнезі у зв'язку з високим ризиком розвитку спайкового процесу і перитонеальної форми безпліддя.

Отже, лейоміома матки не була основною причиною безпліддя у більшості пацієнток, яка через різні причини розвинулася задовго до появи міоми.

У патогенезі розвитку лейоміоми матки, як відомо, певна роль відводиться оперативним втручанням на органах малого тазу. Відкрите оперативне втручання на органах малого тазу було виконано у 10,0% пацієнток з лейоміомою. Свідченнями були патологія яєчників, ектопічна вагітність, кесарів розтин і консервативна міомектомія. У 36,0% жінок до моменту операції виконувалося лікування шийки, в 24,0% лікувально-діагностичних вискоблювань порожнини матки і каналу шийки матки. Окрім гінекологічних втручань великий вплив на процес спайкоутворення в малому тазу надають і різні хірургічні операції. Найбільше значення має апендектомія, яку виконували у 16,0% жінок, причому в 2,0% запалення червоподібного відростка ускладнилося розлитим перитонітом.

До моменту операції більшість жінок вже встигли реалізувати свою репродуктивну функцію. Так вагітності в анамнезі були у 68,0% пацієнток. Кількість пологів лише трохи переважала над числом абортів. 22,0% пацієнток вказували на мимовільне переривання вагітності, причому у більшості з них викидні відбувалися в терміні до 18 тижнів вагітності, що, мабуть, пов'язано з відносною гіперестрогенією у хворих з лейоміомою матки. Велика кількість небажаних вагітностей, мабуть, пов'язана з неефективною контрацепцією. 42,0% з обстежуваних жінок не оберігалися від вагітності або використовували малоефективні методи (перерваний статевий акт, календарний метод і тому подібне). До бар'єрних засобів удавалося 22,0% пацієнток. Препарати, що мьстять гормон, у тому числі комбіновані оральні контрацептиви, епізодично (переважно з лікувальною метою) приймали 48,0% жінок, проте більше року, з метою контрацепції, лише 20,0%. Ще 16,0% оберігалися від небажаної вагітності за допомогою внутрішньоматкової контрацепції.

Особлива увага приділялася вивченню менструальної функції. Середній вік настання менархе був $13,3 \pm 1,4$ року з коливаннями від 10 до 18 років. У віці до 10 років менструація настала в 2,0%, стільки ж пацієнток мали в анамнезі пізніше менархе. Практично у всіх дівчат місячні встановилися в період до 6 міс – 92,0%, в 6,0% – протягом перших 1–2х років, а в 2,0% залишався нерегулярним аж до моменту операції. Середня тривалість менструації склала $5,1 \pm 0,7$ дня, варіюючи від 2 до 10 днів. В 16,0% менструації налічували більше 7 днів. В середньому менструальний цикл тривав $28,2 \pm 2,4$ дня (від 21 до 40 днів). У 88,0% пацієнток до моменту операції він був регулярним. Більшість (60,0%) оцінювали крововтрату під час менструації як помірну, у 40,0% пацієнток наголошувалася гіперменорея. Хворобливий менструальний цикл відзначала третина пацієнток (32,0%). Отже, на момент операції 50,0% пацієнток мали ті або інші порушення менструальної функції.

У нашому дослідженні при аналізі скарг перше місце займали болі різної інтенсивності і характеру, що локалізуються в нижніх відділах живота у 34,0% жінок. Найчастіше болі носили ниючий характер і не мали зв'язку з менструальним циклом. Значне число цих пацієнток (30,0%) вказували на диспаревнію, що, у ряді випадків, суттєво впливало на родинні взаємини і якість життя пацієнток.

Майже третину хворих (32,0%) непокоїли рясні, тривалі менструації, що з'явилися після появи міоми матки. В 24,0% на фоні цього за результатами загального аналізу крові були виявлені ознаки анемії. При цьому найчастіше вона протікала в легкій формі (14,0%). Анемія середнього ступеня тяжкості розвинулася в 6,0%. Рівень гемоглобіну нижче 70 г/л діагностовано в лише 2,0% жінок.

У 4,0% пацієнок наголошувалися порушення сечовипускання, пов'язані з компресією сечового міхура зростаючою лейоміомою.

Основною скаргою, що пред'являється чотирма пацієнтками (4,0%), було звичне невиношування. У всіх жінок в анамнезі були від 2 до 3 (у 1 пацієнтки) мимовільних викиднів в I триместрі вагітності.

Основними свідченнями для хірургічного лікування у обстежуваних пацієнок були порушення менструальної функції (50,0%), больовий синдром (32,0%), порушення генеративної функції (28,0%), анемія (22,0%), дизуричні порушення (3,0%). При цьому у більшості хворих було декілька свідчень для виконання операції.

Серед багатьох чинників, що визначають ефективність оперативного лікування провідне місце займає техніка проведення самої операції.

Входження в черевну порожнину здійснювали переважно через поперечний надлобковий розріз по Пфанненштілью (92,0%) і у 8,0% пацієнок через нижньосерединний розріз. Нижньосерединний череворозтин виконували лише при великих розмірах лейоміоми (більше 20-тижневої вагітності) або по старому подовжньому шкірному рубцю після попередніх оперативних втручань.

У переважній більшості випадків видалення поодинокі утворення. Так, міомектомія 1 вузла була виконана у 50,0% пацієнок, 2 вузлів – в 17,0%, що в сумі складає 67,0%. У 18,0% пацієнок було видалено більше 5 вузлів, причому в 10,0% їх кількість перевищила 10.

У нашій роботі під час операції у 18,0% жінок видалення міоматозних вузлів відбувалося з розтином порожнини матки. При цьому лише в 6,0% мало місце субмукозне розташування вузла. Достовірно частіше ($p < 0,05$) лейоміома розташовувалася в товщі міомерія і розтин порожнини відбувався у зв'язку з енуклеацією інтерстиціальних вузлів з центрипетальним зростанням, що спостерігалось у 12,0% пацієнок. При цьому розмір пухлини був від 3 до 12 см, причому в 8,0% випадках він перевищував 5 див.

Під час операції проводили ревізію органів малого тазу для з'ясування необхідності додаткових оперативних втручань, в результаті, консервативна міомектомія в чистому вигляді була виконана лише у 22,0% пацієнок. У останніх випадках видалення лейоміоматозних вузлів поєднувалося з виконанням інших гінекологічних операцій. Найчастішою супутньою патологією були кісти яєчників (42,0%).

Оскільки більше половини з оперованих жінок вже виконала свою дітородну функцію, і більшість не планували вагітності в майбутньому, то 28,0% пацієнок дали свою згоду на проведення добровільної хірургічної стерилізації.

У 22,0% пацієнок під час операції наголошувалася виражений спайковий процес в малому тазу, що пов'язане з попередніми оперативними втручаннями і великою поширеністю запальних захворювань статевих органів. У всіх жінок виконано розподіл спайок, причому у 6,0% пацієнок, разом з сальпінгооваріолізисом, виконана сальпінгостоматопластика.

Загальна крововтрата під час операції коливалася від 50 мл при видаленні поодинокого субсерозного вузла на ніжці до 1000 мл при множинній лейоміомі матки великих розмірів. Завдяки високому професіоналізму і підготовці оперуючих лікарів в 94,0% випадках крововтрата не перевищила 400 мл. Для профілактики і

лікування гемодинамічних порушень в 6,0% хворих виконували гемотрансфузію свіжозамороженою плазмою (інтраопераційно) і еритроцитарною масою (у післяопераційному періоді). Лише у 2,0% випадків, з метою зменшення кількості крові, що втрачається під час операції, була виконана перев'язка магістральних судин матки.

Тривалість оперативного втручання коливалася від 30 до 120 хв і складала, в середньому, $56,9 \pm 8,1$ хв.

Перебіг післяопераційного періоду багато в чому визначався об'ємом оперативного втручання, що залежало від розмірів міоми, кількості видалених вузлів і їх локалізації, вихідним загальним станом хворого і іншими чинниками.

При щоденній термометрії в 81,0% хворих наголошувалася субфебрилітет протягом перших декількох діб після операції. В 60,0% з них тривалість підйому температури не перевищувала 4 доби. В 21,0% в післяопераційний період наголошувалася гіпертермія до 38°C і вище (максимальне значення $39,5^\circ\text{C}$).

Проведення міомектомії, як і будь-якого оперативного втручання, посилює спочатку наявну анемію. У нашому дослідженні наголошувалося достовірне підвищення кількості анемії ($p < 0,01$), причому переважно за рахунок легкого перебігу. У ранньому післяопераційному періоді за результатами загального аналізу крові у 40,0% пацієнок виявлялася анемія. В 32,0% з них гемоглобін не опускався нижче 90 г/л, тобто відповідав легкому ступеню тяжкості і був достовірно вище даного показника до проведення операції ($p < 0,01$). Середньотяжка анемія зустрічалася в 8,0%. Не дивлячись на те, що до проведення міомектомії у 2,0% жінок на фоні маткових кровотеч рівень гемоглобіну був нижчий 70 г/л, завдяки адекватній трансфузійній терапії в післяопераційному періоді не виявлено жодного випадку важкої анемії.

ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень консервативна міомектомія є одним з найбільш прийнятних варіантів оперативного лікування лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку, особливо до 40 років. Отримані результати дозволяють виділити цю наукову проблему для ширшого вивчення, особливо в плані віддалених наслідків і відновлення репродуктивної функції.

Клинические аспекты восстановления репродуктивной функции у женщин с миомой матки Е.О. Литвак

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что консервативная миомэктомия является одним из наиболее приемлемых вариантов оперативного лечения лейомиомы матки у женщин репродуктивного возраста, особенно до 40 лет. Полученные результаты позволяют выделить эту научную проблему для более широкого изучения, особенно в плане отдаленных последствий и восстановления репродуктивной функции.

Ключевые слова: консервативная миомэктомия, аспекты.

**Clinical aspects of restoration of reproductive function at women with
a uterus myoma**
E.O. Litvak

Results of the spent researches testify, that conservative myomectomy is one of the most comprehensible variants of operative treatment leiomyoma of uterus at women of reproductive age, especially till 40 years. The received results allow to allocate this scientific problem for wider studying, especially in respect of the remote consequences and restoration of reproductive function.

Key words: *uterus myoma, reproductive function.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Густоварова Т.А. Клинико-морфологические параллели состояния рубца на матке после консервативной миомэктомии / Т.А. Густоварова, А.Н. Иванян, А.Е. Доросевич // Вестник Смоленской медицинской академии, Смоленск, 2013. – № 4. – С. 26–28.
2. Коржув С.И. Миомэктомия как метод сохранения и восстановления репродуктивной функции женщин / С.И. Коржув, А.Н. Иванян, Т.А. Густоварова // Вестник Смоленской медицинской академии. – Смоленск. – 2012. – № 4. – С. 136–138.
3. Кулаков В.И. Оперативная гинекология – хирургические энергии: Руководство / В.И. Кулаков, Л.В. Адамян, О.А. Мынбаев. – М.: Медицина, 2010. – 860 с.
4. Руководство по эндокринологической гинекологии / Под ред. Е.М. Вихляевой. – М.: МИА, 2011. – С. 487–570.
5. Хирш Х.А. Оперативная гинекология / Х.А. Хирш, О. Кезер, Ф.А. Икле / Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР. – 2013. – 649 с.

УДК 618.177-07-08:616-432

**Плацентарна дисфункція у жінок,
які використовували різні методи
контрацепції**

О.А. Лубковська

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

У статті показано вплив різних методів контрацепції на виникнення плацентарної дисфункції, що підтверджено ехографічними, лабораторними та патгістологічними дослідженнями. В основі цієї патології лежать порушення в системі мати–плацента–плід.

Ключові слова: *плацентарна дисфункція, внутрішньоматкова система, гормональна контрацепція, вагітність, пологи.*

На сьогоднішній день основне завдання, яке стоїть як перед акушерством, так і перед всією медициною в цілому, є забезпечення і підтримка здоров'я матері і дитини, що є основою у розвитку здорової нації. Тому перебіг вагітності та пологів залишається актуальним в колі різних наукових досліджень. Це зумовлюється великою частотою акушерських та перинатальних ускладнень, серед яких основне місце посідає плацентарна дисфункція. Як відомо, це клінічний симптомокомплекс, який характеризується морфологічними та функціональними порушеннями плаценти, що призводить до неспроможності в забезпеченні нею адекватного і достатнього обміну між організмом матері і плода [2, 4].

Такі порушення в плаценті можуть призвести до таких негативних наслідків, як дистрес плода, затримка розвитку плода, невиношування вагітності, слабкості пологової діяльності, зростання перинатальної захворюваності та смертності. Все це згодом призводить до неповноцінного розвитку центральної нервової системи, інтелектуального розвитку дитини, високої частоти захворюваності в ранньому та пізньому неонатальних періодах [7, 10].

Плацентарну дисфункцію поділяють на первинну та вторинну. Первинна плацентарна дисфункція розвивається до 16 тиж вагітності, тобто в період імплантації, раннього ембріогенезу внаслідок порушень гормональної функції яєчників, запальних захворювань статевих органів, генетичних, ендокринних патологій. Порушення в плаценті, що виникають після 16 тиж вагітності, називається вторинною плацентарною дисфункцією. Вона розвивається тоді, коли плацента вже сформована і є наслідком ускладнень вагітності, захворювань під час вагітності або загострення хронічної патології [1].

Плацентарна дисфункція може розвиватися під впливом різних причин, серед яких можна виділити екстрагенітальну патологію у вагітної, аномалії розвитку

матки чи інфекційні захворювання. Порушення формування і функції плаценти також залежить від несприятливих факторів навколишнього середовища, від наявності професійних негативних факторів, тютюнопаління, від початку і характеру статевого життя, а також від особливостей використання різних методів контрацепції [3].

Аналізуючи дані літератури, ми можемо сказати, що частота артифіційних абортів як в Україні, так і всьому світі, залишається на високому рівні. Запобігання небажаної вагітності стала невід'ємною частиною охорони репродуктивного здоров'я. У наш час з метою запобігання небажаної вагітності застосовують фізіологічні, механічні, хімічні, біологічні, хірургічні методи контрацепції. За даними статистики жінки надають перевагу гормональній та внутрішньоматковій контрацепції. Це пояснюється тим, що при використанні саме цих контрацептивів спостерігається найменший відсоток непланованих вагітностей, що настали протягом першого року застосування контрацепції [5, 8, 9].

Потрібно зазначити, що проблема контрацепції, її вплив на перебіг вагітності, особливо на розвиток такого ускладнення, як плацентарна дисфункція, продовжує носити актуальний характер [6, 9].

Мета дослідження: вивчення впливу різних методів контрацепції на виникнення плацентарної дисфункції.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження було побудовано на основі аналізу перебігу вагітності, пологів, стану новонароджених у 105 жінок, які ми розподілили на три групи. До контрольної групи включено 35 жінок, які перед вагітністю не використовували засоби контрацепції. До другої групи ввійшло 35 жінок, які використовували гормональну контрацепцію перед вагітністю. До третьої групи – 35 жінок, які використовували внутрішньоматкові системи (ВМС) перед тим, як завагітніти.

Гормональна контрацепція полягала у використанні жінками двофазних низькодозованих контрацептивів. Щодо ВМС, то використовувалися ВМС з міддю.

У рамках нашого аналізу ми вивчали жінок, які народжували повторно, були без генітальної та екстрагенітальної патології.

На облік по вагітності жінки взяті до 12 тиж. Всі вони пройшли необхідні обстеження згідно наказу МОЗ № 417. Проводився нагляд в динаміці за протіканням вагітності, пологів, станом новонароджених.

Вік вагітних, що увійшли до I групи коливався від 24 до 31 року; в рамках II групи – від 24 до 32 років; а серед III групи – від 25 до 32 років. Отже, середній вік вагітних істотно не відрізнявся і становив: першої групи – 27,6±0,3 року, другої – 28,7±0,3 року, третьої – 28,8±0,3 року ($p < 0,05$).

Під час нашого дослідження нами було зібрано загальний анамнез, проведене загальне соматичне та акушерське обстеження, а також ультразвукові, доплерометричні та лабораторні дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Отримані дані свідчать, що найбільша кількість випадків плацентарної дисфункції у жінок, які використовували ВМС до вагітності (31,4%). У жінок, які

приймали гормональну контрацепцію цей показник становив – 17,1%, а в жінок контрольної групи – 14,3%.

Проаналізовані більш детально показники функціонального стану фетоплацентарного комплексу у різні терміни гестації показали, що найбільша частота всіх показників, які ми оцінювали, були виявлені в III групі.

У 18–19 тиж під час ультразвукового дослідження (УЗД) було виявлено: низько розташована плацента (8,6% у III групі проти 2,9% в II групі, в I групі цього ускладнення не було), крайове передлежання плаценти (2,9% в III групі, в інших групах не було), багатоводдя (2,9% в III групі, в інших групах не було), передчасне дозрівання плаценти (2,9% в III групі, в інших групах не було).

У 30–32 тиж розбіжності між групами носили більш виражений характер: частота передчасного дозрівання плаценти: 5,7% у III групі, у II групі – 2,9%, у I групі – відсутній; затримка розвитку плода (5,7%) та низько розташована плацента (5,7%) виявлено лише у III групі. Також в цей термін гестації були порушення ендокринологічних показників, які найбільш виражені були у III групі: зниження прогестерону (5,7% у III групі проти 2,9% в II групі, та відсутністю в I групі), зниження вільного естріолу (2,9% в III групі, в інших групах не було) та плацентарного лактогену (5,7% в III групі, в інших групах не було).

Найбільш виражені розбіжності даних за всіма параметрами були діагностовано в 38–40 тиж: передчасне дозрівання плаценти (33,3% у III групі проти 17,1% у II групі та 14,3% у I групі), затримка розвитку плода (12,1% в III групі проти 5,7% в II групі, 2,9% в I групі), багатоводдя (6,1% в III групі проти 2,9% в II групі, в I групі цього ускладнення не було), маловоддя (3,0% в III групі, 2,9% в II групі, в I групі цього ускладнення не було). Також у групі, в якій жінки перед вагітністю використовували ВМС було виявлено найбільшу кількість випадків порушень синтезу плацентарних гормонів: зниження вільного естріолу становив в 6,1%, на відмінну від II групи, де він був в 2,9%; зниження плацентарного лактогену в 9,1%, у II групі лише в 2,9%. У I групі порушення синтезу плацентарних гормонів не було виявлено.

У 38–40 тиж БПП становив 5–6 балів в 6,1% та <5 балів в 3,0% у групі, в якій застосовувалися жінками ВМС. У II групі в 2,9% жінок БПП становив 5–6 балів, а <5 балів взагалі був відсутній. У контрольній групі БПП характеризував лише задовільний стан плода.

У цей термін гестації за даними доплерометрії найбільша частота порушення кровотоку в артерії пуповини було виявлено також в III групі (6,1% проти 2,9% у II групі, у I групі це порушення було відсутнє).

Підвищення плацентарно-плодового індексу зустрічалося найбільше у III групі – в 12,1%, у II групі він був в 8,6%, у I групі лише в 2,9%.

Результати патгістологічних досліджень виявили, що в групі, в якій жінки використовували ВМС, в більшості плацентах були виражені дистрофічні зміни, на відмінну від інших двох груп, де в більшості випадків в плаценті відзначалося лише незначні інволютивно-дистрофічні зміни.

ВИСНОВКИ

Таким чином, у результаті проведеного дослідження встановлено, що використання ВМС до вагітності призводить до більшої кількості випадків плацентарної

дисфункції та більшої частоти випадків ускладнень під час перебігу пологів у порівнянні з жінками, які приймали гормональну контрацепцію. Це підтверджується ехографічними, лабораторними та патгістологічними дослідженнями, в основі яких лежать порушення в системі мати–плацента–плід.

Плацентарная дисфункция у женщин, использующих различные методы контрацепции
А.А. Лубковская

В статье показано влияние различных методов контрацепции на возникновение плацентарной дисфункции, что подтверждено эхографическими, лабораторными и патгистологическими исследованиями. В основе этой патологии лежат нарушения в системе мать–плацента–плод.

Ключевые слова: плацентарная дисфункция, внутриматочная система, гормональная контрацепция, беременность, роды.

Placental dysfunction in women who used various methods of contraception
O.A. Lubkovska

The article shows the impact of various contraceptive methods on the occurrence of placental dysfunction, as confirmed by echographic, and laboratory pathohistological research. The basis of this pathology are disturbances in the mother-placenta-fetus system.

Key words: placental dysfunction, intrauterine system, hormonal contraception, pregnancy, childbirth.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Акушерство та гінекологія / За ред. А.М. Громової, В.К. Ліхачова. – Полтава: «Полтава», 2000. – 600 с.
2. Грінкевич Т.М. Сучасні аспекти діагностики фетоплацентарної недостатності / Т.М. Грінкевич, А.Б. Сухарєв, Д.О. Калініченко / Вісник Сумського державного університету. Серія медицина. – 2010. – № 2. – С. 61–63.
3. Король Т.М. Фетоплацентарная недостаточность (ФПН) – актуальная проблема медицины. Клинико-этиопатогенетические критерии диагностики, лечения и профилактики / Т.М. Король. // Вісник проблем біології і медицини. – 2013. – С. 49–53.
4. Майоров М.В. Плацентарная недостаточность: актуальные особенности патогенеза, диагностики, терапии [Электронный ресурс] / М.В. Майоров // Провизор. – 2005. – Режим доступа до ресурсу: http://www.provisor.com.ua/archive/2005/N3/art_29.php.
5. Писисеева Л.В. Прогнозирование осложнений при применении медьсодержащих внутриматочных контрацептивов / Л.В. Писисеева, Е.Г. Фадеева // Вестн. Росс. ассоц. акуш.-гин. 2001. – № 2. – С 58–60.
6. Сучасні аспекти планування сім'ї. Навчальний посібник. – К., 2012. – 320 с.
7. Benirschke K. Pathology of the human placenta / K. Benirschke, P. Kaufmann. – New York: Springer, 2000. – 948 p.
8. Hormonal contraception: present and future / [Benagiano G., Bastianelli C., Farris M. et al.] // Drugs Today (Barc). – 2008. – Vol. 44 (12). – P. 905–23.
9. Hormonal contraception: recent advances and controversies // Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Fertil Steril. – 2008. – Vol. 90 (5). – P. 103–13.
10. Pathology of the human placenta / Ed. K. Benirschke, P. Kaufmann, R. Baergen – 5th ed. – New York: Springer, 2006. – 1050 p.

УДК 618.17+57.048

Стресовий фактор як складова життя жінок з передменструальним синдромом

Л.В. Пахаренко

Івано-Франківський національний медичний університет

Одним з найбільш поширених нейроендокринних синдромів в гінекології є передменструальний синдром (ПМС). Сьогодні, окрім медичних факторів ризику виникнення ПМС, набувають особливої актуальності і соціальні передумови – стресові ситуації, проживання у великих містах, інтелектуальна діяльність. Метою дослідження було проведення оцінювання рівня психоемоційного стресу у хворих з даним нейроендокринним синдромом. Проведено обстеження 200 жінок з ПМС, які становили основну групу. В контрольну групу увійшли 50 здорових осіб 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. Рівень психоемоційного стресу вивчали за допомогою методики Л. Рідера в лютеїновій фазі менструального циклу. Для статистичного аналізу отриманих даних виховували критерій Манна–Уїтні та χ^2 . Встановлено, що для хворих ПМС характерним є високий рівень психоемоційного стресу відносно здорових жінок ($p=0,01$), який корелював із тяжкістю захворювання. Крім того, осіб з високим рівнем психоемоційного стресу серед жінок основної групи було в 2,06 разу більше відносно контролю ($\chi^2=4,76$; $p=0,03$). Найбільші значення рівня стресу встановлено у хворих нейропсихічною, цефалгічною та кризовою формами ПМС ($p=0,02$). Достовірну відмінність у кількості хворих з високим рівнем психоемоційного стресу відносно здорових осіб встановлено у жінок з нейропсихічною формою ПМС – в 2,26 разу більше ($\chi^2=4,98$; $p=0,03$). Набрякова форма захворювання не асоціювалась із достовірними змінами даного показника.

Ключові слова: передменструальний синдром, психоемоційний стрес.

Одним з найбільш поширених нейроендокринних синдромів в гінекології є передменструальний синдром (ПМС). Вважають, що його частота серед жінок репродуктивного віку становить до 95% [2, 5]. За 2–14 днів до менструації у жінок виникають різноманітні симптоми психологічного та фізичного характеру. До них відносять психоемоційні, вегетосудинні, ендокринно-обмінні, шкірні, кістково-м'язові та інші прояви. Налічують понад 150 манифестацій ПМС. Основною ознакою всіх симптомів є їхній вплив на погіршення

повсякденної діяльності жінки. Особливого значення в сучасних умовах набуває зростання активності жінки в суспільстві, зумовлене підвищенням стресовим навантаженням, що потребує її більшої активності, швидкої реакції, психологічної адаптації тощо. Тому сьогодні, окрім медичних факторів ризику виникнення ПМС, набувають особливої актуальності і соціальні передумови – стресові ситуації, прожиття у великих містах, інтелектуальна діяльність.

Мета дослідження: оцінювання рівня психоемоційного стресу у жінок з ПМС.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено обстеження 200 жінок з ПМС, які становили основну групу. Контрольну групу склали 50 практично здорових жінок без діагнозу ПМС. Верифікацію діагнозу проводили згідно з існуючим положенням наказу № 676 МОЗ України від 31.12.2004 [3]. Діагноз ПМС виставляли шляхом виявлення циклічності маніфестацій захворювання в лютеїновій фазі менструального циклу на основі збору анамнезу та ведення пацієнткою щоденника самопостереження протягом 2–3 менструальних циклів (менструальний дистрес-опитувальник Р. Муса). Форму ПМС (набрякова, нейропсихічна, цефалгічна, кризова) визначали відповідно до класифікації В.П. Сметник [4].

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

Критерії виключення: вагітність, лактація, розлади менструального циклу, вогнищева патологія грудних залоз, дисфункціональні маткові кровотечі нез'ясованої етіології, гострі запальні процеси органів малого таза, пухлини матки та яєчників нез'ясованої етіології, гіперпластичні процеси ендометрію, генітальний ендометріоз, тяжка соматична патологія в анамнезі, органічна патологія ЦНС, психічні захворювання, гормональні пухлини, цукровий діабет, захворювання наднирників, злоякісні утворення в даний час або в анамнезі, передменструальний дисфоричний розлад, прийом психотропних препаратів або гормональна терапія протягом останніх 3 міс.

Для визначення рівня психоемоційного стресу використовували шкалу Л. Рідера, яку жінки заповнювали в лютеїнову фазу менструального циклу. Шкала складається із 7 запитань, відповіді на які оцінювали від 0 до 4 балів. Високим рівнем психоемоційного стресу вважали середній бал 1,00–1,99, середнім – 2,00–2,99, низьким – 3,00 бала та більше.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В основній групі набрякову форму захворювання діагностовано у 70 жінок, нейропсихічну – у 72, цефалгічну – у 33, кризову – у 25. Легкий перебіг ПМС мали 119 хворих, тяжкий – 81.

Таблиця 1

Розподіл обстежених жінок за рівнем психоемоційного стресу за шкалою Л. Рідера

| Групи жінок | n | Рівень психоемоційного стресу | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|-----|-------------------------------|-------|----------|-------|------------|-------|----------|------|------------|-------|----------|------|
| | | Низький | | | | Середній | | | | Високий | | | |
| | | Абс. число | % | χ^2 | p | Абс. число | % | χ^2 | p | Абс. число | % | χ^2 | p |
| Контрольна група | 50 | 22 | 44,00 | - | - | 20 | 40,00 | - | - | 8 | 16,00 | - | - |
| Основна група | 200 | 52 | 26,00 | 5,39 | 0,02 | 82 | 41,00 | 0,00 | 0,97 | 66 | 33,00 | 4,76 | 0,03 |
| Легка форма ПМС | 119 | 32 | 26,89 | 3,99 | 0,049 | 52 | 43,70 | 0,76 | 0,79 | 35 | 29,41 | 2,67 | 0,10 |
| Тяжка форма ПМС | 81 | 20 | 24,69 | 4,44 | 0,04 | 30 | 37,04 | 0,02 | 0,88 | 31 | 38,27 | 6,31 | 0,01 |
| Набрякова форма ПМС | 70 | 23 | 32,86 | 1,11 | 0,29 | 28 | 40,00 | 0,04 | 0,85 | 19 | 27,14 | 1,49 | 0,22 |
| Нейропсихічна форма ПМС | 72 | 17 | 23,61 | 4,74 | 0,03 | 29 | 40,28 | 0,03 | 0,88 | 26 | 36,11 | 4,98 | 0,03 |
| Цефалгічна форма ПМС | 33 | 6 | 18,18 | 4,83 | 0,03 | 15 | 45,46 | 0,07 | 0,79 | 12 | 36,36 | 3,46 | 0,06 |
| Кризова форма ПМС | 25 | 6 | 24,00 | 2,06 | 0,15 | 10 | 40,00 | 0,06 | 0,80 | 9 | 36,00 | 2,75 | 0,09 |

Отримані нами результати опитування за шкалою Л. Рідера свідчать, що хворі ПМС мають значно вищий рівень психоемоційного стресу порівняно зі здоровими особами (табл. 1). Приблизно однакова кількість жінок контрольної групи мали низький та середній рівень психоемоційного стресу – 44,00% та 40,00% відповідно, а високий рівень був відзначений в 2,50–2,75 рази меншої кількості осіб – 16,00%. У жінок основної групи був встановлений інший розподіл рівня психоемоційного стресу – за рахунок зниження частоти низького рівня та збільшення частоти високого рівня.

Високий рівень психоемоційного стресу мали в 2,06 рази менше жінок контрольної групи порівняно з аналогічною кількістю жінок основної групи ($\chi^2=4,76$; $p=0,03$). У хворих з легкою формою ПМС високий рівень психоемоційного стресу було встановлено в 1,84 рази частіше відносно числа здорових осіб ($\chi^2=2,67$; $p=0,10$), з тяжкою формою – в 2,39 рази частіше ($\chi^2=6,31$; $p=0,01$).

Аналогічна тенденція щодо перерозподілу жінок у сторону збільшення кількості з високим рівнем стресу і зменшення кількості з низьким рівнем встановлена у всіх клінічних групах. Кількість хворих з середнім рівнем пси-

Таблиця 2

Рівень психоемоційного стресу у обстежених жінок за шкалою Л. Рідера

| Групи жінок | n | Рівень стресу | Вірогідність показника відносно контрольної групи |
|-------------------------|-----|---------------|---|
| Контрольна група | 50 | 2,59±0,10 | - |
| Основна група | 200 | 2,31±0,05 | 0,01 |
| Легка форма ПМС | 119 | 2,35±0,06 | 0,04 |
| Тяжка форма ПМС | 81 | 2,25±0,08 | 0,01 |
| Набрякова форма ПМС | 70 | 2,43±0,09 | 0,21 |
| Нейропсихічна форма ПМС | 72 | 2,27±0,08 | 0,02 |
| Цефалгічна форма ПМС | 33 | 2,22±0,12 | 0,02 |
| Кризова форма ПМС | 25 | 2,19±0,11 | 0,02 |

хоемоційного стресу в цих групах відповідала такій у контрольній. Достовірну відмінність у кількості жінок з високим рівнем психоемоційного стресу відносно здорових осіб встановлено у хворих нейропсихічною формою ПМС – в 2,26 рази більше ($\chi^2=4,98$; $p=0,03$). Слід зазначити, що у жінок з набряковою формою ПМС ці показники не досягли статистичної значущості ($\chi^2=1,49$; $p=0,22$).

Згідно результатів наших досліджень середній бал психоемоційного стресу у жінок контрольної групи становив $2,59\pm 0,10$, що було на 10,81% більше, ніж у жінок основної групи – $2,31\pm 0,05$ бали ($p=0,01$, табл. 2). У хворих з легкою формою ПМС цей показник становив на 9,27% менше порівняно з рівнем здорових осіб ($p=0,04$), з тяжкою формою – на 13,13% менше ($p=0,01$). У осіб з набряковою формою рівень стресу статистично не відрізнявся від рівня здорових жінок. Проте, згідно оцінки результатів шкали Л. Рідера, хворі з іншими клінічними формами ПМС (нейропсихічна, цефалгічна та кризова) характеризувались достовірним зниженням показника рівня психоемоційного стресу відносно жінок контрольної групи. У хворих нейропсихічною формою захворювання рівень стресу становив 87,64% ($p=0,02$) рівня здорових жінок, цефалгічною – 85,71% ($p=0,02$). У осіб з кризовою формою ПМС встановлено найнижчий рівень даного показника – 84,56% ($p=0,02$) рівня контролю.

Стресовий фактор як гострий, так і хронічний, супроводжує щоденне функціонування сучасної жінки. Передменструальні розлади в якості «стрес-індукованої патології» розглядала І.Б. Венцківська. Гормональний дисбаланс, що супроводжує ПМС, в якості змін естрогенів та прогестерону в лютеїній фазі менструального циклу на фоні активації симпатoadреналової системи, науковець вважає як проявом стресового напруження, так і адаптивним механізмом на дії патологічного фактора [1].

ВИСНОВКИ

Для жінок з ПМС характерним є високий рівень психоемоційного стресу, який корелював із тяжкістю захворювання. Найбільші показники стресового фактору встановлено у хворих нейропсихічною, цефалгічною та кризовою формами ПМС. Набрякова форма захворювання не асоціювалась із достовірним зростання даного показника відносно здорових жінок.

Перспективою подальшого розвитку наукового дослідження є вивчення доцільності застосування психологічної корекції пацієнтів з ПМС.

Стрессовый фактор как составляющая жизни женщин с предменструальным синдромом
Л.В. Пахаренко

Одним из наиболее распространенных синдромов в гинекологии является предменструальный синдром (ПМС). Сегодня, кроме медицинских факторов риска возникновения ПМС, приобретают особую актуальность и социальные предпосылки – стрессовые ситуации, проживание в больших городах, интеллектуальная занятость. Целью исследования было проведение оценки уровня психоэмоционального стресса у больных с данным нейроэндокринным синдромом. Проведено обследование 200 женщин с ПМС, которые составили основную группу. В контрольную группу вошли 50 здоровых женщин без этого заболевания. Верификацию диагноза проводили согласно приказу МОЗ Украины № 676 от 31.12.2004. Форму ПМС (отечная, нейропсихическая, цефалгическая, кризовая) определяли в соответствии с классификацией В.П. Сметник. Уровень психоэмоционального стресса изучали с помощью методики Л. Ридера в лютеиновой фазе менструального цикла. Для статистического анализа полученных данных вычисляли критерии Манна–Уитни, χ^2 . Установлено, что для больных ПМС характерным является высокий уровень психоэмоционального стресса, относительно здоровых женщин ($p=0,01$), который коррелирует с тяжестью заболевания. Кроме того, женщин с высоким уровнем психоэмоционального стресса в основной группе было в 2,06 раза больше по отношению к контролю ($\chi^2=4,76$, $p=0,03$). Наибольшие показатели уровня стресса были у больных нейропсихической, цефалгической и кризовой формами ПМС ($p=0,02$). Достоверное отличие в количестве больных с высоким уровнем психоэмоционального стресса относительно здоровых лиц установлено у женщин с нейропсихической формой ПМС – в 2,26 раза больше ($\chi^2=4,98$, $p=0,03$). Отечная форма заболевания не ассоциировалась с достоверными изменениями данного показателя.

Ключевые слова: предменструальный синдром, психоэмоциональный стресс.

Stress factor as a part of life of women with premenstrual syndrome
L. V. Pakhareno

One of the most common syndromes in gynecology is premenstrual syndrome (PMS). Today, in addition to medical risk factors of PMS social conditions (stress situations, living in big cities, intellectual occupation) have particular relevance. The aim of the study was to assess the level of emotional stress in patients with this neuroendocrine syndrome. 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, neuro-psychical, cephalgic, crisis) was determined in accordance with V.P. Smetnik's classification. Level of psychoemotional stress was studied using L. Reeder's scale in luteal phase of menstrual

cycle. For the statistical analysis of the data we used Mann-Whitney and χ^2 tests. It was found that high level of emotional stress is typical for patients with PMS relatively healthy women ($p=0,01$) and was correlated with the severity of the disease. In addition, number of women with high level of emotional stress in basic group was in 2,06 times greater compared to controls ($\chi^2=4,76$, $p=0,03$). Patients with neuropsychical, cephalgic and crisis forms of PMS had the highest levels of stress indicators ($p=0,02$). Significant difference in the number of patients with high level of emotional stress relatively healthy persons was established in women with neuropsychical form of PMS – in 2,26 times more ($\chi^2=4,98$; $p=0,03$). Edematous form of the disease was not associated with significant changes of this indicator.

Key words: *premenstrual syndrome, psychoemotional stress.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Венцківська І.Б. Функціональний стан гіпофізарно-оваріальної системи у хворих з передменструальними розладами / І.Б. Венцківська // Репродуктивне здоров'я жінки. – 2005. – № 4 (24). – С. 125–127.
2. Кулаков В.И. Предменструальный синдром / В.И. Кулаков // Медицина неотложных состояний. – 2008. – № 1 (14). – С. 100–108.
3. Наказ № 676 МОЗ України від 31.12.2004 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».
4. Сметник В.П. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. Книга 1 / В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович. – СПб.: СОТИС, 1995. – С. 129–138.
5. Kwan I. Premenstrual syndrome / I. Kwan, J.L. Onwude // Clin. Evid. (Online). – 2007. – May 1. – P. 0806.

УДК 618.14-06:616.43:616-008.9

Особливості клінічної симптоматики поєднаної патології матки у постменопаузальний період

Т.П. Поліщук

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

Результати проведених досліджень свідчать про актуальність вивчення клінічних аспектів поєднаної патології матки у жінок постменопаузального періоду. Встановлені особливості необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у цих пацієнток.

Ключові слова: *поєднана патологія матки, постменопаузальний період, клініка.*

Актуальність вивчення особливостей клініки, психовегетативного статусу, діагностики і тактики ведення жінок в постменопаузальний період з поєднаною патологією матки зумовлена 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 фоні 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 зумовлена 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 особливості клінічної картини 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 постменопаузальний період.

Мета дослідження: вивчення клінічних аспектів поєднаної патології матки в постменопаузальний період.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети нами був проведений ретроспективний аналіз історії хвороби 128 жінок і проспективному вивченню 171 пацієнтка з

кровотечами в постменопаузальний період. 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).

З нашого дослідження були виключені пацієнтки, в яких при патоморфологічному дослідженні були виявлені злоякісні або передракові зміни ендометрія. У той самий час не можна не відзначити, що такі поєднання патологій як метаболічний синдром (МС), лейоміома матки (ЛМ) і атрофія ендометрія (АЕ) (на фоні метроррагії); МС, ЛМ і гіперплазія ендометрія (ГЕ); рецидивуюча гіперплазія ендометрія (РГЕ), є доброякісними 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. В 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-а – 30 пацієнток з ізольованою формою патології ендометрія і 2-а – 59 жінок із ППМ.

У контрольній групі відповідно спостерігали: 1-а підгрупа – 48 пацієнток з ізольованою патологією ендометрія і 2-а 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), залози-ста гіперплазія 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.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При обстеженні пацієнток обох груп були виявлені наступні види ППМ:

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

- ЛМ і ПЕ – у 30 (33,71±3,01%) жінок основної групи і у 18 (21,95±2,57%) з 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 у 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 у 23 (28,05±2,96%; p<0,001) без МС;

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

- ЗГЕ – 4 (4,49±1,19%; p<0,001) основних групи, в групі контролю залізиста 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.

Під час аналізу віку проспективно обстежених хворих в підгрупах, у свою чергу розподілених по наявності ізольованої або поєднаної форм патології ендометрія, було відзначено, що в основній групі з наявністю ізольованої патології ендометрія середній вік склав 60,51±1,51 року, із ППМ – 57,86±0,99 року, в контрольній групі з ППЕ – 60,54±1,34 і із ППМ – 58,02±1,53 року (p>0,05). Отже, вік хворих був трохи меншим в підгрупах із ППМ (p>0,05) обох груп.

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

Кожна з проспективно обстежених груп у свою чергу була розподілена на підгрупи по тривалості постменопаузи: до 5 років, 6-10 років, понад 11 років.

Жінки з проявами МС і ізольованою патологією ендометрія за тривалістю постменопаузи були розподілені 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%) пацієнток. Серед пацієнток 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 зумовлене різними чинниками: тривалістю захворювання, поєднанням декількох патологічних процесів статевих органів, особливостями попереднього лікування, соматичною патологією. В основному клінічна картина гіперпластичних процесів матки в обстежуваних жінок характеризувалася матковими кровотечами (різного ступеня вираженості і тривалості) і больовим синдромом.

Усі пацієнтки на момент госпіталізації відзначали скарги на кров'яні виділення із статевих шляхів, кожна третя жінка основної групи мала їх в анамнезі. Скарги на біль унизу живота пред'являли 39 (43,82±2,25%) пацієнток основної і 30 (36,59±2,31%) – контрольної групи (p<0,05); АМК в анамнезі відзначені у 29 (32,58±2,96%) і 10 (12,20±1,61%; p<0,001) жінок відповідно.

Біль в поперековій області мали 23 (25,84±1,64%) пацієнтки з ознаками МС, і 9 (10,98±1,45%) – без МС (p<0,001). Поллакіурія, дизурія, стресове нетримання сечі непокоїло 15 (16,85±1,96%) жінок основної і 9 (10,98±1,45%) – контрольної (p<0,05) груп. Скарги з боку інших систем пред'являли 80 (89,89±3,19%) і 67 (81,71±3,26%) жінок відповідно (p<0,05).

На наш погляд, настільки виражена велика кількість скарг обумовлена віком і в основному наявністю метаболічних порушень. Аналіз скарг хворих обох груп дозволяє дійти висновку про те, що маткові кровотечі у пацієнок з ІПЕ і ППМ на фоні МС або без нього є основним симптомом і приводом для звернення по медичну допомогу серед жінок даної вікової групи. Тривалість перебігу ППМ (частіше – міоми матки) склала $11,5 \pm 1,7$ року у пацієнок основної групи і $10,87 \pm 1,6$ – у групі контролю. З цього видно, що із збільшенням віку збільшується і тривалість існування патологічного процесу.

Тривалість кров'яних виділень на момент вступу в гінекологічне відділення в основній групі склала $1,4 \pm 0,07$ міс, в групі контролю – $1,2 \pm 0,08$ міс, що свідчить про недостатню медичну письменність пацієнок і неадекватність спостереження в жіночій консультації за цією групою хворих.

Отже, у жінок віку постменопаузи, що мають МС, були достовірно більш виражені поєднані скарги (з боку ряду систем, перенесені раніше аномалії менструального циклу) при зіставленні з аналогічними показниками пацієнок без наявності МС.

При вивченні гінекологічного статусу оцінювали стан зовнішніх статевих органів, шийки матки, тіла матки, придатків, суміжних органів малого тазу.

Огляд шийки матки в дзеркалах дозволив діагностувати її гіпертрофію у 10 ($11,24 \pm 1,17\%$) пацієнок основної і у 7 ($8,54 \pm 0,88\%$) пацієнок контрольною груп; рубцева деформація шийки матки відзначена в 6 ($6,74 \pm 0,51\%$) і в 9 ($10,98 \pm 1,45\%$; $p < 0,05$) – відповідно; ознаки цервіциту виявлені у 22 ($24,72 \pm 3,39\%$) обстежуваних з проявами МС і у 10 ($12,20 \pm 1,61\%$; $p < 0,001$) пацієнок без проявів МС; елонгація шийки матки – у 4 ($4,49 \pm 1,07\%$) і 4 ($4,88 \pm 1,37\%$) відповідно. Поліпи каналу шийки матки діагностовані у 7 ($7,89 \pm 1,7\%$) жінок основної і у 10 ($12,20 \pm 1,61\%$; $p < 0,05$) – контрольною груп. Ов. Nabothii виявлені у 15 ($16,85 \pm 1,78\%$) пацієнок основної групи і у 8 ($9,76 \pm 1,27\%$; $p < 0,01$) – контролю. Атрофічні зміни шийки матки з нашаруванням запалення слизової оболонки піхви і екзоцервікса відмічені у 10 ($11,24 \pm 1,17\%$) жінок з МС і у 8 ($9,76 \pm 1,27\%$) – спостережуваних без МС. Незмінена шийка матки виявлена у 26 ($29,21 \pm 2,64\%$) жінок основної і у 32 ($39,02 \pm 2,38\%$; $p < 0,01$) групи контролю. Зміни вагінальної частини шийки матки у всіх випадках носили фоновий характер.

Таким чином, можна укласти, що за наявності МС достовірно частіше виявляються ознаки цервіциту, наботкових кіст, ніж у групі жінок без МС, в групі контролю частіше зустрічалися пацієнтки з незміненою шийкою матки. З цього виходить, що в розвитку ППМ має значення і МС, і чинник хронічного запалення статевих органів.

При бімануальному дослідженні оцінювалися розміри, конфігурація, консистенція, рухливість, хворобливість матки (у дослідження включали жінок із збільшенням матки максимально до 7-8 тиж терміну вагітності). Незначне збільшення матки спостерігалось у 20 ($22,47 \pm 2,23\%$) жінок основної групи і в 8 ($9,76 \pm 0,30\%$; $p < 0,001$) контрольною; збільшення матки до 5-6 тиж вагітності спостерігали у 25 ($28,09 \pm 2,58\%$) і 21 ($25,61 \pm 2,82\%$) пацієнок відповідно. Розміри матки до 7-8 тиж вагітності відзначені у 14 ($15,73 \pm 1,67\%$) пацієнок з ознаками МС і у 5 ($6,12 \pm 0,64\%$; $p < 0,001$) без ознак МС. Розміри матки, відповідні зросту, мали 30 ($33,71 \pm 2,85\%$) і 48 ($58,54 \pm 3,44\%$; $p < 0,05$) пацієнок відповідно (підгрупи з ізольованою патологією ендометрія).

За результатами бімануального обстеження в групі пацієнок з МС достовірно частіше виявлено збільшення матки до 7-8 тиж вагітності; у контрольній групі частіше зустрічалися жінки з розмірами матки, відповідними зросту. Отже, наявність МС впливає на ступінь вираженості проліферативних процесів в міометрії.

Дослідження області придатків не давало чіткої інформації про патологічні процеси в яєчниках. Придатки не були збільшені у 78 ($87,64 \pm 3,36\%$) пацієнок основної і в 78 ($95,12 \pm 2,37\%$) – контрольної груп; незначне їх збільшення було у 9 ($10,11 \pm 1,03\%$) пацієнок ($p < 0,01$) з ознаками МС і 2 ($2,44 \pm 0,70\%$) – без ознак МС (кістозні зміни по МКХ-10); тяжистість в області придатків визначали у 2 ($2,25 \pm 0,48\%$) і 2 ($2,44 \pm 0,70\%$) обстежених відповідно. При дослідженні склепінь і параметрів відзначено сплюснення склепінь з одного боку в 2 ($2,25 \pm 0,48\%$) і 2 ($2,44 \pm 0,70\%$) пацієнок основної і контрольної груп. Збільшення придатків, не відповідне зросту, відзначене частіше в групі з МС, що підтверджує роль обмінно-ендокринних порушень у генезі патологічних процесів органів малого тазу.

Обстежувані основної і контрольної груп розподілялися також по ступеню вираженості ожиріння, тяжкість якого визначалася по індексу маси тіла.

Серед пацієнок, що мають МС з ізольованою формою патології ендометрія, переважали жінки з ожирінням 1 ст. і 2а ст. Доля жінок з надлишковою масою тіла (1 ст.) в цій групі склала 13 ($43,33 \pm 3,04\%$); ожиріння 2а ст. було у 10 ($33,33 \pm 2,60\%$) обстежуваних, 2б – у 3 ($10,00 \pm 1,47\%$; $p < 0,01$) в зіставленні з даними аналогічної групи пацієнок, що не мають МС.

У групі хворих, що не мають МС, з ізольованою патологією ендометрія переважали жінки з 1 ст. ожиріння – 29 ($60,41 \pm 3,05\%$; $p < 0,01$), 2а ст. виявлений в 10 ($20,83 \pm 1,86\%$), що значно рідше в зіставленні з аналогічними даними основної групи; 2б ст. ожиріння виявлена в однієї ($2,08 \pm 0,06\%$) жінки; у 8 ($16,66 \pm 1,37\%$) пацієнок відмічена нормальна маса тіла.

У основній групі жінок з поєднаною патологією ендометрія ожиріння 1 ст. виявлене у 20 ($33,89 \pm 2,16\%$), 2а ст. – у 26 ($44,33 \pm 3,46\%$), 2б ст. – у 8 ($13,55 \pm 1,45\%$) і 3 ст. – у 4 ($6,77 \pm 0,27\%$) пацієнок.

У контрольній групі обстежених із ППМ 1 ст. ожиріння зареєстрована у 20 ($58,82 \pm 3,44\%$; $p < 0,001$) жінок, 2а ст. – у 10 ($29,41 \pm 2,81\%$), 2б і І ст. не відзначені; 4 ($11,76 \pm 1,52\%$) жінки були з нормальною масою тіла ($p < 0,001$) порівняно з даними аналогічної групи обстежуваних, таких, що мають МС.

Отже, в основній групі переважали пацієнтки з ожирінням і різко вираженим ожирінням, що підтверджує роль обмінних порушень в розвитку патологічних процесів у статевих органах.

Екстрагенітальні захворювання у хворих з МС були представлені ожирінням, захворюваннями серцево-судинної системи (в основному артеріальна гіпертензія (АГ)), ендокринної системи (цукровий діабет 2-го типу – ЦД2, захворювання щитоподібної залози), патологією травного тракту (ТТ) і нирок. Екстрагенітальну патологію у хворих, що не мають МС, склали: захворювання серцево-судинної системи, щитоподібної залози, патологія ТТ, нирок, захворювання суглобів.

При ізольованій патології ендометрія в основній групі АГ спостерігали у 24 ($80,00 \pm 5,30\%$) жінок, у групі контролю – у 24 ($50,00 \pm 3,21\%$; $p < 0,001$).

Захворювання щитоподібної залози при ППЕ в основній групі виявлені у 9 (30,00±2,36%) жінок, в контрольній – у 4 (8,33±0,98%; $p<0,001$). ЦД2 за наявності у пацієнок ознак МС діагностований у 7 (23,33±2,72%) випадках, серед пацієнок без ознак МС не виявлений ($p<0,001$).

Захворювання ТТ за наявності ізольованої форми патології ендометрія зустрічалися в основній групі у 4 (13,33±1,20%) жінок, в контрольній – у 12 (25,00±2,25%; $p<0,01$). Патологія нирок відмічена в групі з МС у 3 (10,00±1,47%) випадках, в групі без МС – у 4 (8,33±0,98%) пацієнок.

При поєднаній патології матки АГ в основній групі спостережуваних відмічена у 49 (83,05±4,88%) жінок, в аналогічній контрольній – в 1 (32,35±2,02%; $p<0,001$); дитячі інфекції серед пацієнок з проявами МС – у 24 (40,68±3,39%) жінок, без проявів МС відповідно – в 5 (14,71±1,07%; $p<0,001$). Патологія щитоподібної залози за наявності поєднаної патології матки мала місце у 20 (33,90±2,16%) жінок основної групи, в контрольній – у 2 (5,88±1,03%; $p<0,001$); ЦД2 типу в основній групі при ППМ діагностований у 20 (33,90±2,16%) пацієнок, в контрольній групі не виявлений ($p<0,001$).

Захворювання ТТ при поєднаній патології матки в групі з проявами МС відзначені у 16 (27,12±2,08%) пацієнок, без проявів МС – у 12 (35,29±2,19%; $p<0,01$) обстежених. ІБС в основній групі була у 8 (13,56±1,45%) випадках, в контрольній – у 3 (8,82±0,86%; $p<0,05$).

Патологія нирок при ППМ і МС виявлена у 4 (6,78±0,27%) жінок, без МС – у 2 (5,88±1,03%), захворювання легенів відповідно – у 4 (6,78±0,27%) і 2 (5,88±1,03%) жінок.

Отже, нами відмічена велика обтяженість екстрагенітальною патологією у жінок основної групи (з поєднаною патологією ендометрія і ізольованою формою патології ендометрія) в зіставленні з аналогічними показниками обох підгруп контролю.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про актуальність вивчення клінічних аспектів поєднаної патології матки у жінок постменопаузального періоду. Встановлені особливості необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у цих пацієнок.

Особенности клинической симптоматики сочетанной патологии матки в постменопаузальный период

Т.П. Полищук

Результаты проведенных исследований свидетельствуют об актуальности изучения клинических аспектов сочетанной патологии матки у женщин постменопаузального периода. Установленные особенности необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у этих пациенток.

Ключевые слова: сочетанная патология матки, постменопаузальный период, клиника.

Features of clinical semiology of complex uterus pathologies in postmenopausal period

T.P. Polischuk

Results of the spent researches testifies to an urgency of studying of clinical aspects 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, postmenopausal period, clinic.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков. – М.: Медицина, 2013. – 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., 2012. – С. 6-7.
4. Беляков Н.А. Метаболический синдром у женщин / Н.А. Беляков и др. – СПб.: МАПО, 2013. – 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 коррекцииметаболического синдрома у женщин в период постменопаузы / О.Р. Григорян // Справочник поликлинического врача: журн. – 2012. – № 1. – С. 61-63.

УДК 618.4+618.635

Гипогалактия у женщин с доброкачественной патологией грудных желез: прогнозирование и профилактика

О.А. Полюлях

Одесский национальный медицинский университет

Как показали результаты проведенных исследований, профилактика гипогалактии у женщин с доброкачественной патологией грудных желез на современном этапе является достаточно сложным процессом с включением комплекса медикаментозных и немедикаментозных средств, позволяющих корректировать дисгормональные и иммунологические нарушения; оказывать позитивное влияние на количественный и качественный состав грудного молока, улучшить микроциркуляцию в грудной железе в конце беременности в первые две недели после родоразрешения, а также снизить частоту патологии грудных желез и улучшить качество жизни детей 1 года жизни. Полученные результаты дают нам право рекомендовать разработанную методику для широкого использования в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: гипогалактия, доброкачественная патология грудных желез, прогнозирование, профилактика.

К приоритетным научным направлениям эксперты ВОЗ (2014) относят исследования по проблемам охраны здоровья женщин в послеродовой период, важнейшей из которых является гипогалактия, выявляемая у 50–60%, а по данным некоторых авторов – до 80% от числа кормящих матерей [1, 2]. Грудное вскармливание рассматривается как неотъемлемая часть репродуктивного процесса, являющаяся идеальным способом кормления ребенка [4]. В настоящее время в ряде экономически развитых стран отмечается устойчивая тенденция к увеличению грудного вскармливания, а также к его охране и медико-социальной поддержке [5, 6].

Одной из главных причин отказа от грудного вскармливания является недостаточность секреции молока и гипогалактия, и вызываемый ею ранний перевод на искусственное вскармливание неблагоприятно отражается на развитии и здоровье ребенка [1–6].

В последнее десятилетие большинство клинико-физиологических исследований связано с разработкой вопросов, касающихся эндокринных аспектов гипогалактии, а ее непосредственное развитие связывают с дисадаптационными нарушениями в системе мать–плацента–плод, особенно у женщин с доброкачественной патологией грудных желез (ДПГЖ) [3, 4].

Кроме того, прослеживается тенденция к широкому использованию медикаментозных и немедикаментозных средств, преимущественно влияющих на синтез пролактина [4, 5]. Вместе с тем, разработка адекватных лечебно-профилактических мероприятий в различные периоды лактации достаточно трудна, что связывают со сложностью нейрогормональной регуляции лактации, неоднозначностью трактовки ряда вопросов, касающихся патогенеза гипогалактии, а также нередко коротким периодом положительного эффекта по завершению приема препаратов.

В настоящее время накоплены теоретические и экспериментальные данные о регуляторной роли лейкоцитов в процессах секретобразования в грудной железе, а также о значении сосудистых изменений в период лактации [7]. Однако, эти факты, на наш взгляд, требуют проведения серьезных клинических исследований, что позволит углубить знания о механизмах патогенеза гипогалактии на современном этапе, а также разработать эффективные прогностические и лечебно-профилактические мероприятия.

Одной из важных сторон изучаемой проблемы является разработка способов и средств управления нарушенной лактационной функцией, в том числе и путем коррекции дисадаптационных нарушений в фетоплацентарном комплексе. Кроме того, не до конца решенным является и вопрос влияния абдоминального родоразрешения и ДРМЖ на качественно-количественные изменения грудного молока и возможность раннего прикладывания груди новорожденных сразу после операции.

Все изложенное выше свидетельствует об актуальности исследуемой проблемы.

Цель исследования: снижение частоты гипогалактии у женщин с ДПГЖ на основе изучения клинико-морфологических, биохимических и эндокринологических факторов в патогенезе, а также разработки и внедрения прогностических и лечебно-профилактических мероприятий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели и задач нами были обследованы 300 женщин, которые были разделены на следующие группы и подгруппы:

- контрольная группа – 100 первородящих без ДПГЖ, из которых контрольная А подгруппа – 50 женщин, родоразрешенных через естественные родовые пути и контрольная Б подгруппа – 50 женщин, родоразрешенных путем операции кесарева сечения;

- 1 группа – 100 женщин с ДПГЖ, которые получали общепринятые лечебно-профилактические мероприятия, из которых 1А подгруппа – 50 женщин, родоразрешенных через естественные родовые пути и 1Б подгруппа – 50 женщин, родоразрешенных абдоминальным путем;

- 2 группа – 100 женщин с ДПГЖ, которые получали предлагаемые нами прогностические и лечебно-профилактические мероприятия, из которых 2А подгруппа – 50 женщин, родоразрешенных через естественные родовые пути и 2Б подгруппа – 50 женщин, родоразрешенных путем операции кесарева сечения.

К основным формам ДПГЖ относили диффузную фиброзно-кистозную мастопатию, которые были осмотрены врачом-маммологом и прошли соответствующее обследование и лечение.

Общепринятые лечебно-профилактические мероприятия состояли в использовании диетотерапии, окситоцина, липоевой кислоты, кокарбоксилазы, витаминов группы Р та В [3, 4].

Отличительной особенностью предлагаемых нами лечебно-профилактических мероприятий является поэтапный подход:

1. В первой половине беременности:

- медикаментозная коррекция путем использования комплексных препаратов растительного происхождения (кратал, хофитол, легалон).

2. Во второй половине беременности:

- медикаментозная коррекция плацентарной дисфункции (актовегин, милдронат, истенон); профилактики преэклампсии (малые дозы гидроксиэтилкрахмала; комплексы витаминов и минералов – матерна, магне-В6); лечения гестационной анемии (препараты железа – сорбифер дурулес; фолиевая кислота).

3. Накануне родоразрешения:

- медикаментозная коррекция путем использования комплексных препаратов растительного происхождения (кратал, хофитол, легалон); стимуляторы эндогенного пролактина (церукал, пироксан).

4. После родоразрешения:

- обязательным компонентом предлагаемых лечебно-профилактических мероприятий было раннее прикладывание к груди и свободный режим грудного вскармливания.

- медикаментозная коррекция путем использования комплексных препаратов растительного происхождения (кратал, хофитол, легалон); стимуляторы эндогенного пролактина (церукал, пироксан).

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

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенных исследований установлено, что основными факторами риска гипогалактии помимо ДПГЖ являются: возраст до 18 лет (12,0%) и старше 30 лет (40,0%); соматическая (38,0%) и генитальная (36,0%) патология эндокринного генеза; гестационная анемия (61,0%); фетоплацентарная недостаточность (55,0%); преэклампсия (19,0%); аномалии родовой деятельности (22,0%); дистресс плода (18,0%) и акушерские кровотечения (12,0%).

Частота гипогалактии у женщин с основными факторами риска составляет после естественного родоразрешения 80,0%, а после кесарева сечения – 100,0%. В структуре гипогалактии после родов I ст. занимает 22,0%; II ст. – 40,0%; III ст. – 30,0% и IV ст. – 8,0%. После абдоминального родоразрешения в структуре гипогалактии I ст. составляет 16,0%; II ст. – 30,0%; III ст. – 28,0% и IV ст. – 26,0% соответственно.

Нарушения в системе мать–плацента–плод у женщин с факторами риска гипогалактии характеризуются дисгормональными и дисметаболическими нарушениями, которые начинаются с 28-й недели и проявляются достоверным снижением содержания плацентарного лактогена, эстриола, хорионического гонадотропина,

пролактина и α -микроглобулина фертильности на фоне одновременного увеличения уровня кортизола, плацентарного α 1 микроглобулина, трофического β -гликопротеида и тестостеронэстрадиол связывающего глобулина.

При изучении агрегантов клеток молозива женщин с факторами риска гипогалактии установлены характерные отличия их формы и рельефа клеточной поверхности, которые заключаются в уплощении клеток, имеющие слегка волнообразную поверхность и прилегающих непосредственно к подложке. В непосредственном контакте с этим и распластанными клетками находятся многочисленные сферические клетки, для которых характерен складчатый рельеф клеточной поверхности, что позволяет их идентифицировать как макрофаги, контактирующие с активированными Т-лимфоцитами.

Результаты изучения морфологического состава молозива указывают на участие лимфоидных клеток в развитии цитотоксических реакций, а киллерная активность лейкоцитов тесно связана с их способностью к адгезии на поверхности удаляемых клеток, что позволяет предположить, что интенсивная реакция клеток лимфоидной системы при физиологическом течении лактации приводит к быстрому удалению разрушенных клеток из полости альвеол и выводных протоков грудной железы.

Установленная активность кислой фосфатазы и миелопероксидазы указывают на усиление деструктивных процессов в грудной железе в предлактационный период и на ранних стадиях лактогенеза, когда завершается формирование альвеолярной структуры железы, причем их интенсивность закономерно выше у женщин с нормальной лактацией и заметно снижена у женщин с ДПГЖ и факторами риска гипогалактии.

Качественные изменения грудного молока у женщин с ДПГЖ и факторами риска гипогалактии зависят от способа родоразрешения и характеризуются после кесарева сечения достоверным снижением содержания лактозы, лактоферрина, церулоплазмينا, трансферрина, общего белка, казеина, липидов, витаминов С и Е, а также иммуноглобулинов классов А, М и G. После естественного родоразрешения качественные изменения грудного молока носят менее выраженный характер и заключаются в достоверном уменьшении уровня лактоферрина, общего белка липидов и иммуноглобулина класса А.

При оценке основных особенностей кровотока в грудных железах в конце беременности у женщин с ДПМЖ установлены регулярные, симметричные реографические волны с крутым подъемом анакроты, а при анализе данных дифференцированных реограмм характерна высокая скорость кровенаполнения сосудов, что следует рассматривать как компенсаторную реакцию, направленную на усиление доставки кислорода тканям. После родоразрешения нарушения регионального кровотока зависят от его способа с преобладанием нарушений эластичности и тонуса сосудов грудных желез после кесарева сечения.

Наиболее информативными диагностическими критериями в оценке предлактационной подготовки грудная железа у женщин с ДПГЖ и факторами риска гипогалактии являются исследование агрегатного состояния лейкоцитов молозива, проведение реографических исследования грудных желез и определения кислой фосфатазы и миелопероксидазы в молозиве.

Использование предлагаемых лечебно-профилактических мероприятий у женщин с факторами риска гипогалактии позволяет снизить ее частоту после естественного родоразрешения с 80,0% до 50,0%, а после кесарева сечения – с 100,0% до 70,0% с преобладанием I–II ст. выраженности на фоне одновременного усиления кровотока в грудных железах и улучшения качественного состава грудного молока.

ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, профилактика гипогалактии у женщин с ДПГЖ на современном этапе является достаточно сложным процессом с включением комплекса медикаментозных и немедикаментозных средств, позволяющих коррегировать дисгормональные и иммунологические нарушения; оказывать позитивное влияние на количественный и качественный состава грудного молока, улучшить микроциркуляцию в грудной железе в конце беременности в первые 2 нед после родоразрешения, а также снизить частоту патологии грудных желез и улучшить качество жизни детей 1 года жизни. Полученные результаты дают нам право рекомендовать разработанную методику для широкого использования в практическом здравоохранении.

Гіпогалактія у жінок з доброякісною патологією грудних залоз: прогнозування і профілактика О.А. Полюлях

Як показали результати проведених досліджень, профілактика гіпогалакції у жінок з доброякісною патологією грудних залоз на сучасному етапі є досить складним процесом з включенням комплексу медикаментозних і немедикаментозних засобів, що дозволяють корегувати дисгормональні і імунологічні порушення; позитивно впливати на кількісний і якісний складу грудного молока, поліпшити мікроциркуляцію в грудній залозі в кінці вагітності в перші два тижні після розродження, а також знизити частоту патології грудних залоз і поліпшити якість життя дітей 1 року життя. Отримані результати дають нам право рекомендувати розроблену методику для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: гіпогалактія, доброякісна патологія грудних залоз, прогнозування, профілактика.

Hypogalactia at women with good-quality pathology of mammary glands: forecasting and preventive maintenance O.A. Poljuljah

As results of the lead researches, preventive maintenance hypogalactia at women with good-quality pathology of mammary glands the present stage have shown is complex enough process with inclusion of a complex of the medicamentous and not medicamentous means allowing correction dysgormonal and immunological of infringement; to render positive influence on quantitative and qualitative structure of chest milk, to improve microcirculation in dairy iron at the end of pregnancy in first two weeks after deliveries, and also to lower frequency of a pathology dairy glands and to improve quality of a life of children of 1 year of a life. The received results give us is right to recommend the developed technique for wide use in practical public health services.

Key words: hypogalactia, forecasting, preventive maintenance, good-quality pathology of mammary glands.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРА

1. Бакулева Л.П. Динамика уровня лизоцима в сыворотке крови и молоке родильниц с различной функциональной активностью молочных желез / Л.П. Бакулева, А.А. Нестерова, С.С. Бабаян // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 5. – С. 42–44.
2. Бобкова О.А. Особливості захисних факторів грудного молока / О.А. Бобкова, Р.А. Васюк, Т.Е. Дідух // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2008. – № 1. – С. 108–111.
3. Васюк Р.А. Особливості лактації у породіль з анемією / Р.А. Васюк, О.А. Бобкова, Т.Е. Дідух // Український науково-медичний молодіжний журнал. – 2007. – № 4. – С. 53–55.
4. Козодой Г.В. Вікові аспекти гіпогалакції після кесарева розтину / Г.В. Козодой, І.І. Трещак, О.О. Бобкова // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – № 2. – С. 81–83.
5. Кондратенко І.В. Вплив наслідків аварії на ЧАЕС на лактацію / І.В. Кондратенко, Т.Г. Романенко, Р.А. Васюк // Український науково-медичний молодіжний журнал. – 2008. – № 2–3. – С. 92–93.
6. Лукьяненко М.В. Актуальні аспекти гіпогалакції у породіль з пізнім прикладанням дитини до грудей / М.В. Лукьяненко // Зб. наук. праць співроб. КМАПО ім. П.Л. Шупика. – Вип. 10. – Кн. 3. – 2011. – С. 764–768.
7. Трещак І.І. Вплив супутнього ожиріння на лактаційну функцію жінок / І.І. Трещак // Зб. наук. праць співроб. КМАПО ім. П.Л. Шупика. – Вип. 10. – Кн. 1. – К., 2011. – С. 643–647.

УДК 618.14-007.415-07-005.1

Оптимізація діагностики аденоміозу при метроррагіях в репродуктивному і перименопаузальному віці

П. М. Прудніков

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

Результати проведених досліджень свідчать, що вдосконалений алгоритм діагностики аденоміозу при наданні екстреної спеціалізованої допомоги дає можливість вже при первинній госпіталізації верифікувати аденоміоз у 93,8±6,0% пацієнок з цією патологією. Достовірна діагностика аденоміозу в умовах стаціонару по наданню екстреної допомоги, у тому числі на ранніх стадіях розвитку процесу (у 25,6±10,9% пацієнок) дозволяє своєчасно і обґрунтовано вибрати раціональну лікувальну тактику.

Ключові слова: аденоміоз, діагностика, оптимізація.

Аденоміоз (Ад) є широко поширеним захворюванням, причому частота його виявлення в популяції варіює від 10% до 53% [1–5]. Ця патологія є однією з істотних, а за даними деяких авторів, основною причиною альгодисменореї, гіперменореї і безпліддя, а до 44% випадків маткових кровотеч, не пов'язаних з патологією вагітності, тобто ургентних негравідарних метроррагій (УНМ), асоційованих з наявністю Ад [1–5].

У даний час наголошується виражена тенденція щодо гіподіагностики Ад. Частота діагностичних помилок складає від 25% до 40% [1, 3]. Понад 80% хворих направляють в стаціонар без діагнозу «аденоміоз» з посиланням на іншу патологію або окремий симптом захворювання [2, 4, 5]. Верифікувати діагноз Ад можна лише після морфологічного дослідження міометрія (препаратів видаленої матки, біоптатів міометрія), що не представляється можливим в ході кюретажа порожнини матки, традиційно використовуюваного з діагностичною і лікувальною цілями при УНМ.

Диференціальна діагностика маткових кровотеч в умовах надання екстреної спеціалізованої медичної допомоги в багатопрофільному стаціонарі має особливості, пов'язані з обмеженням часу і доступності тих або інших методів обстеження в різний час доби, оскільки першочерговим завданням в даній ситуації є зупинка кровотечі.

Таким чином, розроблення і впровадження малоінвазивних, достовірних і застосовних в екстреній медицині методів диференціальної діагностики причин ургентних негравідарних метроррагій, у тому числі пов'язаних з наявністю Ад, є актуальною проблемою невідкладної гінекології.

Мета дослідження: підвищення ефективності діагностики Ад при маткових кровотечах, не пов'язаних з вагітністю, на етапі гінекологічного відділення.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети проведено клінічне дослідження, що включає аналіз історій хвороби і даних обстеження 110 пацієнок у віці від 20 до 52 років, що поступили в екстреному порядку за період з 2009 по 2012 роки.

Критеріями включення пацієнок в дослідження були:

- маткова кровотеча, як причина даної госпіталізації;
- репродуктивний або перименопаузальний вік пацієнтки.

Критеріями відмови від включення в дослідження були:

- зв'язок маткової кровотечі з ускладненнями вагітності, злоякісними і запальними захворюваннями статевих органів;
- розміри матки, що перевищують 12 тиж вагітності;
- наявність геморагічного шоку;
- наявність свідчень до екстреної гістеректомії.

За основу лікувально-діагностичних заходів в нашій роботі ухвалили відповідні протоколи МОЗ України.

Для обстежуваної категорії жінок використані нормативи, що стосуються трьох нозологічних груп по кодах Міжнародної класифікації хвороб X перегляду, об'єднаних симптомом маткової кровотечі (код № 92.0 – рясні і часті менструації при регулярному менструальному циклі, менорагія, поліменорея; код № 92.1 – рясні і часті менструації при нерегулярному циклі, мено-метроррагія; код № 92.4 – рясні кровотечі в періоді передменопаузи), а також код № 80.0 – ендометріоз матки.

Клінічні методи включали загальносоматичне, гінекологічне обстеження, а також інструментальні методи: ультразвукове дослідження (УЗД) органів малого тазу, діагностичне вискоблювання порожнини матки, гістероскопію, різні методи біопсії ендометрія. У лабораторні дослідження входили: загальноклінічний аналіз крові і сечі, світлова мікроскопія зскрібків ендометрія і біоптатів.

Для реалізації поставлених завдань нами була розроблена карта клінічного спостереження, до якої вносилися ключові дані анамнезу, короткі результати обстеження і лікування пацієнок (по 80 параметрам). В процесі дослідження всі дані заносилися в електронну таблицю (MSExcel 7.0), формуючи базу даних з можливістю статистичної обробки матеріалу.

Усіх пацієнок залежно від програми обстеження і лікування розподілено на 3 групи. Досліджувані групи були порівнянні за віком, тривалістю захворювання, тяжкістю стану під час вступу і на момент оперативного втручання, ускладненням основного захворювання, супутньою патологією, термінам госпіталізації. Середній вік склав 42,9±7,1 років.

До першої (контрольної) групи увійшли 50 пацієнок, в яких використовувалася стандартна схема лікувально-діагностичних заходів при маткових кровотечах, що вимагають невідкладної допомоги. Всім хворим з лікувально-діагностичною метою виконувався фракційний кюретаж порожнини матки з подальшим гістологічним дослідженням отриманого матеріалу. Середній вік жінок даної групи склав 42,6±8,2 року.

У другу групу було включено 30 пацієнок, в яких в програмі обстеження і лікування додатково використовувався метод «сліпої» біопсії пункції ендометрія (у 10 пацієнок до кюретажа і в 20 – після). Середній вік в цій групі склав $43,8 \pm 4,8$ року.

Третю групу склали 30 пацієнок, яким додатково виконувалася гістероскопія і біопсія ендометрія. Пункційна біопсія виконана кожному хворому даної групи (у 10 пацієнок до кюретажа і в 20 – після). Щипкова і резекційна біопсії – 20 пацієнкам (в 10 – до і в 10 – після кюретажу). Середній вік пацієнок в даній групі склав $43,3 \pm 5,8$ року.

У ході роботи були застосовували наступні технології біопсії:

- 1) трансцервікальна мультифокальна (6-точкова) біопсія пункції ендометрія (ТМПБ);
- 2) гістероскопічна біопсія резекції ендометрія;
- 3) щипкова гістероскопічна біопсія ендометрія.

Резекційна біопсія ендометрія виконана 10 пацієнкам 3-ї групи. У всіх випадках її було виконано після пункційної біопсії (в 5 хворих до і в 5 – після кюретажу порожнини матки). Після введення в порожнину матки робочого інструменту за допомогою кутової петлі брали ділянки тканини шириною 3–5 мм (залежно від радіусу електроду) і 15–20 мм завдовжки із задньою, передньою і бічних стінок матки. Використовували монополярний струм в режимі різання максимальною потужністю 150–170 Вт, що дозволяло виконувати вапоризацію кордону матка–біоптат з метою мінімізації деструктивного термального ефекту на зразок тканини.

Щипкова біопсія ендометрія виконана 10 пацієнкам 3-ї групи після пункційної біопсії (у 5 жінок – до і в 5 – після кюретажу порожнини матки). Після введення в порожнину матки робочого інструменту за допомогою жорстких щипців біопсії брали зразки тканин із задньої, передньої і бічних стінок матки.

Зразки матеріалу фіксували в 10% розчині нейтрального формаліну. При гістологічному і морфометричному дослідженні оцінювали наступні параметри:

- наявність і характер вогнищ Ад;
- співвідношення стромального і залозистих компонентів у вогнищах;
- характер залозистого епітелію;
- максимальну глибину залозистої інвазії.

Збір інформації здійснювався за допомогою спеціальний розробленої бази даних, що дозволяє отримувати масиви інформації.

Надійність діагностичних методів (симптомів, даних анамнезу тощо) оцінювалася за двома показниками: чутливості і специфічності. Обробка отриманих результатів вироблялася з використанням методів варіаційної статистики.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На підставі проведеного дослідження було встановлено, що на догоспітальному етапі обстеження жінок з ургентними негравідарними метроррагіями має місце значна гіподіагностика Ад (в $97,2 \pm 1,3\%$ хворих).

На стаціонарному етапі на підставі анамнестичних даних Ад був запідозрений в 31 з 160 пацієнок, що склало $28,1 \pm 3,6\%$ від загального числа обстежених. У тому числі в 2-й і 3-й групах – у 23 пацієнок ($38,3 \pm 6,3\%$). З них в 11 випадках

($47,8 \pm 10,4\%$) Ад був гістологічно підтверджений. За нашим матеріалом, чутливість даних анамнезу в діагностиці Ад у пацієнок з ургентними негравідарними метроррагіями склала 0,23; специфічність – 0,4.

При оцінюванні інформативності фізикального обстеження отримані наступні результати. Достовірних відмінностей середніх розмірів матки у пацієнок з підтвердженням Ад і міомою не виявлено (при Ад – $6,2 \pm 1,1$ тиж вагітності (нб), при міомі – $6,9 \pm 1,3$ тиж. В той же час при нормальних розмірах матки та її збільшенні в межах 5–6 тиж переважали пацієнтки з гістологічно підтвердженою гіперплазією ендометрія ($91,6 \pm 2,8\%$ і $58,5 \pm 5,0\%$ відповідно). При ізольованому Ад переважало збільшення розмірів матки до 6–8 тиж – $57,3 \pm 22,1\%$, при поєднанні Ад і міоми матки – 8–10 тиж (в $18,2 \pm 11,1\%$), при міомі матки і виключеному Ад – понад 10 тиж (в $98,7 \pm 2,5\%$). Наведені вище відмінності статистично достовірні. Статистично достовірної різниці по тяжкості метроррагії між загальною вибіркою і вибіркою пацієнок з Ад в нашому дослідженні не отримано.

На підставі даних об'єктивного обстеження, Ад був запідозрений у 36 пацієнок ($32,5 \pm 3,7\%$), госпіталізованих в екстреному порядку з приводу негравідарної метроррагії. Ад був підтверджений в 15 ($42,3 \pm 7,2\%$) з них. Частка псевдопозитивних результатів склала 61,5%. В той же час з 24 пацієнок з підтвердженням після гістологічного дослідження Ад в клінічний діагноз він не був винесений 20. Таким чином, доля псевдонегативних результатів склала 82,3%. Чутливість фізикального методу обстеження в діагностиці Ад склала 0,43; специфічність – 0,72.

При ретроспективному аналізі результатів лабораторних досліджень достовірних відмінностей по частоті виявлення анемії в загальній вибірці і вибірці пацієнок з Ад виявлено не було ($36,9 \pm 6,3\%$ і $42,9 \pm 13,2\%$ відповідно). Достовірних відмінностей по тяжкості анемії в даних вибірках також не було виявлено.

Ультразвукове дослідження під час вступу до стаціонару було виконане 51 пацієнці ($46,4\%$ від загального числа хворих). Гіперпластичні процеси ендометрія були виявлені у 42 ($82,4 \pm 5,4\%$) пацієнок, у тому числі в 19 в 1-й групі, в 10 – в 2-й і в 13 – в 3-й групі. Міома матки виявлена у 14 пацієнок ($27,4 \pm 1,4\%$), сонографічні ознаки Ад були виявлені у 11 пацієнок ($21,6 \pm 4,4\%$).

Характерними ультразвуковими симптомами Ад, виявленими в обстежених нами хворих, були:

- нерівність кордону базального шару ендометрія (в $82,7 \pm 5,3\%$);
- переважання товщини задньої стінки матки перед передньою на 15% і більш (в $73,4 \pm 6,2\%$);
- наявність кістозно-розширених структур в міометрії (в $53,8 \pm 7\%$);
- наявність неоднорідної ехогенності міометрія (в $48,6 \pm 6,9\%$).

За нашими даними, специфічність ультразвукового дослідження в діагностиці Ад склала 0,71, чутливість – 0,49.

У результаті гістологічного дослідження зскрібків ендометрія після фракційного кюретажа порожнини матки залозиста і залозисто-кістозна гіперплазія ендометрія були верифіковані в 77 з 110 хворих. Поліпи ендометрія (залозисті, залозисто-фіброзні і базальні) гістологічно виявили у 28 пацієнтки, причому

в 20 з них поліпи поєднувалися з дифузною гіперплазією ендометрія. Лейоміома матки була гістологічно виявлена в 12 хворих, у тому числі у поєднанні з гіперплазією ендометрія в 8 з них. Гіпопластичний тип ендометрія виявлений у 1 пацієнтки, секреторний ендометрій – в 3, проліферативний – в 4.

УВ ході виконання діагностичної гістероскопії різні форми гіперплазії ендометрія були виявлені у 14 (66,7±8,6%) пацієнток, у тому числі в 8 (36,7±8,8%) – поліпи ендометрія. У всіх випадках гістероскопічні висновки були підтверджені гістологічно. Розбіжності клінічних і гістологічних діагнозів в 4 хворих не мали принципового значення і стосувалися гістологічної структури поліпів ендометрія (базальний, залозисто-фіброзний, залозистий).

Інтрамурально-субмукозні і субмукозні вузли міоми матки були виявлені у 4 (13,3±5,5%) пацієнток. У тому числі вузли 0 типу в 2 з них, вузол 1 типу – в 1, 2 типи – в 1. Після гістологічного дослідження матеріалу в 1 з цих пацієнток діагноз субмукозної міоми не підтверджений, а гістологічно верифікована слизова підблонка Ад. Внутрішньоматковий синехії I ступеня виявлені в 1 хворої.

Ознаки Ад були виявлені у 11 пацієнток, а саме:

1) ендометріодні ходи у вигляді очок темно-синюшного кольору або відкриті, такі, що кровоточать (візуалізація була можлива лише на фоні атрофії ендометрія і незначної кровотечі) – у 5 (45,5±15,7%) пацієнток (чутливість в діагностиці Ад 0,53; специфічність – 0,15);

2) нерівний рельєф стінок порожнини матки у вигляді подовжніх або поперечних хребтів або розволонених м'язових волокон – у 9 (81,8±12,2%) пацієнток (чутливість в діагностиці Ад 0,3; специфічність – 0,08);

3) вибухання стінок порожнини матки різної величини без чітких контурів, на поверхні яких могли візуалізуватися ендометріодні ходи, відкриті або закриті, – у 3 (27,3±14,1%) пацієнток (чутливість в діагностиці Ад 0,13; специфічність – 0,08).

У цілому чутливість гістероскопії в діагностиці Ад склала 0,4, специфічність – 0,32. Аналіз отриманих даних дозволив передбачити, що низька інформативність гістероскопії в обстежених нами хворих була пов'язана з частим поєднанням Ад і гіперплазії ендометрія, а також з тим, що маніпуляції виконували на фоні маткової кровотечі, що продовжується. Виконання гістероскопії після кюретажу порожнини матки було неінформативним унаслідок розвитку вираженого набряку і імбіції кров'ю базального шару ендометрія. Збіг сонографічно- і гістероскопічно-негативних форм Ад відмічений в 87,5±6,5% хворих.

При аналізі ефективності щипкової біопсії ендоміометрія в діагностиці стану ендометрія збіг морфологічних висновків по біоптатам і зшкрібкам мав місце в 65,4±15,9% випадків. Відмічена гіподіагностика поліпів ендометрія (частка псевдо-негативних результатів 13,6±1,7%). Чутливість щипкової біопсії ендоміометрія в діагностиці патології ендометрія склала 0,82, специфічність - 0,46.

При аналізі ефективності даної технології біопсії для виявлення Ад було встановлено, що вживання щипкової біопсії з метою верифікації Ад недоцільно по наступних причинах:

- недостатній об'єм отриманого матеріалу (в середньому 0,125 см³);

- недостатня глибина захвату тканин (1–2 мм), що не дозволяє виключити фізіологічну інвагіацію ендометрія.

Таким чином, ізольоване вживання щипкової біопсії ендоміометрія під гістероскопічним контролем у жінок з УНМ недоцільно, зважаючи на низьку специфічність методу і неможливості верифікації Ад.

При аналізі результатів біопсії резекції ендоміометрія було встановлено, що, не дивлячись на використання максимально можливої потужності електричного струму, в 8 з 10 випадків гістологічне дослідження було неінформативним зважаючи на теплове руйнування препаратів, що абсолютно неприйнятний. Враховуючи низьку якість препаратів, використання гістероскопічної біопсії резекції ендоміометрія з метою діагностики причин розвитку УНМ можна вважати недоцільним.

При аналізі результатів трансцервікальної мультифокальної біопсії пункції ендоміометрія (ТМПБ) були отримані наступні дані. Виконання ТМПБ істотно не впливало на загальний час оперативного втручання, подовжуючи його тривалість в середньому на 2,5 хв. Інтраопераційних ускладнень не відмічено. Число ліжко-днів об'єму терапії, що проводиться, в досліджуваних групах не відрізнялися.

При патоморфологічному дослідженні діагноз Ад виставляли на підставі візуалізації ендометріодних гетеротипів в товщі міометрія при виявленні залозисто-або стромального компонентів, або при їх поєднанні. За нашими даними, з 60 обстежених пацієнток в 35 (58,3±6,4%) була виявлена залозиста інвазія в міометрії. У 2-й групі Ад був гістологічно виявлений у 15 пацієнток (50±9,1%), в 3-й – у 20 пацієнток (66,7±8,6%). Поодинокі ендометріальні залози в препаратах ендоміометрія були виявлені у 11 (31,4±7,8%) пацієнток з підтвердженням Ад. Ендометріальні залози і цитогенна строма в препаратах були виявлені в 13 (37,1±8,2%). Цитогенна строма в товщі міометрія була виявлена в препаратах в 11 (31,4±7,8%).

Поєднання Ад з різними формами гіперплазії ендометрія виявлене в 85,3±6% спостережень, з інтрамурально-субмукозною і субмукозною лейоміомою – в 25,7±15,4%. Гіпопластичний ендометрій у хворих з підтвердженим Ад виявлений в 8,8±4,9% з них, проліферативний ендометрій – в 5,9±4,0%. При виявленні ознак Ад оцінювали глибину максимальної залозистої інвазії в міометрії, на підставі чого було виявлено, що в 27,9±7,6% випадків Ад був поверхневим, в останніх випадках – глибоким.

При зіставленні даних гістологічного дослідження зшкрібків ендометрія і біоптатів ендоміометрія були отримані наступні дані. Збіг гістологічних висновків мав місце у 18 (90,0±6,9%) пацієнток. У 2 пацієнток за результатами біопсії ендоміометрія не були виявлені поліпи ендометрія. Таким чином, чутливість 6-точкової трансцервікальної біопсії ендоміометрія у виявленні стану ендометрія склала 0,86, специфічність – 0,85.

При аналізі відмінностей структури патології ендоміометрія при УНМ в репродуктивному і перименопаузальному періодах виявлено, що достовірні відмінності по даному критерію в досліджувані вікові періоди виявляються лише по аденоміозу, який в більшому відсотку випадків виявляється у пацієнток перименопаузального віку (41,0±7,9% і 67,7±8,4% відповідно, p<0,05).

Аналіз результатів всіх виконаних трансцервікальних пункцій біопсій ендоміометрія з метою верифікації морфологічного діагнозу при УНМ дозволив передбачити, що частота Ад у жінок, страждаючих УНМ, досягає 58,3±6,4%.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що вдосконалений алгоритм діагностики Ад при наданні екстреної спеціалізованої допомоги дає можливість вже при первинній госпіталізації верифікувати аденоміоз у $93,8 \pm 6,0\%$ пацієнток з цією патологією. Достовірною діагностикою Ад в умовах стаціонару по наданню екстреної допомоги, у тому числі на ранніх стадіях розвитку процесу (у $25,6 \pm 10,9\%$ пацієнток) дозволяє своєчасно і обґрунтовано вибрати раціональну лікувальну тактику.

**Оптимизация диагностики Ад при метроррагиях
в репродуктивном и перименопаузальном возрасте**
П.М. Прудников

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что усовершенствованный алгоритм диагностики Ад при оказании экстренной специализированной помощи дает возможность уже при первичной госпитализации верифицировать аденомиоз у $93,8 \pm 6,0\%$ пациенток с этой патологией. Достоверная диагностика Ад в условиях стационара по оказанию экстренной помощи, в том числе на ранних стадиях развития процесса (у $25,6 \pm 10,9\%$ пациенток) позволяет своевременно и обоснованно выбрать рациональную лечебную тактику.

Ключевые слова: аденомиоз, диагностика, оптимизация.

**Diagnostics optimisation of adenomyose at metrorragia
in reproductive and perimenopausal age**
P.M. Prudnikov

Results of the spent researches testify that the advanced algorithm of diagnostics of adenomyose at rendering of the emergency specialised help gives the chance to verify already at primary hospitalisation adenomyose at $93,8 \pm 6,0\%$ of patients with this pathology. Authentic diagnostics adenomyose in the conditions of a hospital on rendering of the emergency help, including at early stages of development of process (at $25,6 \pm 10,9\%$ of patients) allows in due time and prove to choose rational medical tactics.

Key words: adenomyose, diagnostics, optimisation.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамьян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамьян, В.И. Кулаков. – М.: Медицина, 2008. – 317 с.
2. Айламазян Э.К. Генитальный эндометриоз: новые подходы к терапии: Руководство для врачей / Э.К. Айламазян, С.А. Сельков, М.И. Ярмолинская. – СПб., 2012. – 25 с.
3. Актуальные вопросы гинекологии / Под. ред. Е.В. Коханевич. – К.: ООО «Книга-плюс», 2008. – 161 с.
4. Баскаков В.П. Эндометриозная болезнь / В.П. Баскаков, Ю.В. Цвелев, Е.Ф. Кира. – Санкт-Петербург: ООО «Издательство Н-Л», 2012. – 452 с.
5. Беженарь В.Ф., Повзун С.А., Фридман Д.Б. Анализ эффективности способов получения биоптатов для гистологической верификации Ад // Журнал акушерства и женских болезней. – 2012. – Т. LV. – Вып. 4. – С. 37–39.

УДК 618.13-002.3-06:616.381-002]-07-035

**Информативность методов диагностики
при гнойно-воспалительных
заболеваниях придатков матки,
осложненных местным и разлитым
перитонитом**

В.С. Страховецкий

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что наиболее информативным в отношении выявления экстрагенитальных очагов гнойного воспаления при гнойно-воспалительных заболеваниях придатков матки является сочетание бимануального исследования и УЗИ ($0,84$). Изолированное УЗИ обладает большей чувствительностью ($0,6$), чем диагностическая лапароскопия. Спаечно-инфильтративный процесс, парез кишечника нивелируют эффективность визуальной диагностики при лапароскопии у пациенток с пельвиоперитонитом до $0,37$, с разлитым перитонитом до $0,29$. Рентгенография брюшной полости обладает высокой чувствительностью только в отношении выявления кишечной непроходимости ($0,98$). Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических мероприятий у пациенток с гнойным поражением придатков матки.

Ключевые слова: гнойно-воспалительные заболевания придатков матки, перитонит, диагностика.

Несмотря на успехи и достижения современной гинекологии, гнойно-воспалительные заболевания придатков матки в настоящее время характеризуются ростом частоты заболевания, склонностью к длительному рецидивирующему течению и генерализации процесса. Необратимые изменения в придатках матки, вынужденные объемы операций приводят в большей части случаев к потере специфических функций женского организма, к инвалидизации [1–6]. Распространение гнойно-воспалительного процесса за пределы внутренних половых органов, развитие местного и разлитого перитонита вынуждает выполнять радикальные вмешательства у женщин с нереализованной репродуктивной функцией [2]. Летальность при разлитом перитоните различной этиологии на протяжении последних 10–15 лет, по данным авторов, сохраняется на уровне от 10% до 25% [3, 4].

Анализ современной отечественной и зарубежной медицинской литературы свидетельствует о том, что развитие и течение перитонита вследствие гнойного пораже-

ния придатков матки имеет свои особенности: слабую выраженность или отсутствие признаков раздражения брюшины вне зависимости от площади ее поражения в сочетании с клиникой гнойного поражения внутренних гениталий и смежных с ними органов. Стертость клиники, частое отсутствие симптомов раздражения брюшины, нередко приводит к недооценке тяжести состояния пациентов, неоправданной потере времени и запоздалой операции [5, 6].

Разрозненность данных исследований по систематизации и оценке эффективности методов диагностики и лечения разлитого перитонита с учетом особенностей его течения у больных гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки (ГВЗПМ) обусловило целесообразность выполнения данной работы.

Цель исследования: совершенствование диагностики гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки, осложненных разлитым перитонитом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с целью исследования проведено комплексное обследование и лечение 100 женщин в возрасте от 15 до 50 лет (средний возраст $36,7 \pm 3,4$ года) с гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки. Основную группу (1) составили 50 пациенток с ГВЗПМ, осложненными экстрагенитальными гнойными поражениями органов брюшной полости, такими как, межкишечные, поддиафрагмальные абсцессы, вторичный аппендицит, забрюшинная флегмона, параметрит, вовлечение в очаг гнойной деструкции кишки, сальника. Контрольная группа (2) сформирована из 50 женщин с ГВЗПМ без прямого вовлечения в гнойный процесс органов брюшной полости. Обе группы были разделены на подгруппы в зависимости от распространенности перитонита: местный ограниченный и неограниченный, – условно пельвиоперитонит (ПП) (1А; 2А), и разлитой перитонит (РП) (1Б; 2Б).

Исследования проводились как в реальном времени, так и по результатам ретроспективного анализа архивных материалов.

Условно, все проводимое обследование было разделено на клиническое и лабораторное. Клиническое обследование включало общегинекологическое и специальные методы исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что чувствительность диагностики распространенности перитонита на дооперационном этапе составила для 1Б подгруппы больных 0,66, для 1А – 0,41, 2А и 2Б – 0,75 и 0,58 соответственно. Обращает на себя внимание превалирование недооценки тяжести перитонита над гипердиагностикой. В 36,0% случаев перитонит либо не диагностировался – 20,0%, либо устанавливался диагноз «пельвиоперитонит» при наличии поражения брюшины более чем двух анатомических областей – 16,0%. В 2,0% наблюдений в диагнозе фигурировал разлитой (распространенный) перитонит, верифицированный после операции как пельвиоперитонит (местный неотграниченный перитонит).

Анализ результатов, полученных при вагинальном исследовании при поступлении пациенток, показал, что во всех случаях осмотр был затруднен вследствие напряжения мышц брюшной стенки, вздутия живота, болезненности при пальпации. В группах больных ГВЗПМ с вовлечением в гнойный очаг соседних органов и структур – 1А и 1Б

подгруппы, выявляемость патологического образования при вагинальном исследовании составила 0,56 и 0,52 соответственно. Наиболее часто, в 1А подгруппе в 32,0% случаев и 1Б подгруппе – 26,0% случаев, определялось болезненное, неоднородной консистенции, ограниченной подвижности, без четких контуров образование в проекции придатков размерами от 8,0 до 12,0 см. Вторым по частоте пальпаторно выявлялся единый конгломерат, исходящий из малого таза, размерами до 25,0 см, – в 16,0% и в 18,0% случаев соответственно. Тубоовариальные образования размерами до 8,0 см диагностировались в 1А подгруппе в 6,0% и в 1Б подгруппе – в 8,0% наблюдений.

В 2Б подгруппе в 16,0% случаев распространенный перитонит был обусловлен вскрывшимися пиосальпинксами, т.е. имелось отсутствие объемных образований при поступлении больной. Выявляемость абсцедирования придатков матки при бимануальном исследовании в данной группе пациенток составила 0,24 – в 16,0% наблюдений определялось образование размерами от 8,0 до 12,0 см. У пациенток 2А подгруппы пельвиоперитонит в большинстве случаев развивался вследствие гнойного сальпингоофорита, только в 6,0% случаев имели место сформированные пиосальпинксы размерами 4,0–6,0 см, диагностированные на дооперационном этапе.

Таким образом, без использования дополнительных методов исследования, подозрение на вовлечение в гнойный процесс соседних органов и структур в группах 1а и 1б было выставлено в 47,3% (35) наблюдений при выявлении воспалительного образования, в среднем, более 8,0 см. Достоверная же распространенность разлитого перитонита была выявлена лишь у 32 пациенток, что составило 50,8%, местного перитонита – в 67 (70,5%) наблюдениях.

Диагностика ГВЗПМ включает в себя не только выявление локализации и распространенности гнойного процесса в малом тазу и брюшной полости, но и определение тяжести состояния больной, – наличие и степень полиорганной недостаточности. Следовательно, нами проведен как анализ чувствительности специальных методов исследования, так и оценка прогностической значимости различных критериев определения тяжести состояния больных с распространенными формами ГВЗПМ.

Обследование на дооперационном этапе, помимо осмотра специалистов, в максимальном объеме включает УЗИ органов малого таза и брюшной полости, Rg-графию брюшной полости (обзорный снимок) и диагностическую лапароскопию. Изучение объема диагностических исследований показало, что низкий уровень привлечения дополнительных методов исследования обусловлен в большинстве случаев недостаточной информативностью бимануального исследования, т.е. диагностический поиск больше был направлен на выявление источника воспаления, нежели на определение степени распространенности процесса, т.е. объем диагностических мероприятий ограничивался тяжестью состояния больных.

Изучение диагностической информативности дополнительных методов обследования показало, что чувствительность методов исследования зависит от распространенности воспалительного процесса и стадии абсцедирования придатков матки. Так, массивная инфильтрация тканей, спаечный процесс у больных 1А и 1Б подгрупп низводит чувствительность диагностической лапароскопии до 0,37 и 0,29 соответственно.

Например, в 5 случаях из 8 выполненных лапароскопий в 1А подгруппе подтверждался воспалительный процесс в брюшной полости без обнаружения источника воспаления вследствие указанных причин. В 1Б подгруппе выполнение лапа-

роскопии дополнительно осложнялось наличием раздутых петель кишечника, спаечным процессом последнего, в то время как, в подгруппах 2А и 2Б лапароскопия обладает самой высокой диагностической чувствительностью (1,0). Rg-графия брюшной полости, обладая высокой чувствительностью 0,98 при выявлении паретической непроходимости кишечника, не позволила диагностировать межпетельные абсцессы в 10,0% случаях и поддиафрагмальный абсцесс в 4,0% случаев в 1Б подгруппе. УЗИ органов малого таза обладает достаточно высоким уровнем чувствительности – 0,6 в 1А, 0,6 и 1,0 в 2А и 2Б подгруппах соответственно. Более низкую чувствительность метода 0,25 в 1Б подгруппе, возможно, следует объяснить тем, что именно у данной категории больных в большей части случаев разлитой перитонит был обусловлен вскрывшимися тубоовариальными абсцессами (пиосальпинксами), а, следовательно, имелась не совсем типичная эхо-картина последних. Наибольшим уровнем чувствительности характеризуется сочетание УЗИ с бимануальным исследованием – 0,84.

Следует отметить, что специфичность УЗИ органов малого таза в отношении выявления поражения соседних органов и структур при ГВЗПМ незначительно выше специфичности диагностической лапароскопии – 0,14 и 0,1 соответственно. Однако, в отличие от лапароскопии, УЗИ органов малого таза, являясь неинвазивным методом, не несет риска интраоперационных осложнений, возможность возникновения которых в условиях спаечного процесса, инфильтрации тканей достаточно высока.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что наиболее информативным в отношении выявления экстратрагенитальных очагов гнойного воспаления при гнойно-воспалительных заболеваниях придатков матки является сочетание бимануального исследования и УЗИ (0,84). Изолированное УЗИ обладает большей чувствительностью (0,6), чем диагностическая лапароскопия. Спаечно-инфильтративный процесс, парез кишечника нивелируют эффективность визуальной диагностики при лапароскопии у пациенток с пельвиоперитонитом до 0,37, с разлитым перитонитом до 0,29. Рентгенография брюшной полости обладает высокой чувствительностью только в отношении выявления кишечной непроходимости (0,98). Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических мероприятий у пациенток с гнойным поражением придатков матки.

Інформативність методів діагностики при гнійно-запальних захворюваннях придатків матки, ускладнених місцевим і розлитим перитонітом В.С. Страховецький

Результати проведених досліджень свідчать, що найбільш інформативним відносно виявлення екстратрагенітальних вогнищ гнійного запалення при гнійно-запальних захворюваннях придатків матки є поєднання бимануального дослідження і УЗД (0,84). Ізольоване УЗД володіє більшою чутливістю (0,6), чим діагностична лапароскопія. Спайково-інфільтративний процес, парез кишечника нівелюють ефективність візуальної діагностики при лапароскопії у пацієнток з пельвіоперитонітом до 0,37, з розлитим перитонітом

до 0,29. Рентгенографія черевної порожнини володіє високою чутливістю лише відносно виявлення кишкової непрохідності (0,98). Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних заходів у пацієнток з гнійним ушкодженням придатків матки.

Ключові слова: гнійно-запальні захворювання придатків матки, перитоніт, діагностика.

Informatical diagnostics methods at is purulent-inflammatory diseases of appendages of the uterus complicated by a local and poured peritonitis V.S. Strahovetsky

Results of the spent researches testify, that the most informative concerning revealing extragenital the centres of a purulent inflammation at pyoinflammatory diseases of appendages of a uterus is the combination by manual research and ultrasonic research (0,84). The isolated ultrasonic research possesses more sensitivity (0,6), than a diagnostic laparoscopy. Soldering-infiltrational process, pareses of intestines level efficiency of visual diagnostics at a laparoscopy at patients with pelvioperitonitis to 0,37, with the poured peritonitis to 0,29. Rentgenografy a belly cavity possesses high sensitivity only concerning revealing of intestinal impassability (0,98). The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic actions at patients with purulent defeat of appendages of a uterus.

Key words: pyoinflammatory diseases of appendages of a uterus, a peritonitis, diagnostics.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Антонова Л.В. Особенности клинического течения острых воспалительных заболеваний придатков матки на фоне использования внутриматочных контрацептивов / Л.В. Антонова, С.Г. Карапетян, Е.Н. Каухова // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 10. – С. 41–44.
2. Ашрафов Р.А. Послеоперационный перитонит: диагностика и хирургическое лечение / Р.А. Ашрафов, М.И. Давыдов // Вестник хирургии. – 2009. – № 5. – С. 114–118.
3. Батырова А.К. О диагностическом и практическом значении иммунологических исследований у женщин с воспалительными процессами придатков матки / А.К. Батырова, Н.Н. Мезинова, Л.Б. Шаронина // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 5. – С. 88–91.
4. Долгов Г.В. Гнойно-воспалительные осложнения в оперативной гинекологии. Прогнозирование. Профилактика. / Г.В. Долгов. – СПб: «ЭЛБИ-СПб», 2008. – 173 с.
5. Костючек Д.Ф. Гнойные тубоовариальные образования (клиника, диагностика, принципы терапии) / Д.Ф. Костючек // Журнал акушерства и женских болезней. – 2013. – Вып. 1. – С. 63–65.
6. Краснополский В.И. Современные методы диагностики тяжелых гнойных воспалительных заболеваний внутренних половых органов / В.И. Краснополский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина // Вестник российской ассоциации акушеров и гинекологов. – 2009. – № 2. – С. 56–67.

УДК 618.14-06:616.43:616-008.9

Метаболічний синдром і поєднана патологія матки в періоді постменопаузи

В.А. Шамрай

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

Результати проведених досліджень свідчать про істотну роль метаболічного синдрому в генезі розвитку поєднаної патології матки в період постменопаузи. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: поєднана патологія матки, період постменопаузи, метаболічний синдром.

Актуальність вивчення особливостей клініки, психовегетативного статусу, діагностики і тактики ведення жінок в постменопаузі з поєднаною патологією матки обумовлена значним 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 фоні 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 [2, 6].

Екстрагенітальна патологія завжди розглядалася як чинник ризику розвитку поєднаної патології матки, особливо в період постменопаузи. При цьому останнім часом велике значення надається наявності метаболічного синдрому (МС) в генезі різних дисгормональних порушень, у тому числі і органів репродуктивної системи [4, 8].

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 особливості впливу МС на клінічну картину даної патології.

У зв'язку з наведеним вище представляється актуальним і перспективним обґрунтування і розроблення клінічної системи діагностики і тактики ведення жінок з поєднаною патологією матки в період постменопаузи на фоні і без МС.

Мета дослідження: вивчення впливу МС на клінічні прояви поєднаної патології матки в період постменопаузи.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

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

З нашого дослідження були виключені пацієнтки, в яких при патоморфологічно-му дослідженні були виявлені злоякісні або передракові зміни ендометрія. В той же час не можна не відзначити, що такі поєднання патологій як МС, лейоміома матки (ЛМ) і атрофія ендометрія (АЕ) (на фоні метроррагії); МС, ЛМ і гіперплазія ендометрія (ГЕ); рецидивуюча гіперплазія ендометрія (РГЕ), є доброякісними 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. В 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. Основну групу розподілено дві підгрупи жінок: 1-а – з ізольованою формою патології ендометрія (30) і 2-а – із ППМ (59); у контрольній групі відповідно спостерігалися: 1-а підгрупа – 48 пацієнток з ізольованою патологією ендометрія і 2-а підгрупа – 34 жінки з поєднаною формою проліферативних процесів матки.

Діагностика МС ґрунтувалася на критеріях, затверджених ВООЗ.

У поняття ППМ ми об'єднали патологію ендометрія і міометрія; патологія ендометрія у поєднанні з ЛМ, патологія ендометрія і аденоміоз (АМ), АМ і ЛМ, а також всі три патології водночас. У поняття патологія ендометрія були включені: гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ), поліпи ендометрія (ПЕ) залозиста гіперплазія ендометрія (ЖГЕ) 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.

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%) групи 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 ЖГЕ – 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;

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

Отже, в основній групі достовірно частіше діагностовані поєднання ЛМ і ЖГЕ, ЛМ і ПЕ, при ізольованій формі патології ендометрія також в групі з МС частіше зустрічалися ПЕ. У групі контролю при ізольованій формі патології ендометрія достовірно частіше виявлені АЕ і ПЕ.

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

Жінок з проявами МС і ізольованою патологією ендометрія за тривалістю постменопаузи було розподілено таким чином: тривалість постменопаузи до 5 років – у 10 (33,33±3,06%), 6-10 років – у 10 (33,33±3,06%), більше 11 років – у 10 (33,34±3,06%) пацієнток. Серед пацієнток 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 досліджуваних жінок відрізнялася значною різноманітністю симптомів, що обумовлене різними чинниками: тривалістю захворювання, поєднанням декількох патологічних процесів статевих органів, особливостями попереднього лікування, що проводиться, соматичною патологією. В основному клінічна картина гіперпластичних процесів матки у обстежуваних жінок характеризувалася матковими кровотечами (різного ступеня вираженості і тривалості) і больовим синдромом.

Усі пацієнтки на момент вступу відзначали скарги на кров'яні виділення із статевих шляхів, кожна третя жінка основної групи мала їх в анамнезі. Скарги на біль внизу живота пред'являли 39 (43,82±2,25%) пацієнток основної і 30 (36,59±2,31%) – контрольної груп ($p < 0,05$); АМК в анамнезі відзначені у 29 (32,58±2,96%) і 10 (12,20±1,61%; $p < 0,001$) жінок відповідно.

Біль у поперековій області мали 23 (25,84±1,64%) пацієнтки з ознаками МС і 9 (10,98±1,45%) – без МС ($p < 0,001$). Поллакіурія, дизурія, стресове нетримання сечі турбували 15 (16,85±1,96%) жінок основної і 9 (10,98±1,45%) контрольної груп ($p < 0,05$). Скарги з боку інших систем пред'являли 80 (89,89±3,19%) і 67 (81,71±3,26%) жінок відповідно ($p < 0,05$).

На наш погляд, настільки виражена велика кількість скарг зумовлена віком і в основному наявністю метаболічних порушень. Аналіз скарг хворих обох груп дозволяє зробити висновок про те, що маткові кровотечі у пацієнток з ППЕ і ППМ на фоні МС або без нього є основним симптомом і приводом для звернення по медичну допомогу серед жінок даної вікової групи. Тривалість перебігу ППМ склала 11,5±1,7 років у пацієнток основної групи і 10,87±1,6 – у групі контролю. З цього видно, що із збільшенням віку збільшується і тривалість існування патологічного процесу.

Тривалість кров'яних виділень на момент госпіталізації в гінекологічне відділення в основній групі склала 1,4±0,07 міс, в групі контролю – 1,2±0,08 міс, що свідчить про недостатню медичну писменність пацієнток і неадекватність спостереження в жіночій консультації за цією групою хворих.

Отже, у жінок віку постменопаузи, що мають МС, були достовірно більш виражені поєднані скарги (з боку ряду систем, перенесені раніше аномалії менструального циклу) при зіставленні з аналогічними показниками пацієнток без наявності МС.

За наявності МС достовірно частіше виявляються ознаки цервіциту, набових кіст, ніж в групі жінок без МС, в групі контролю частіше зустрічалися пацієнтки з незміненою шийкою матки. З цього виходить, що в розвитку ППМ має значення і МС, і чинник хронічного запалення статевих органів.

За результатами бімануального обстеження в групі пацієнток з МС достовірно частіше виявлено збільшення матки до 7-8 тиж вагітності.

Отже, наявність МС ясно робить вплив на ступінь вираженості проліферативних процесів в міометрії.

Дослідження області придатків не давало чіткої інформації про патологічні процеси в яєчниках. Придатки не були збільшені у 78 (87,64±3,36%) пацієнток основної і в 78 (95,12±2,37%) контрольної груп; незначне їх збільшення було у 9 (10,11±1,03%) пацієнток ($p < 0,01$) з ознаками МС і 2 (2,44±0,70%) – без ознак МС (кістозні зміни по МКБ-10); тяжистість в області придатків визначалася у 2 (2,25±0,48%) і 2 (2,44±0,70%) обстежених відповідно. При дослідженні зведень і параметрів відмічено сплюснення зведень з одного боку в 2 (2,25±0,48%) і 2 (2,44±0,70%) пацієнток основної і контрольної груп. Збільшення придатків було частішим в групі з МС, що підтверджує роль обмінно-ендокринних порушень в генезі патологічних процесів органів малого таза.

Обстежувані основної і контрольної груп розподілялися також по ступеню вираженості ожиріння, тяжкість якого визначався по індексу маси тіла.

Серед пацієнток, що мають МС з ізольованою формою патології ендометрія, переважали жінки з ожирінням 1 ст. і 2а ст. Доля жінок з надлишковою масою тіла (1 ступінь) в цій групі склала 13 (43,33±3,04%); ожиріння 2а ступеню було в 10 (33,33±2,60%) обстежуваних, 2б ступеню – в 3 (10,00±1,47%; $p < 0,01$) порівняно з даними аналогічної групи пацієнток, що не мають МС.

У групі хворих, що не мають МС, з ізольованою патологією ендометрія переважали жінки з 1 ст. ожиріння – 29 (60,41±3,05%; $p < 0,01$), 2а ст. виявлена в 10 (20,83 ± 1,86%), що значно рідше в зіставленні з аналогічними даними основної групи; 2б ст. ожиріння виявлена в 1 (2,08±0,06%) жінки; у 8 (16,66±1,37%) пацієнток відзначена нормальна маса тіла.

В основній групі жінок з поєднаною патологією ендометрія ожиріння 1 ст. виявлене в 20 (33,89±2,16%), 2а ст. – в 26 (44,33±3,46%), 2б ст. – в 8 (13,55±1,45%) і 3 ст. – у 4 (6,77±0,27%) пацієнток.

У контрольній групі обстежених із ППМ 1 ст. ожиріння зареєстрована у 20 (58,82±3,44%; $p < 0,001$) жінок, 2а ст. – в 10 (29,41 ± 2,81%), хворі з 2б ст. не відзначені; 4 (11,76±1,52%) жінки були з нормальною масою тіла ($p < 0,001$) порівняно з даними аналогічної групи обстежуваних, таких, що мають МС.

Отже, в основній групі переважали пацієнтки з ожирінням і різко вираженим ожирінням, що підтверджує роль змінних порушень в розвитку патологічних процесів у статевих органах.

Екстрагенітальні захворювання у хворих з МС були представлені ожирінням, захворюваннями серцево-судинної системи (в основному артеріальна гіпертензія (АГ)), ендокринної системи (цукровий діабет 2-го типу (ЦД2), захворювання щитоподібної залози), патологією травного тракту (ТТ) і нирок. Екстрагенітальну патологію у хворих, що не мають МС, склали: захворювання серцево-судинної системи, щитоподібної залози, патологія ТТ, нирок, захворювання суглобів.

При ППМ АГ в основній групі спостережуваних відмічена у 49 (83,05±4,88%) жінок, в аналогічній контрольній – в 1 (32,35±2,02%; $p < 0,001$); дитячі інфекції серед пацієнток з проявами МС – у 24 (40,68±3,39%) жінок, без проявів МС відповідно – в 5 (14,71±1,07%; $p < 0,001$). Патологія щитовидної залози за наявності поєднаної патології матки мала місце у 20 (33,90±2,16%) жінок основної групи, в контрольній – в 2 (5,88±1,03%; $p < 0,001$); ЦД2 типу в основній групі при ППМ діагностований у 20 (33,90±1,16%) пацієнток, в контрольній групі не виявлений ($p < 0,001$).

Захворювання ТТ при поєднаній патології матки в групі з проявами МС відмічені у 16 (27,12±2,08%) пацієнток, без проявів МС – в 12 (35,29±2,19%; $p < 0,01$) обстежених. ІХС в основній групі була в 8 (13,56±1,45%) випадках, в контрольній – в 3 (8,82±0,86%; $p < 0,05$).

Патологія нирок при ППМ і МС виявлена у 4 (6,78±0,27%) жінок, без МС – в 2 (5,88±1,03%), захворювання легенів відповідно – в 4 (6,78±0,27%) і 2 (5,88±1,03%) жінок.

Отже, нами відмічена велика обтяжена екстрагенітальною патологією у жінок основної групи (з поєднаною патологією ендометрія і ізольованою формою патології ендометрія) в зіставленні з аналогічними показниками обох підгруп контролю.

З перенесених гінекологічних захворювань в основній і контрольній групах найчастішими були хронічні запальні процеси статевих органів.

Аналіз структури гінекологічних захворювань за даними анамнезу у хворих з ізольованою патологією ендометрія показав, що аборти виконували пацієнткам в основній групі у 25 (83,33±4,81%) жінок і в 30 (62,50±3,92%; $p < 0,01$) – в контролі. У групі жінок з МС запальні захворювання і спайковий процес малого тазу виявлені в 15 (50,00±3,12%) випадках, в групі без МС – в 13 (27,08±2,41%; $p < 0,001$).

Отже, у хворих при ізольованій і поєднаній формах патології ендометрія запальні захворювання статевих органів і спайковий процес малого тазу зустрічаються в кожному третьому/другому випадках, що у свою чергу, сприяє дисфункції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи і патологія ГЗ залоз в анамнезі достовірно частіше зареєстровані у пацієнток, що мають МС.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про істотну роль метаболічного синдрому в генезі розвитку поєднаної патології матки в періоді постменопаузи. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Метаболический синдром и сочетанная патология матки в постменопаузальный период В.А. Шамрай

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной роли метаболического синдрома в генезе развития сочетанной патологии матки в постменопаузальном периоде. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: сочетанная патология матки, постменопаузальный период, метаболический синдром.

Metabolic syndrome and complex uterus pathology in postmenopausal period V.A. Shamraj

Results of the spent researches testify to an essential role of a metabolic syndrome in genesis developments complex uterus pathologies in postmenopausal period. The received results are necessary for considering by working out of a complex of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: complex uterus pathology, postmenopausal period, a metabolic syndrome.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамьян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамьян, В.И. Кулаков. – М.: Медицина, 2008. – 320 с.
2. Аккер Л.В. Течение постовариэктомического 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., 2012. – 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, 2012. – 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 618.177-07-08

Диагностика и лечения бесплодия при гиперандрогении сочетанного генеза в супружеской паре

М. М. Адамов

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

Проведено комплексное клиничко-лабораторное и эхографическое обследование 70 женщин с бесплодием на фоне гиперандрогении сочетанного генеза. Установлено, что основными причинами нарушения репродуктивной функции пациенток с гиперандрогенией являются ановуляция (47,1%) и недостаточность лютеиновой фазы (52,9%). Показано, что проведение индивидуальной гормональной коррекции с учетом показателей метаболизма андрогенов обнаруженных нарушений репродуктивной системы у пациенток с гиперандрогенией содействует уменьшению клинических проявлений андрогензависимой дерматопатии, нормализации менструальной функции и стойкому восстановлению репродуктивной функции. При этом общая эффективность терапии составляет 68,0% (при ановуляторной форме – 67,6% и при недостаточности лютеиновой фазы – 68,4%).

Ключевые слова: бесплодие, гиперандрогения, диагностика, лечение.

Частота бесплодного брака по данным отечественных и зарубежных исследователей составляет от 10% до 20% [1–3]. В структуре женского бесплодия эндокринные факторы занимают второе место, причем достаточно частой патологией является гиперандрогения (ГА) различного генеза, достигающая 20–30% [4, 5]. Как свидетельствуют данные современной литературы в 50–60% случаев причинами нарушения секреции андрогенов и нереализации репродуктивной функции являются дисгормональные изменения сочетанного генеза и ГА сочетанного генеза у большинства пациенток [6, 7].

В результате комплексной поэтапной терапии пациенток с ГА частота восстановления репродуктивной функции составляет от 20% до 40%, причем наиболее низкая эффективность лечения бесплодия на фоне применения направленной гормональной коррекции с учетом генеза нарушения секреции андрогенов [8, 9]. По-видимому, недостаточная эффективность общепринятых лечебно-профилактических мероприятий у этих пациенток объясняется отсутствием до настоящего времени представления об истинных причинах бесплодия при ГА сочетанного генеза.

В связи с изложенным выше представляет значительный интерес изучение этиопатогенеза и особенностей клинической картины женского бесплодия при сочетанном генезе ГА, а полученные данные позволяют определить наиболее рациональные подходы к лечению данной группы больных.

Цель исследования: повышение эффективности лечения бесплодия при ГА сочетанного генеза на основании патогенетически обоснованной терапии с учетом клиничко-эндокринологических особенностей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2011 до 2014 г. было проведено обследование и лечение 105 женщин, включая группу контроля, в возрасте от 19 до 38 лет (средний возраст $27,4 \pm 0,8$ года), из которых 70 пациенток были включены в исследование.

Критерии включения в исследование:

- клинические признаки ГА – андрогензависимая дерматопатия (гирсутизм, акне, себорея, аллопеция);
- лабораторные признаки ГА – оценка всех метаболитов андрогенов с повышенной стероидной активностью (тестостерон общий, тестостерон свободный, андростендион и дегидротестостерон);
- выявление сочетанной формы ГА, которая имеет признаки, как надпочечниковой ГА (повышение ДЕА-С, 17-ОНР и снижение кортизола), так и яичниковой ГА (ЛГ > 10 МЕ/мл, ЛГ/ФСГ > 2, объем яичников > 9 см³, опсоменорея и первичное бесплодие).

Критерии исключения из исследования: нарушение функции щитовидной железы, гиперпролактинемия, болезнь Иценко-Кушинга, тяжелые экстрагенитальные заболевания, которые приводят к нарушению гормонального гомеостаза, гормональноактивные андроген продуцирующие опухоли яичников и надпочечников, патология системы гемостаза (наследственные и приобретенные формы тромбофилии).

Больные в зависимости от формы (недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ) и ановуляция) нарушения репродуктивной системы при ГА сочетанного происхождения, предварительно были распределены на две клинических группы:

1-я группа – 33 пациентки в возрасте от 19 до 37 лет (средний возраст $26,7 \pm 1,0$ года), была представлена ановуляторной формой нарушения репродуктивной системы (нерегулярный менструальный цикл < 21 или > 35 дней); толщина эндометрия менее 6 мм или больше 12 мм; отсутствие желтого тела в яичниках и концентрация прогестерона менее 15,9 нмоль/л.

2-я группа – 37 пациенток в возрасте от 20 до 38 лет (средний возраст $28,2 \pm 2,1$ года) с нарушением репродуктивной системы в виде НЛФ (менструальный цикл 21–26 дней, длительность фазы желтого тела менее 10 дней, но УЗД толщина эндометрия < 10 мм и размеры желтого тела < 20 мм на 21–23-й день цикла, концентрация прогестерона больше 16 нмоль/л, но менее 30 нмоль/л).

Контрольную группу составили 35 условно здоровых женщин репродуктивного периода от 18 до 39 лет (средний возраст $28,3 \pm 1,5$ года) с регулярным овуляторным менструальным циклом, длительностью 28–30 дней и отсутствием признаков ГА.

Кроме общепринятых клинических исследований было проведено ультразвуковое исследование органов малого таза в динамическом режиме: на 5–7-й день менструального цикла. При этом оценивали размеры матки (длину, ширину, передне-задний размер), объем яичников, толщину эндометрия, количество и раз-

меры фолликулов, а также отмечали наличие патологических образований; эпизодически на 12–15-й день менструального цикла измеряли толщину эндометрия и размер доминантного фолликула; на 21–23-й день цикла оценивали размеры желтого тела и М-эхо. Кроме того, проводили контрольное ультразвуковое исследование в процессе лечения через 1–3–6 мес.

Оценку гормонального спектра проводили в динамике менструального цикла на 5–7-й и 21–23-й день. Определяли уровни секреций пептидных гормонов: фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ), пролактина (Прл) и стероидных половых гормонов (эстрадиола (Е2), прогестерона (Р), тестостерона общего (Тобщ.) и свободного (Тсв.), дегидротестостерона (ДГТ), андростендиона (Ан), 17-гидроксипрогестерона (17-ОНР), дегидроэпиандростерон-сульфата (ДЕА-804), кортизола (К), глобулинсвязывающего полового гормона (ГСВП)). Кроме определения количественных показателей перечисленных гормонов учитывали качественные показатели соотношения ЛГ/ФСГ, Р/Е2, Тобщ./Е2, ДГТ/Е2, Е2/Тсв. Для исключения патологии щитовидной железы проводилось определение уровня тиреоидных гормонов крови (ТТГ, Т₃свободный, Т₄свободный). Определение гормонов в сыворотке крови проводили по общепринятым методикам [10].

Выбор гормональной терапии для исследуемой группы пациенток определяли индивидуально в зависимости от степени выраженности симптомов андрогенизации, формы (НЛФ, ановуляция) и типа (гипоэстрогенный, гиперэстрогенный) нарушения репродуктивной системы, а также от заинтересованности женщины в беременности, с контролем результатов лечения через 1 мес приема препаратов.

С целью коррекции нарушений менструальной и генеративной функции, а также первым этапом стимуляции овуляции проводили терапию комбинированными оральными контрацептивами, в состав которых входят гестагены, обладающие антиандрогенным эффектом (диеногест и дроспиренон). Препаратом выбора для уменьшения проявлений андрогензависимой дерматопии и коррекции гормональных нарушений является дексаметазон в терапевтической дозе 0,125–0,5 мг/сут. Дозирование препарата подбирали индивидуально, в зависимости от степени выраженности клинических проявлений ГА и гормональных нарушений. Как гормональная поддержка лютеиновой фазы менструального цикла, был использован дидрогестерон.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основными причинами нарушения репродуктивной функции пациенток с ГА являются ановуляция (47,1%) и НЛФ (52,9%).

При ановуляторной форме нарушения репродуктивной системы характерны клинические и лабораторные признаки как яичниковой, так и надпочечниковой ГА, но с преобладанием яичникового компонента. Нарушения менструальной функции проявляется доминированием симптомов опсоменореи – 60,6%, со средней длительностью цикла в данной группе – 48,96±2,75 дня и аменореей, обнаруженной в 9,1% наблюдений.

Генеративная функция пациенток с ановуляторной формой ГА характеризуется высокой частотой первичного бесплодия – 63,6%. Оценка состояния органов репродуктивной системы оказывается увеличением объема яичников > 9 см³ в 69,2% наблюдений, отсутствием желтого тела и динамических изменений в нарастании толщины эндометрия и размеров фолликулов на протяжении менструального цикла.

Лабораторными критериями ановуляторной формы ГА являются: отсутствие динамических изменений стероидного профиля в течение менструального цикла и значительное повышение основных андрогенов и их соотношений с Э2: Т общ., Т своб., Ан и умеренное увеличение ДГТ; повышенный коэффициент ЛГ/ФСГ >2 и преобладание нормоэстрогенного типа ановуляции – 75,6%.

Для пациентов с ГА и НЛФ характерны клинические и лабораторные признаки как яичниковой, так и надпочечниковой ГА, но с преобладанием надпочечникового компонента. Менструальная дисфункция выявляется опсоменореей у 27,0% пациенток, с преобладанием эпизодов задержки менструации до 7–10 дней (21,6%) женщин, при этом средняя длительность цикла составила 26,74±1,13 дня.

Генеративная функция пациенток с НЛФ характеризуется высокой частотой как непроизвольного прерывания беременности сроком до 12 нед (24,4%), так и первичного бесплодия – 35,1%. При оценке репродуктивной системы у большинства пациенток наблюдается гипопрогестеронемия – 72,9% при одновременном снижении ультразвуковых параметров: толщина эндометрия и размеры желтого тела во 2-й фазе менструального цикла.

При НЛФ основными лабораторными критериями являются: гипоэстрогенное состояние на 5–7-й день цикла и умеренное повышение Тобщ. и Тсвоб., Ан и значительное увеличение ДГТ; высокий уровень соотношения Тобщ. К Э2, ДГТ к Э2 и выраженный подъем отношения Э2 к Тсвоб. на 21–23-й день менструального цикла.

У пациенток с ановуляторной формой и НЛФ на фоне ГА наблюдается корреляционная взаимосвязь между эндокринологическими и эхографическими показателями:

- независимо от причин ГА уровень ЛГ имеет прямую умеренную линейную зависимость с величиной объема яичников $r=0,64$ при НЛФ и $r=0,68$ при ановуляции;

- установлена прямая выражена линейная зависимость между уровнем Ан и ЛГ, причем практически одинаково сильную $r=0,72$ при ановуляции и $r=0,71$ при НЛФ.

Для эффективного лечения ГА у пациенток репродуктивного возраста необходима индивидуальная гормональная коррекция с учетом показателей метаболизма андрогенов: комбинированные оральные контрацептивы с антиандрогенным эффектом, прогестагены и глюкокортикоиды.

Такой подход содействует уменьшению клинических проявлений андрогензависимой дерматопии, нормализации менструальной функции и стойкому возобновлению репродуктивной функции, при этом общая эффективность терапии составляет 68,0% (при ановуляторной форме – 67,6% и при НЛФ – 68,4%).

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основными причинами нарушения репродуктивной функции пациенток с ГА является ановуляция (47,1%) и НЛФ (52,9%).

Проведение индивидуальной гормональной коррекции с учетом показателей метаболизма андрогенов, обнаруженных нарушений репродуктивной системы у пациенток с ГА содействует уменьшению клинических проявлений андрогензависимой дерматопатии, нормализации менструальной функции и стойкому восстановлению репродуктивной функции, при этом общая эффективность терапии составляет 68,0% (при ановуляторной форме – 67,6% и при НЛФ – 68,4%).

Полученные результаты позволяют рекомендовать усовершенствованный алгоритм для широкого использования в практическом здравоохранении.

Діагностика та лікування безпліддя при гіперандрогенії поєданого генезу у подружній парі

М.М. Адамов

Проведено комплексне клініко-лабораторне і ехографічне обстеження 70 жінок з безпліддям на фоні гіперандрогенії поєданого генезу. Встановлено, що основними причинами порушення репродуктивної функції пацієнток з гіперандрогенією є ановуляція (47,1%) і недостатність лютеїнової фази (52,9%). Показано, що проведення індивідуальної гормональної корекції з урахуванням показників метаболізму андрогенів виявлених порушень репродуктивної системи у пацієнток з гіперандрогенією сприяє зменшенню клінічних проявів андрогензалежної дерматопатії, нормалізації менструальної функції і стійкому відновленню репродуктивної функції, при цьому загальна ефективність терапії складає 68,0% (при ановуляторній формі – 67,6% і при недостатності лютеїнової фази – 68,4%).

Ключові слова: безпліддя, гіперандрогенія, діагностика, лікування.

Diagnostics and barreness treatments at hyperandrogenia of complex genesis in married couple

M.M. Adamov

It is spent complex clinical-laboratory and echografical inspection of 70 women with barreness against hyperandrogenia of complex genesis. It is established, principal causes of infringement of reproductive function of patients with hyperandrogenia are anovulation (47,1%) and insufficiency luteinum phases (52,9%). It is shown that carrying out of individual hormonal correction taking into account metabolism indicators of androgenes the revealed infringements of reproductive system at patients with hyperandrogenia promotes decrease in clinical displays androgendependent dermopatia, normalisation of menstrual function and proof restoration of reproductive function. Thus general efficiency of therapy makes 68,0% (at anovulation form – 67,6% and and at insufficiency of luteinum phases – 68,4%).

Key words: barreness, hyperandrogenia, diagnostics, treatment.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРЫ

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. Лапароскопія в діагностиці та лікуванні жіночої безплідності / О.М. Юзько, Т.А. Юзько // Клініч. анатомія та оперативна хірургія. – 2013. – № 2. – С. 35–36.
3. Anate M. Anovulatory infertility: a report of four cases and literature review / M. Anate, A.W. Olatinwo // Niger. J. Med. – 2010. – Vol. 10, N 2. – P. 85–90.
4. Дубоссарская З.М. Эндокринное бесплодие у женщин: патофизиологические механизмы и подходы к лечению / З.М. Дубоссарская // Лікування та діагностика. – 2013. – № 1. – С. 39–45.
5. Корнацька А.Г. Місцевий гуморальний імунітет у жінок з поєднаними формами неплідності / А.Г. Корнацька // Лікар. справа. – 2008. – № 4. – С. 82–84.
6. Основы репродуктивной медицины: Практ. руководство / Под ред. В.К. Чайки. – Донецк: Альматео, 2011. – Р. 6: Бесплодие в браке. – С. 275–321.
7. Bresnick E. The role of counseling in infertility / E. Bresnick, M.L. Taymor // Fertil. Steril. – 2009. – Vol. 32, N 2. – P. 154–156.
8. Ведення вагітності у жінок після корекції непліддя / А.В. Бойчук, Н.В. Петренко, В.І. Коптюк [та ін.] // Вісн. наук. досліджень. – 2012. – № 4. – С. 57–58.
9. Diagnostic and prognostic evaluations of sterility and the Sierre Hospital. 389 cases: [article in French] / C. Stan, M. Pretre, M. Boulvain, A. Campana // Schweiz. Med. Wochenschr. – 2011. – Vol. 129, N 37. – P. 1321–1327.
10. Подзолкова Н.М. Исследование гормонального статуса женщины в практике гинеколога. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 80 с.

УДК 618.1-08-035:616.441

Тактика допоміжних репродуктивних технологій у жінок з тиреоїдною патологією

Д.Ю. Берая

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

Дослідження присвячене ретроспективному порівняльному аналізу ефективності ДРТ у безплідних пацієнток з тиреоїдною дисфункцією та у жінок з безплідністю та з незміненою функцією щитоподібної залози. На підставі отриманих результатів робиться висновок про те, що пацієнтки з тиреоїдною патологією мають шанс на вагітність при використанні контрольованої суперовуляції у різних методиках ДРТ.

Ключові слова: допоміжні репродуктивні технології, безплідність, тиреоїдна патологія.

Тиреоїдна дисфункція займає вагоме місце серед причин ендокринних форм безпліддя у жінок репродуктивного віку. За даними ВООЗ, частота всіх форм безплідності в світі коливається у межах від 7% до 15%. Ендокринні захворювання, що зумовлюють порушення оогенезу та відсутність овуляції, серед усіх причин безплідності складають 30–40% [3, 12, 20]. Набуває актуальності проблема поєднаної патології репродуктивної системи та щитоподібної залози (ЩЗ): при ендокринних причинах безплідності недостатність ЩЗ виявляється в 14,6% випадків, при чому в структурі безплідності тиреоїдного генезу у 59,1% пацієнток спостерігається первинний гіпотиреоз [11].

Серед різних видів тиреоїдної дисфункції, які зумовлюють безплідність у жінок репродуктивного віку, найбільш вагомими є гіпотиреоз та аутоімунний тиреоїдит (АІТ) [21].

Порушення функції ЩЗ при АІТ може мати субклінічний варіант перебігу (латентний гіпотиреоз) з відсутністю симптоматики: рівні тиреотропного гормону (ТТГ), вільного трийодтироніну (Т3) і тироксину (Т4) досить довго залишаються у межах норми. При цьому у випадку АІТ концентрація антитиреоїдних антитіл (АТ-АТ) – антитіл до тиреоглобуліну та(або) до тиреопероксидази (мікросомальної фракції) підвищується у десятки і сотні разів [1, 2, 11]. АІТ є однією з провідних причин первинного гіпотиреозу.

Розглянемо патогенетичні зв'язки розвитку безплідності та патології ЩЗ. У жінок з гіпотиреозом порушується циклічна секреція фолітропіну (ФСГ) та лютропіну (ЛГ). Через структурну та імунологічну подібність тиреоїдліберину (ТРЛ) та пролактоліберину (ПРЛ) та наявність ТРЛ-рецепторів на лактотрофах гіпофіза,

підвищується активація синтезу як ТТГ, так і пролактина (Прл), що, у свою чергу, блокує вплив гонадотропінів на яєчники, зумовлює ановуляцію, що призводить до лютеїнової недостатності [1, 6, 7, 11]. У більшості пацієнток гіпотиреоз супроводжується значним підвищенням титру антитіл до тиреопероксидази (АТ-ТРО) та тиреоглобуліну (АТ-ТГ) [11]. При гіпотиреозі відмічають зміни у метаболізмі стероїдних гормонів, в основному у метаболізмі естрадіолу: замість нормального гідроксилювання, при якому утворюються активні катехолестрогени, включається 16-гідроксилювання, яке завершується утворенням менш активної фракції естрогенів – естріола, що не дає можливості забезпечити нормальний механізм зворотного зв'язку у регуляції секреції гонадотропінів [11].

Не дивлячись на наукові здобутки у вивченні впливу тиреоїдної дисфункції на репродуктивну систему жінки, не дослідженими залишаються особливості допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) при цій патології. ДРТ широко використовуються у практиці лікування безплідності [1, 2, 6, 15], тому метою нашого дослідження є вивчення особливостей ДРТ у жінок з порушенням функції ЩЗ.

Більшість програм ДРТ мають за мету досягнення стану суперовуляції: стимуляцію фолікулогенезу і отримання більшої кількості преовуляторних фолікулів, ніж у природному менструальному циклі, коли розвивається один або, рідше, два домінуючих фолікула, і, як слідство, отримання більшої кількості зрілих ооцитів [5, 9, 10, 16]. Для досягнення такого стану застосовуються різні протоколи стимуляції контрольованої суперовуляції (КСО), які для досягнення посиленого фолікулогенезу передбачають використання таких препаратів, як антиестрогени (кломіфенцитрат (КЦ), клостильбегіт, клomid, перготаїм), інгібітори ароматази (летрозол), препарати людських менопаузальних гонадотропінів (ЛМГ) (меногон, менопур, пергонал, хумегон) і препарати фолікулостимулюючого гормону (ФСГ) (уринарні – метродин, рекомбінантні – пурегон, гонал F) з наступною стимуляцією овуляції препаратами людського хоріонічного гонадотропіну (ЛХГ) (профазі, прегніл, хорагон) [4, 18, 19]. Дози препаратів і терміни лікування визначаються індивідуально за допомогою динамічного моніторингу.

Лікування безпліддя у жінок з недостатністю ЩЗ, як правило, проводиться на фоні медикаментозного еутиреозу якщо такий є, з нормальними показниками ТТГ крові [1]. На сьогодні препаратом вибору для компенсації первинного гіпотиреозу і гіпотиреозу, що розвинувся на тлі аутоімунного тиреоїдиту, є левотироксин (L-тироксин), який має всі властивості ендогенного гормону. L-тироксин призначають звичайно у добовій дозі 75–200 мкг, яка під наглядом ендокринолога титрується до нормалізації рівня ТТГ. Вважають, що замісної тиреоїдної терапії потребують також і субклінічні форми гіпотиреозу, при цьому враховують те, що клінічні його прояви поєднуються з безплідністю [11, 13, 15, 17].

Мета дослідження: вивчення ефективності результатів програм ДРТ при різних видах тиреоїдної патології та їхня ефективність порівняно з випадками безплідності іншого генезу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження була включена 31 жінка. Були проведені методики ДРТ при різних формах безплідності. Жінки були розділені на дві клінічні групи.

Основна група включала 16 жінок віком від 25 до 36 років (середній вік $30,5 \pm 0,85$ року), до яких застосовувались ДРТ на фоні зниження функції щитоподібної залози та аутоімунного тиреоїдиту.

Контрольна група складалась із 15 жінок віком від 25 до 40 років (середній вік $31,6 \pm 0,49$ року), які використовували ДРТ і мали нормальну функцію щитоподібної залози та без ознак порушення її дії, таких як у основній групі. В основній групі були виділені дві підгрупи: жінки з тільки ендокринним фактором безплідності та жінки з поєднаною патологією – ендокринного та трубно-перитонеального генезу.

Для встановлення форми безплідності у подружжя проводили: вимірювання базальної температури та інші тести функціональної діагностики, УЗД органів малого тазу, визначення рівнів ФСГ, ЛГ у 1–3-й день менструального циклу для встановлення якості яєчникового резерву, Прл у II фазі менструального циклу, ТТГ, Т3, Т4, визначення наявності та рівня АТ-ТРО, титрів АТ-ТГ; за показаннями – вимірювання рівнів тестостерону (Т), прогестерону (П), концентрації гормонів наднирників. Вивчався інфекційний статус пацієнок – наявність TORCH-інфекцій, та тих, що передаються статевим шляхом. У ході дослідження також проводились тести сумісності сперми і цервікального слизу у перивуляторний період з метою виключення імунологічної форми безпліддя. Проводилась перевірка прохідності маткових труб – метросальпінгографія, соно-сальпінгоскопія, діагностична лапароскопія.

Обстежені подружжя проходили каріотипування. Обов'язково вивчали спермограму чоловіка з метою виявлення чоловічого або поєданого фактора безплідності. Відсоток чоловічого безпліддя в обох групах спостереження був однаковим і тому не брався до уваги.

У близько 70% обстежених жінок основної групи спостерігали субклінічну форму гіпотиреозу та безсимптомну форму АІТ, що проявлялась підвищенням титру АТ-АТ без зміни концентрацій ТТГ, Т4 та Т3.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Пацієнткам обох груп проводили наступні програми ДРТ:

Контрольоване зачаття (КЗ) – під УЗ-контролем виконувався моніторинг зростання фолікула у природному циклі або на фоні гормонально-медикаментозної стимуляції (ГМС) фолікулогенезу, а після досягання ним(и) розміру 20 мм пацієнтці призначали овуляторну дозу ЛХГ.

Внутрішньоматкова інсемінація (ВМІ) – під УЗ-контролем овуляції у перивуляторний період менструального циклу жінці внутрішньоматково вводили сперму чоловіка (або донора) при умові прохідності маткових труб. ВМІ проводили на фоні ГМС, а також у природному циклі під УЗ-моніторингом зростання фолікула.

Запліднення *in vitro* (ЗІВ, IVF – *in vitro fertilization*) з наступним ембріотрансфером (ЕТ) – проведення контрольованої суперовуляції (КСО), УЗ-пункції фолікулів і запліднення у пробірці отриманих під час пункції перивуляторних ооцитів спермою чоловіка (або донора) з наступним переносом ембріонів, що

подрібноюються, у порожнину матки пацієнтки. Для проведення КСО застосовувалась «довгий» протокол стимуляції суперовуляції (з введенням агоністів гонадотропін-рилізінг гормону (а-ГнРГ) у ранній фолікулярній або середині лютеїнової фази циклу, що передують стимуляції суперовуляції) та «короткий» протокол (введення а-ГнРГ та ЛМГ починається у ранню фолікулярну фазу одночасно або ЛМГ призначають через 2–3 дні після першого введення а-ГнРГ). Також для КСО використовувався протокол стимуляції суперовуляції з використанням антагоністів ГнРГ (ант-ГнРГ).

Інтрацитоплазматична ін'єкція сперматозоїда (ІКЦИ, ICSI) – метод базується на програмі IVF, є одним із варіантів запліднення *in vitro*, при якому запліднення досягалась шляхом ін'єкції сперматозоїда у цитоплазму яйцеклітини.

Донація ооцитів (OVOD+M) – метод реалізації репродуктивної функції, який дозволяє мати дитину жінці без яєчників, або з яєчниками, що не функціонують, а також при високому ризику спадкових захворювань плода.

ЕТ кріозаконсервованих ембріонів (ЕТ-кріо) – метод ДРТ, який дозволяє зберегти ембріони, які утворились від запліднення отриманих під час УЗ-пункції яйцеклітин і які не переносились у порожнину матки за попередніх спроб, з наступним трансфером їх.

У ході дослідження серед пацієнок з чистим ендокринним фактором безплідності було виділено 3 пацієнтки з гіпотиреозом та підвищенням рівня АТ-АТ (в одній з них виявився також високий рівень концентрації ФСГ та ЛГ крові); 2 пацієнтки з гіперпролактинемією, поєднаною в одному випадку з гіпотиреозом, в іншому – з АІТ; 4 пацієнтки з підвищенням рівня АТ-АТ без клінічних ознак гіпотиреозу. Серед жінок з поєднаним фактором безплідності (ендокринним та трубно-перитонеальним) 5 пацієнок мали підтверджений діагноз АІТ; 1 пацієнтка – діагноз гіпотиреоз; у 1 пацієнтки спостерігалось підвищення титру АТ-АТ без клінічних ознак гіпотиреозу. Контрольну групу склали 15 пацієнок з трубно-перитонеальним фактором безплідності.

ДРТ, які були проведені пацієнткам основної групи, призвели до прогресуючої вагітності у 4 жінок, у 2 пацієнок вагітність закінчилась пологами. ДРТ, які були виконані пацієнткам контрольної групи спостереження призвели до вагітності, яка закінчилась пологами, у 5 жінок.

ВИСНОВКИ

Пацієнткам основної групи спостереження використовували весь широкий спектр програм ДРТ, вибір яких залежав від чинників безпліддя, виявлених у ході обстеження, у тому числі поєданого генезу.

При адекватній замісній терапії L-тироксину у пацієнок основної групи спостерігався кращий відгук на стимуляцію фолікулогенезу та індукцію суперовуляції, порівняно із таким у пацієнок контрольної групи.

Використані ДРТ були ефективними у 6 з 16 жінок основної групи та у 5 з 15 пацієнок контрольної групи спостереження.

Жінки з патологією ЩЗ мають шанс на вагітність при використанні КСО в методиках ДРТ.

**Тактика вспомогательных репродуктивных технологий
у женщин с тиреоидной патологией**
Д. Ю. Берая

Исследование посвящено ретроспективному сравнительному анализу эффективности ВРТ у бесплодных пациенток с тиреоидной патологией и у женщин с бесплодием и измененной функцией щитовидной железы. На основе полученных результатов делается вывод о том, что пациентки с тиреоидной патологией имеют шанс на беременность при использовании контролируемой супероуляции при различных методиках ВРТ.

Ключевые слова: *вспомогательные репродуктивные технологии, бесплодие, тиреоидная патология.*

**Tactics of auxiliary reproductive technologies at women with thyroid a
pathology**
D. Yu. Beraia

The study refers to the retrospective analysis of the outcomes of ART in infertile women with thyroid dysfunction compared to patients with infertility and normal function of thyroid gland. The conclusion is made based on the received results that, infertile women with thyroid abnormalities have a chance of pregnancy when undergoing controlled ovarian hyperstimulation in various methods of ART.

Key words: *assisted reproductive technologies, infertility, thyroide pathology.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бондар П.М. Захворювання щитоподібної залози / П.М. Бондар, О.М. Приступок // *Ендокринологія.* – 2002. – № 3. – С. 85–182.
2. Дахно Ф.В. Биотехнология «оплодотворения in vitro». Теория и практика репродуктивного потенциала супругов // *Сексопатология и андрология* / Под ред. Б.М. Ворника, 2005. – С. 148–158.
3. Запорожан В.М. Неплодність / В.М. Запорожан // *Акушерство та гінекологія.* – 2000. – № 2. – С. 106–121.
4. Калинина Е.А. Стимуляция супероуляции при экстракорпоральном оплодотворении: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2009. – 132 с.
5. Козлова А.Ю. Особенности фолликулогенеза при различных схемах стимуляции супероуляции с помощью обычного мг и рекомбинантного ФСГ у пациенток программы ЭКО и ПЭ: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2000. – 129 с.
6. Леонов Б.В. Общая характеристика программы ЭКО и ПЭ / Б.В. Леонов, В.И. Кулаков // *Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия: Руководство для врачей.* – 2010. – С. 1–14.
7. Овсянникова Т.В. Современная концепция нейроэндокринной регуляции менструального цикла // *Гинекологическая эндокринология* / Под ред. В.Н. Серова. – 2014. – С. 8–50.
8. Овсянникова Т.В. Эндокринное бесплодие у женщин // *Гинекологическая эндокринология* / Под ред. В.Н. Серова. – 2014. – С. 252–283.
9. Пахомова И.А. Клинико-эхографический и гормональный контроль за развитием фолликула при стимуляции овуляции персоналом / И.А. Пахомова, А.М. Стыгар, И.Г. Торганова *Современные аспекты репродуктивной эндокринологии: Сб. науч. трудов.* – 2003. – С. 125–142.
10. Стыгар А.М. Значение эхографии в выявлении фолликула и диагностике овуляции / А.М. Стыгар // *Акушерство и гинекология.* – 2014. – № 2. – С. 23–28.

11. Татарчук Т.Ф. Тиреоидный гомеостаз и дисгормональные нарушения репродуктивной системы женщины / Т.Ф. Татарчук, Н.В. Косей, А.О. Исламова // *Эндокринная гинекология.* – 2013. – С. 200–217.
12. Хміль С.В. Жіноча безплідність / С.В. Хміль, З.М. Кучма, Л.І. Романчик // *Гінекологія.* – 2009. – № 2. – С. 141–154.
13. Чайка В.К. Основы репродуктивной медицины. – 2011. – 289 с.
14. Щедрина Р.Н. Роль эндокринной системы в реализации программы экстракорпорального оплодотворения / Р.Н. Щедрина, К.А. Яворовская // *Практическая гинекология (Клинические лекции)* / Под ред. В.И. Кулакова и В.Н. Прилепской. – 2011. – С. 417–423.
15. Яворовская К.А. Принципы клинико-лабораторного отбора супружеских пар программы ЭКО и ПЭ / К.А. Яворовская // *Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия* / Под ред. В.И. Кулакова, Б.В. Леонова. – 2010. – С. 291–318.
16. Driscoll G.L. Variation in the determination of follicular diameter: an inter-unit pilot study using an ultrasonic phantom / G.L. Driscoll, J.P. Tyler, D. Carpenter // *Hum. Reprod.* – 2007. – Vol. 12, № 11. – P. 37–45.
17. Droegemueller W. *Comprehensive gynecology* / W. Droegemueller, A.L. Herbst, D.R. Mishell. – 2007. – № 1. – P. 1038–1082.
18. Fritz M.A. Current concepts of the endocrine characteristics of normal menstrual function: the key to diagnosis and management of menstrual disorders / M.A. Fritz, L. Speroff // *Clin. Obstetr. And Gynecol.* – 2013. – Vol. 1, № 6. – P. 647–689.
19. Howles C.M. The endocrinology of superovulation: lessons from assisted conception therapy / C.M. Howles, M.C. Macnamee // *Experta Medica.* – 2009. – № 2. – P. 3–18.
20. Montoya J.M. Diagnostics in assisted human reproduction / J.M. Montoya, A. Bernal, C. Borrero. – 2010. – 289 p.
21. Krassas G.E. Thyroid disease and female reproduction / G.E. Krassas // *Fert&steril.* – V. 74, N 6 (December 2010). – P. 1063–1070.

Дискусійні питання прогнозування ефективності допоміжних репродуктивних технологій

І.Е. Палига

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

Результати проведених досліджень свідчать, що кількісна оцінка діагностичної цінності рівня цитокінів, що продукуються в мікрооточенні фолікула в період дозрівання ооцитів і імплантації заплідненої яйцеклітини, а також показників імунного статусу і оваріальної функції у жінок на піке стимулюючої суперовуляції, показала принципову можливість використання виділених діапазонів окремих ознак як основу для розроблення нових підходів раннього прогнозування ефективності лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій.

Ключові слова: допоміжні репродуктивні технології, ефективність, прогнозування.

Проблема інфертильності подружніх пар набуває сьогодні не лише медичного, але і величезного соціально-демографічного і економічного значення [1–12]. За даними ВООЗ (WHO, 2009) більше 100 млн подружніх пар безплідні і їх число з кожним роком збільшується. Частота безплідних шлюбів серед подружжя репродуктивного віку коливається від 20% до 30% [3, 10]. Причиною безплідного шлюбу в 40–50% випадках є патологія репродуктивної системи в одного з подружжя, рідше – в 25–30% в обох [4, 11]. ВООЗ виділяє 22 причини жіночого і 16 причин чоловічого безпліддя. Жіноче безпліддя зустрічається в 35–40% безплідних шлюбів, чоловіче безпліддя в 30–35% (WHO, 2009).

В даний час показано, що функціонування репродуктивної системи як у чоловіків, так і жінок здійснюється при тісній взаємодії з імунною і ендокринною системами [1–12]. Встановлено, що пролактин здатний викликати активацію опосередкованого макрофагами яєчка синтезу TNF-а і як наслідок зменшення напрацювання стимульованого гонадотропіном тестостерону клітками Лейдига [1]. Збільшення рівня тестостерону підсилює клітинний імунітет [2, 4, 5]. Тому, можна передбачити, що не лише цитокіни, які локально синтезуються, але й цитокіни із загального судинного русла здатні проявляти свої ефекти на тестикулярному рівні. Про це свідчать факти активної участі цитокінів у формуванні гамет і регуляції сперматогенезу [12], а також їх вклад в імносупресію сім'яної плазми [4, 5]. У жінок, що відбуваються під час менструального циклу і вагітності, зміни контролюються з боку гіпоталамо-гіпофізарної системи і є прямим результатом індукованого гормонами тканинного ремоделювання тканин яєчника і слизової оболонки матки. Дія гормонів на клітинному рівні реалізується через залучення безлічі пептид-

них ростових чинників, серед яких особливу роль відводять цитокинам, що синтезуються іммунокомпетентними клітинами [10, 11]. Разом з регуляцією оваріальної функції клітини імунної системи і продуковані ними цитокини виконують виключно важливу роль в підготовці ендометрія до імплантації ембріона, а згодом – в збереженні вагітності [1, 3, 6, 7].

На сьогоднішній день найбільш дослідженими є іммунологічні аспекти, пов'язані фізіологічним протіканням вагітності і що включають вивчення механізмів іммунологічної перебудови, направленої на гальмування реактивності імунної системи матері по відношенню до аллоантигенів плода. В той же час роль імунної системи в регуляції ранніх етапів репродуктивного процесу – фолікулогенезу, овуляції, доімплантаційних етапів розвитку ембріона і його імплантації, залишаються істотно менш вивченими [1–12]. Враховуючи тісний взаємозв'язок імунної і репродуктивної системи, стає очевидним, що наявність вихідних імунних дисфункцій, а також розвиток їх в процесі стимуляції гіперовуляції може бути серйозною причиною низької якості ооцитів, дефекту запліднення яйцеклітини, порушення розвитку і імплантації ембріона, і, зрештою, невиношування вагітності. Тому великий інтерес представляє дослідження показників системного і локального імунітету, а також оваріальної функції в групах жінок, опозитних по рівню фертильності, якості ембріонів, імплантації і клінічної вагітності. Дослідження такого роду мають велике теоретичне і практичне значення, оскільки дозволяють осмислити нові аспекти іммуно-ендокринної регуляції ранніх етапів репродуктивного процесу і патогенезу безпліддя, а, також розробити прогностичні критерії ефективності проведення допоміжних репродуктивних технологій.

Мета дослідження: вивчення можливості прогнозування ефективності допоміжних репродуктивних технологій.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У відповідності з поставленою метою нами було обстежено 50 безплідних подружніх пар фертильного віку.

У дослідження було включено 100 чоловіків і жінок у віці від 24 до 46 років ($35,1 \pm 4,3$), що знаходяться в безплідному шлюбі, з приводу чого подружні пари проходили обстеження і лікування за програмою допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).

Тривалість безпліддя в шлюбі варіювала від 2 до 16 років ($6,5 \pm 2,1$ року). У етіопатогенетичній структурі безпліддя жіночий чинник виявлявся в 30% випадків, чоловічий чинник – в 10% випадків, тоді як у більшості подружніх пар (60%) діагностувалися комбінації поєднаних порушень репродуктивної функції.

До початку циклу ДРТ проводилося ретельне обстеження партнерів: збір соматичного, акушерсько-гінекологічного і андрологічного анамнезу, ультразвукове дослідження, клініко-лабораторні, біохімічні і гормональні дослідження.

В разі виявлення будь-якої супутньої патології, в першу чергу урогенітальної інфекції, призначали відповідну терапію, яка проводилася в об'ємі, необхідному для досягнення ефекту, що сану.

Всі дослідження виконували відповідно до декларації Хельсінкі Усесвітньої асоціації «Етичні принципи наукових і медичних досліджень за участю людини» (2000).

Лікувальні заходи проводили відповідно до нормативних документів, затверджених Міністерством охорони здоров'я України.

Контрольна група (n=50) була складена з практично здорових чоловіків і жінок аналогічного віку, що заходяться тривалий час в шлюб і мають здорових дітей.

Усі обстежені особи давали інформовану згоду на участі в дослідженні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що всі виконані цикли ДРТ закінчилися пункцією фолікулів. Частота настання вагітності склала з розрахунку на цикл і на пункцію – 40%, а з розрахунку на ембріоперенос – 42%. При цьому найбільша частота настання клінічної вагітності реєструється при трансфері 2–3 ембріонів. В той же час, вочевидь, що тактика, направлена на збільшення числа переносимих ембріонів, не призводить до підвищення ефективності ДРТ.

При ретроспективному аналізі жінок з повністю проведеним циклом ДРТ, що розрізняються за клінічним ефектом (вагітність є чи ні), не було виявлено достовірних відмінностей за середнім віком пацієнток, а також по тривалості або формам безпліддя. Порівнювані групи були також однорідні і за медикаментозними протоколами індукції суперовуляції.

Нами було показано, що частота настання клінічної вагітності достовірно розрізняється в групах пацієнток ДРТ, в яких вміст окремих цитокінів у фолікулярній рідині (ФР) на піці стимулюючої суперовуляції виходив за визначений і фізіологічно значущий рівень. Були встановлені відповідні медіанні значення концентрації цитокінів, розраховані по всій вибірці. Так, наприклад, якщо в цілому по групі обстежених жінок частота розвитку клінічної вагітності склала 42%, то при низькому вмісті у ФР IL-2, IL-4, IL-7 або G-CSF ефективність ДРТ знижувалася практично в 2,0 разу і варіювала від 17,4% до 25%. Така ж низька ефективність ДРТ (20–25%) реєструвалася в разі підвищеного вмісту у ФР IL-8/IL-13. Важливість збалансованої продукції цитокінів в мікрооточенні фолікула в період дозрівання ооцитів і на ранніх етапах імплантації запліднених яйцеклітин можна проілюструвати наступними даними.

Так, результати частотного аналізу показують, що проградієнтне зменшення вмісту у ФР IL-2 характеризується чітким, лінійним трендом зниження ефективності ДРТ з 91% до 19%.

З отриманих даних видно, що аналогічна, але зворотна залежність частоти розвитку вагітності реєструється при збільшенні у ФР рівня IL-8. Так, найбільша ефективність ДРТ (55% і 81%) була відмічена в підгрупах жінок, в яких середня концентрація IL-8 складала 12 або 6,6 пкг/мл відповідно. У той же час, збільшення концентрації IL-8 до 21–34 пкг/мл асоціювалося з достовірним зниженням частоти настання клінічної вагітності до 30–23% (p<0,01–0,002).

Отримані результати свідчать, що рівень цитокінів, що продукуються в мікрооточенні фолікула в період дозрівання ооцитів і імплантації заплідненої яйцеклітини, може мати певну діагностичну цінність в ранньому прогнозі успішного або неефективного проведення циклу ДРТ. Оскільки достовірні відмінності в групах жінок, опозитних по ефективності ДРТ, були виявлені лише за змістом у ФР IL-2, IL-4, IL-7, G-CSF, IL-13, IL-8, і MIP-1β, а також відносно імуносупресорної актив-

ності фолікулярних чинників, то можна передбачити, що саме ці параметри володіють найбільшою інформативністю в прогнозі розвитку клінічної вагітності. Тому одним із завдань нашої роботи стала кількісна оцінка їх діагностичної цінності. Для цього в групі обстежених нами пацієнток ДРТ спочатку був проведений кварталний аналіз рівня цитокінів у ФР, а також сумарної імуносупресорної активності фолікулярних чинників. Це дозволило виділити чотири діапазони ознак, кожен з яких охоплював менше 25% (нижня квартиль), менш і більше 50% (медіана), і більше 75% всіх спостережень у вибірці.

Для кількісної оцінки діагностичної цінності виділених діапазонів ознак в прогнозі ефективності ДРТ визначали їх діагностичні коефіцієнти (ДК), специфічність і чутливість (SP і SN), інформативність по К. Шеннону (JSh) і відносному ризику (RR).

Для розрахунку цих показників проаналізували частоту виявлення діапазонів ознак в підгрупі жінок, в яких після проведення циклу ДРТ розвинулася клінічна вагітність (клас A1 n=24 для цитокінів, і n=19 для ІСАф/ж), а також в опозитній підгрупі, де лікування безпліддя за допомогою ДРТ виявилось неефективним (клас A2; n=24 для цитокінів, і n=41 для ІСАф/ж). Достовірність відмінності частот зустрічання ознак в групах визначалася точним методом Фішера. Інформативність кожної ознаки обчислювалася по співвідношенню двох вірогідностей $P(X_i/A_i)$ і $P(X_i/A_2)$, де A1 і A2 – класи прогнозу; X_i – номер ознаки, а $P(X_i/A_k)$ – вірогідність (частість) події.

Діагностичний коефіцієнт (ДК) обчислювався за формулою:

$$ДК = 10 \lg \times P(X_i/A_j) / P(X_i/A)$$

Інформативність за К. Шенноном J(Sh) за формулою:

$$J_{xi} = PCX_i/A_j / 10 \lg P(X_i/A_0) \times \sqrt{P(X_i/A_1) - P(X_i/A_2)}$$

Значення діагностичного коефіцієнта може бути як позитивним, так і негативним числом. У нашому дослідженні негативного значення ДК набував в разі переважання вірогідності стану A2 (неефективний цикл ДРТ). Про це, наприклад, з високою вірогідністю свідчить критично низький рівень IL-7 (ДК = -8,1; SP 91,7%), IL-4 (ДК = -7,3; SP 87,5%), IL-2 (ДК = -6,3; SP 83,4%), відносний дефіцит продукції G-CSF (ДК = -7,3; SP 87,5%) і MIP-1β (ДК = -5,2; SP 87,5%), а також надлишкова концентрація IL-13 (ДК = -5,1; SP 83,4%) і IL-8 (ДК = -4,0; SP 83,4%).

Надмірно виражена імуносупресорна активність фолікулярних чинників (ІСА менше 0,49 розр. од.) також відносилася до даного комплексу негативних предикторних чинників, які дозволяють прогнозувати неефективність циклу ДРТ, що проводиться (ДК = -8,7; SP 95%).

Слід зазначити, що виділені діапазони ознак володіли досить хорошою інформативністю (значення JSh варіювали від 1,32 до 2,9), що багато в чому визначалося високим рівнем їх специфічності (SP від 83,4% до 95,0%). Проте, чутливість більшості з них була відносно низькою (SN від 39–41% до 54–71%). Іншими словами, такі високо специфічні зміни цитокінового профілю ФР виявлялися лише приблизно в половині обстежених жінок в групі з неефективним циклом ДРТ.

Позитивне значення ДК має в разі переважання вірогідності стану A1 (розвиток клінічної вагітності).

З отриманих даних видно, що ті ж самі цитокини, але лише в інших кількісних діапазонах, володіють також діагностичною цінністю і відносно позитивного прогнозу результатів ДРТ (ДК від +3,0 до +6,0). Специфічність виділених діапазонів ознак варіювала від 66% до 79%, в той же час чутливість цих параметрів була досить високою (SN 68,5–83,0%).

Отримані дані чітко свідчать про високий діагностичний потенціал досліджень цитокинового профілю ФР в ранньому прогнозі ефективності лікування безпліддя за допомогою ДРТ.

Цитокини, що продукуються в мікрооточенні фолікула, багато в чому визначають кількісні і якісні характеристики дозріваючих ооцитів, а також знаходяться в кореляційному взаємозв'язку з кількістю циркулюючих CD4+CD25+T-клітин. Враховуючи це, представлялося важливим доповнити запропоновану діагностичну модель, засновану на дослідженні цитокинового профілю ФР, простішими і доступнішими тестами (наприклад, показниками оваріальної функції або імунного статусу), які одночасно володіли б певною інформативністю в ранньому прогнозі ефективності ДРТ.

Пошуку таких діагностично значимих параметрів була присвячена наша робота. З цією метою був використаний той же алгоритм, тобто в групі всіх обстежених нами жінок спочатку був проведений квартальний аналіз показників імунного статусу, виділені порогові діапазони, а потім проаналізована частота тієї, що їх зустрічається в підгрупах пацієнток, опозитних по ефективності ДРТ (класи A1 і A2).

З досліджених параметрів гемограми і імунограми високий рівень інформативності для прогнозу ефективності ДРТ мали наступні показники: абсолютний лімфоцитоз і відносний вміст в крові жінок CD8+ і CD4+CD25+T-лімфоцитів. При цьому, абсолютна кількість лімфоцитів в діапазоні $< 1,85 \times 10^9$ /л дозволяло прогнозувати вірогідний розвиток клінічної вагітності (ДК +3,8, SP 70%, SN 71,5%). Це був єдиний показник, який характеризувався значимою інформативністю відносно позитивного прогнозу, тоді як всі останні виділені параметри були високоспецифічні в прогнозі неефективного циклу ДРТ. Про це, наприклад, з високою вірогідністю свідчить виражений лімфоцитоз ($> 2,0 \times 10\%$; ДК = -4,2; SP 81%), підвищена відносна кількість C08+T-лімфоцитів ($> 32\%$; ДК = -8,1; SP 93,8%), а також вміст циркулюючих CD4+CD25+ регуляторних клітин на рівні менше 6% (ДК = -12; SP 100%). Як і відносно діагностичної цінності цитокинів у ФР, звертає увагу висока специфічність виділених діапазонів параметрів імунного статусу у поєднанні з відносно низькою їх чутливістю (SN 40–50%).

З аналізованих параметрів оваріальної функції найбільшою інформативністю в прогнозі ефективності ДРТ володіли два показники: загальна кількість отриманих ооцитів і процентний вміст серед них ооцитів хорошої якості.

З отриманих даних видно, що мале число ооцитів (< 4), отриманих на піке суперовуляції, що стимулює, а також низький ($< 66\%$) відносний вміст серед них яйцеклітин хорошої якості є високоспецифічними (SP 81,3% і 100%, відповідно) показниками, що прогнозують неефективний цикл ДРТ. У випадках, коли загальна кількість отриманих ооцитів не нижче 8, то з більшою вірогідністю можна прогнозувати настання клінічної вагітності (ДК +2,4, SP 62,5%, SN 65,6%).

У завершенні всі виділені і діагностично значимі показники були згруповані в окремі комплекси ознак, ранжируваних по мірі значущості для прогнозу неефективного vs успішного циклу ДРТ. З отриманих даних видно, що кількісний склад і рівень інформативності виділених діапазонів ознак, що прогнозують неефективність ДРТ, істотно перевищує аналогічні значення комплексу «позитивних» ознак, що маркують настання клінічної вагітності після проведеного циклу ДРТ. Проте, можна вважати, що виділені діагностичні комплекси як «негативних», так і «позитивних» предикторних чинників можуть доповнити і істотно підвищити ефективність традиційних методів прогнозу результативності ДРТ.

ВИСНОВКИ

Таким чином, кількісна оцінка діагностичної цінності рівня цитокинів, що продукуються в мікрооточенні фолікула в період дозрівання ооцитів і імплантації заплідненої яйцеклітини, а також показників імунного статусу і оваріальної функції у жінок на піці суперовуляції, що стимулює, показала принципову можливість використання виділених діапазонів окремих ознак як основу для розробки нових підходів раннього прогнозування ефективності лікування безпліддя за допомогою ДРТ.

Дискуссионные вопросы прогнозирования эффективности вспомогательных репродуктивных технологий И.Е. Палыга

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что количественная оценка диагностической ценности уровня цитокинов, продуцируемых в микроокружении фолликула в период созревания ооцитов и имплантации оплодотворенной яйцеклетки, а также показателей иммунного статуса и оваріальной функции у женщин на пике стимулированной суперовуляции, показала принципиальную возможность использования выделенных диапазонов отдельных признаков в качестве основы для разработки новых подходов раннего прогнозирования эффективности лечения бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий.

Ключевые слова: вспомогательные репродуктивные технологии, эффективность, прогнозирование.

Debatable questions of forecasting of efficiency of auxiliary reproductive technologies I.E. Palyga

Results of the spent researches testify, that a quantitative estimation of diagnostic value of level cytokines, produced in a microenvironment of a follicle in maturing oocytes and implantations impregnated follicule, and also indicators of the immune status and ovarial to function at women on peak stimulation of superovulation, has shown basic possibility of use of the allocated ranges of separate signs as a basis for working out of new approaches of early forecasting of efficiency of treatment of barrenness by means of auxiliary reproductive technologies.

Key words: auxiliary reproductive technologies, efficiency, forecasting.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аншина М.Б. ДРТ: прошлое, настоящее, будущее / М.Б. Аншина // Проблемы репродукции. – 2012. – № 3. – С. 6–15.
2. Артифексов С.Б. Анализ структуры мужской инфертильности / С.Б. Артифексов, А.А. Артифексова, А.А. Одинцов // Актуальные вопросы урологии и андрологии. – Н. Новгород, 2008. – С. 71–78.
3. Баскаков В.П. Состояние репродуктивной системы женщины при эндометриозе / В.П. Баскаков // Проблемы репродукции. – 2011. – № 2. – С. 15–18.
4. Божедомов В.А. Этиология и патогенез мужского аутоиммунного бесплодия. Часть 1 / В.А. Божедомов, О.Б. Лоран, Г.Т. Сухих // Андрология и генитальная хирургия. – 2014. – № 1. – С. 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. – 2014. – № 1. – С. 34–39.
6. Бондарев Д.А. Иммунологический аспект вспомогательных репродуктивных технологий / Д.А. Бондарев, Н.Е. Скорова, Т.Р. Курносова // Андрология и генитальная хирургия. – 2014. – № 2. – С. 30–39.
7. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии / Е.М. Вихляева. – М., 2010. – 708 с.
8. Гаспаров А.С. Трубно-перитонеальное бесплодие у женщин / А.С. Гаспаров, Н.И. Волков, М.Е. Корнеева // Проблемы репродукции. – 2009. – № 5. – С. 43–44.
9. Герасимов А.М. Причины бесплодия при наружном эндометриозе (обзор литературы) / А.М. Герасимов // Проблемы репродукции. – 2013. – № 5. – С. 51–54.
10. Гюдайс Л.С. Имплантирующаяся оплодотворенная яйцеклетка и материнский организм / Л.С. Гюдайс // Проблемы эндокринологии. – 2009. – № 5. – С. 30–32.
11. Гилязутдинов И.А. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве. Руководство для врачей / И.А. Гилязутдинов. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 416 с.
12. Горюнов В.Г. Причины и признаки мужского бесплодия / В.Г. Горюнов, Б.Н. Жиборев, В.В. Евдокимов. – Рязань, 2008. – 128 с.

УДК 618.17-02:618.14-007.66

Иммунологический мониторинг эффективности вспомогательных репродуктивных технологий у женщин с аномалиями развития матки

А.П. Садовой

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

Проведенный анализ параметров иммунного и цитокинового статуса на системном и местном уровне во взаимосвязи с количественными и функциональными показателями овариальной функции и клинической эффективностью вспомогательных репродуктивных технологий свидетельствует о важной роли иммунной системы в регуляции фолликулогенеза и эмбриогенеза.

Ключевые слова: вспомогательные репродуктивные технологии, эффективность, иммунология.

Проблема инфертильности супружеских пар приобретает сегодня не только медицинское, но и огромное социально-демографическое и экономическое значение [1–12]. По данным ВОЗ (WHO, 2009) более 100 млн. супружеских пар бесплодны и их число с каждым годом увеличивается. Частота бесплодных браков среди супругов репродуктивного возраста колеблется от 20% до 30% [3, 10]. Причиной бесплодного брака в 40–50% случаях является патология репродуктивной системы у одного из супругов, реже – в 25–30% у обоих [4, 11]. ВОЗ выделяет 22 причины женского и 16 причин мужского бесплодия. Женское бесплодие встречается у 35–40% бесплодных браков, на долю мужского бесплодия приходится 30–35% (WHO, 2009).

В настоящее время доказано, что функционирование репродуктивной системы как у мужчин, так и женщин осуществляется при тесном взаимодействии с иммунной и эндокринной системами [1–12]. Установлено, что пролактин способен вызывать активацию опосредованного макрофагами яичка синтеза TNF-а и как следствие уменьшение наработки стимулируемого гонадотропином тестостерона клетками Лейдига [1]. Увеличение же уровня тестостерона усиливает клеточный иммунитет [2, 4, 5]. Поэтому, можно предположить, что не только локально синтезируемые цитокины, но и цитокины из общего сосудистого русла способны проявлять свои эффекты на тестикулярном уровне. О чем свидетельствуют факты активного участия цитокинов в формировании гамет и регуляции сперматогенеза [12], а также их вклада в иммуносупрессию семенной плазмы [4, 5]. У женщин, происходящие во время менструального цикла и беременности изменения контролируются

со стороны гипоталамо-гипофизарной системы и являются прямым результатом индуцированного гормонами тканевого ремоделирования тканей яичника и слизистой матки. Действие гормонов на клеточном уровне реализуется через вовлечение множества пептидных ростовых факторов, среди которых особая роль отводится цитокинам, синтезируемым иммунокомпетентными клетками [10, 11]. Наряду с регуляцией овариальной функции клетки иммунной системы и продуцируемые ими цитокины выполняют исключительно важную роль в подготовке эндометрия к имплантации эмбриона, а впоследствии – в сохранении беременности [1, 3, 6, 7].

На сегодняшний день наиболее исследованными являются иммунологические аспекты, связанные физиологическим протеканием беременности и включающие изучение механизмов иммунологической перестройки, направленной на подавление реактивности иммунной системы матери по отношению к аллоантигенам плода. Вместе с тем роль иммунной системы в регуляции самых ранних этапов репродуктивного процесса – фолликулогенеза, овуляции, доимплантационных этапов развития эмбриона и его имплантации, остаются существенно менее изученными [1-12]. Учитывая тесную взаимосвязь иммунной и репродуктивной системы, становится очевидным, что наличие исходных иммунных дисфункций, а также развитие их в процессе стимуляции гиперовуляции может быть серьезной причиной низкого качества ооцитов, дефекта оплодотворения яйцеклетки, нарушения развития и имплантации эмбриона, и, в конечном итоге, невынашивания беременности. Поэтому большой интерес представляет исследование показателей системного и локального иммунитета, а также овариальной функции в группах женщин, оппозитных по уровню фертильности, качеству эмбрионов, имплантации и клинической беременности – с аномалиями развития матки (АРМ). Исследования такого рода имеют большое теоретическое и практическое значение, поскольку позволяют осмыслить новые аспекты иммуно-эндокринной регуляции ранних этапов репродуктивного процесса и патогенеза бесплодия, а также разработать прогностические критерии эффективности проведения вспомогательных репродуктивных технологий.

Цель исследования: клинико-иммунологическая оценка эффективности вспомогательных репродуктивных технологий у женщин с АРМ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с поставленной целью нами было обследовано 50 бесплодных супружеских пар фертильного возраста.

В исследование были включены 100 мужчин и женщин в возрасте от 24 до 46 лет ($35,1 \pm 4,3$), состоящих в бесплодном браке, по поводу чего супружеские пары прошли обследование и лечение по программе вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

Продолжительность бесплодия в браке варьировала от 2 до 16 лет ($6,5 \pm 2,1$ лет). В этиопатогенетической структуре бесплодия женский фактор обнаруживался в 30% случаев, мужской фактор – в 10% случаев, тогда как у большинства супружеских пар (60%) диагностировались комбинации сочетанных нарушений репродуктивной функции.

До начала цикла ВРТ проводили тщательное обследование партнеров: сбор соматического, акушерско-гинекологического и андрологического анамнеза, ультра-

звуковое исследование, клинико-лабораторные, биохимические и гормональные исследования.

В случае выявления какой-либо сопутствующей патологии, в первую очередь урогенитальной инфекции, назначалась соответствующая терапия, которая проводилась в объеме, необходимом для достижения санирующего эффекта.

Все исследования выполнялись в соответствии с Хельсинской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы научных и медицинских исследований с участием человека» (2000).

Лечебные мероприятия проводились в соответствии с нормативными документами, утвержденными Министерством здравоохранения Украины.

Контрольная группа ($n=50$) была составлена из практически здоровых мужчин и женщин аналогичного возраста, состоящих длительное время в браке и имеющих здоровых детей.

Все обследованные лица давали информированное согласие на участие в исследовании.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что все выполненные циклы ВРТ закончились пункцией фолликулов. Частота наступления беременности составила в расчете на цикл и на пункцию – 40%, а в расчете на эмбриоперенос – 42%. При этом наибольшая частота наступления клинической беременности регистрируется при трансфере 2–3 эмбрионов. В то же время, очевидно, что тактика, направленная на увеличение числа переносимых эмбрионов, не приводит к повышению эффективности ВРТ.

При ретроспективном анализе женщин с полностью проведенным циклом ВРТ, различающихся по клиническому эффекту (беременность есть или нет), не было выявлено достоверных различий по среднему возрасту пациенток, а также по длительности или формам бесплодия. Сравнимые группы были также однородны и по медикаментозным протоколам индукции суперовуляции.

В целом по подгруппе женщин, у которых лечение с помощью ВРТ оказалось неэффективным, на пике стимулированной суперовуляции было получено достоверно меньше ооцитов, чем в оппозитной группе. В то же время доля среди них яйцеклеток высокого качества и эффективность их оплодотворения в культуре *in vitro* на уровне медианных значений значимо не различались.

Выявленные различия в общем количестве полученных ооцитов были отчасти обусловлены несколько большей частотой развития синдрома гиперстимуляции яичников в первой подгруппе (24%) по сравнению с женщинами, у которых лечение с помощью ВРТ оказалось неэффективным (16%). Тем не менее, следует отметить, что частота встречаемости женщин с критически низкими показателями овариальной функции во второй подгруппе была достоверно выше по сравнению с пациентками, у которых после проведения ВРТ наступила клиническая беременность.

Полученные данные и материалы, представленные выше, свидетельствуют, что вне зависимости от последующих результатов проведения ВРТ у женщин с бесплодием на фоне АРМ на пике индуцированной суперовуляции на системном уровне

происходят однонаправленные изменения иммунитета, сопряженные с доминирующей активностью иммуносупрессорных и противовоспалительных медиаторов.

Более выраженные различия иммунологических параметров в подгруппах женщин, оппозитных по эффективности ВРТ, обнаруживались на местном уровне при сравнительном анализе суммарной биологической активности и уровня цитокинов в фолликулярной жидкости (ФЖ).

Нами отмечено, что цитокиновый профиль ФЖ пациенток с наступившей клинической беременностью достоверно не отличался от такового у женщин-доноров ооцитов. Отмечалась лишь недостоверная тенденция увеличения содержания в ФЖ IL-6 (24,4 vs 13 пкг/мл, $p>0,05$) и MIP-1 β (123 vs 75 пкг/мл, $p>0,05$), а также более низкого уровня IL-8 (9,1 vs 21 пкг/мл, $p>0,05$). В то же время, в подгруппе женщин, у которых лечение с помощью ВРТ оказалось безрезультатным, концентрация в ФЖ IL-2, IL-4, IL-7 и G-CSF была достоверно ниже, чем у доноров и у пациенток ВРТ из оппозитной подгруппы. Кроме того, пациентки ВРТ достоверно различались по уровню хемокинов IL-8 и MIP-1 β , продукция которых имела реципрокный характер в оппозитных подгруппах.

В биотесте тестируемые образцы ФЖ проявляли схожую противовоспалительную активность, тем не менее, в целом по группе женщин, у которых лечение с помощью ВРТ оказалось неэффективным, регистрировалась более выраженная супрессорная активность фолликулярных факторов (ИСА 0,56 vs 0,63–0,65, $p<0,05$). При этом обращает внимание 2-кратное и статистически значимое увеличение концентрации IL-13 до 46 пкг/мл против 24–22 пкг/мл у доноров и пациенток первой группы.

Результаты проведенного ретроспективного анализа показывают, что определенная сбалансированность цитокин-опосредованных регуляторных воздействий в микроокружении фолликула не только во многом определяет количество и качество созревающих ооцитов, но, по-видимому, играет не менее важную роль на ранних этапах имплантации оплодотворенных яйцеклеток, от чего, в конечном итоге, и зависит эффективность ВРТ в преодолении супружеского бесплодия.

Полученные данные свидетельствуют, что наступление и развитие клинической беременности не происходит при чрезмерно выраженной активности иммуносупрессорных медиаторов (например, IL-13) на фоне количественного дефицита Th1 и Th2 цитокинов (IL-2, IL-4), а также ростостимулирующих факторов гемоиммунопозза (IL-7, G-CSF).

С целью проверки значимости уровня цитокинов в ФЖ в наступлении и развитии клинической беременности обследованные пациентки ВРТ были разделены на подгруппы в зависимости от индивидуальных значений цитокинового профиля. В качестве пограничных были взяты соответствующие медианные значения концентрации цитокинов, рассчитанные по всей выборке обследованных женщин. При этом в сравниваемых подгруппах, где анализируемые параметры превышали или, наоборот, были ниже среднего уровня, оценивалась эффективность ВРТ по частоте развития клинической беременности.

Нами установлено, что у женщин с АРМ, у которых на пике стимулированной супероуляции, в фолликулярной жидкости регистрируется критически низкий уровень IL-2 ($2,5\pm 0,7$ пкг/мл), или IL-4 ($1,5\pm 0,2$ пкг/мл), или IL-7

($3,1\pm 0,7$ пкг/мл), или G-CSF ($37,5\pm 7,8$ пкг/мл) эффективность ВРТ по сравнению с оппозитной группой снижается в среднем в 4,0 раза ($p<0,001$). И наоборот, такая же низкая частота (20–25%) наступления клинической беременности отмечается при избыточном содержании в ФЖ IL-8 (59 ± 30 пкг/мл) или IL-13 ($84\pm 11,5$ пкг/мл).

Ранее было показано что образцы фолликулярной жидкости с низкой концентрацией IFN- γ , IL-2, IL-4, IL-6, IL-7, и G-CSF проявляют более выраженную иммуносупрессорную активность.

Частота наступления беременности в группах женщин с АРМ, оппозитных по уровню супрессорной активности ФЖ, также достоверно различалась. Так, у пациенток с чрезмерно выраженным иммуносупрессорным потенциалом фолликулярных факторов (ИСА $< 0,6$; в среднем $0,48\pm 0,01$ расч. ед.) эффективность ВРТ составила только 18%, тогда как в оппозитной группе, где ИСА ФЖ не выходил за установленную границу медианных значений и составлял в среднем $0,72\pm 0,01$ расч. ед., частота развития клинической беременности была почти в 3 раза выше (48%, $p<0,01$).

Кроме этого также было показано, что количество циркулирующих регуляторных CD4⁺CD25⁺T-клеток находится в прямой взаимосвязи с уровнем IL-4 в ФЖ ($r+0,31$, $p<0,05$), и наоборот коррелирует с содержанием IL-8 ($r=-0,49$, $p<0,01$), а также других провоспалительных цитокинов IL-1 β ($r=-0,36$, $p<0,05$) и TNF- α ($r=-0,35$, $p<0,05$).

При сравнительном анализе пациенток с АРМ и ВРТ, оппозитных по количеству циркулирующих СВ4⁺СВ25⁺T-клеток, было установлено, что в случаях повышенного содержания CD4⁺CD25⁺T-клеток (более 8%, в среднем $12,5\pm 0,9\%$) цитокиновый профиль ФЖ не отличается от такового у здоровых женщин доноров-ооцитов (контроль).

В ФЖ определяются практически все цитокины (IL2, IL-4, IL-7, G-CSF, IFN- γ), которые, как было показано ранее, участвуют в регуляции овариальной функции и во многом определяют эффективность ВРТ. При этом продукция провоспалительных цитокинов (IL-1 β , TNF- α , IL-8) и иммуносупрессорного IL-13 находится в сбалансированном состоянии, при котором поддерживается определенный уровень суммарной биологической активности фолликулярных факторов (ИСА на уровне 0,65 и ИВА на уровне 0,83 расч. ед.).

В оппозитной подгруппе женщин с относительно низким содержанием циркулирующих CD4⁺CD25⁺T-клеток (менее 8%, в среднем $5\pm 0,4\%$) концентрация IL2, IL-4, IL-7, G-CSF, и IFN- γ в ФЖ достоверно снижена. В то же время регистрируется статистически значимое увеличение уровня комплекса провоспалительных цитокинов (IL-1 β , TNF- α , IL-8) и иммуносупрессорного IL-13.

Выявленное изменение баланса цитокинов, продуцируемых на местном уровне, является, очевидно, одной из причин усиления супрессорной и ослабления противовоспалительной активности ФЖ (ИСА=0,58 и ИВА=0,9 расч. ед., соответственно), что и регистрируется в данной подгруппе женщин в виде отчетливой, хотя и статистически недостоверной тенденции.

Нарушение цитокин-опосредованных и клеточно-опосредованных механизмов регуляции в микроокружении фолликула в подгруппе женщин с низким содержа-

нием циркулирующих CD4⁺CD25⁺T-клеток сказывалось, в конечном итоге, и на эффективности ВРТ.

ВЫВОДЫ

Таким образом, проведенный анализ параметров иммунного и цитокинового статуса на системном и местном уровне во взаимосвязи с количественными и функциональными показателями овариальной функции и клинической эффективностью ВРТ свидетельствует о важной роли иммунной системы в регуляции фолликулогенеза и эмбриогенеза.

Полученные данные демонстрируют вовлеченность цитокин-опосредованных и клеточно-опосредованных механизмов в процессы созревания ооцитов, от чего во многом зависит эффективность последующих этапов оплодотворения полученных яйцеклеток и имплантации эмбрионов, а также развития клинической беременности.

Практическая ценность полученных научных данных заключается, прежде всего, в потенциальной возможности использования отдельных параметров иммунного и цитокинового статуса женщин, обследованных на пике стимулированной суперовуляции, в качестве ранних диагностических маркеров, с помощью которых можно было бы прогнозировать эффективность ВРТ в преодолении бесплодия. Решение данной проблемы могло бы послужить основой для изменения тактики ВРТ, например, за счет отсроченного трансфера полученных и замороженных эмбрионов в период, когда будут созданы более благоприятные условия для их успешной имплантации и последующего гестационного развития.

Імунологічний моніторинг ефективності допоміжних репродуктивних технологій у жінок з аномаліями розвитку матки

А.П. Садовий

Проведений аналіз параметрів імунного та цитокинового статусу на системному та місцевому рівні у взаємозв'язку з кількісними та функціональними показниками овариальної функції та клінічної ефективності допоміжних репродуктивних технологій свідчать о важливій ролі імунної системи у регуляції фолікулогенезу та ембріогенезу.

Ключові слова: допоміжні репродуктивні технології, ефективність, імунологія.

The immunological monitoring of efficiency of auxiliary reproductive technologies at women with anomalies of development of uterus

A.P. Sadovoj

The carried out analysis of parameters immune and cytokine status at system and local level in interrelation with quantitative and functional indicators ovarial functions and clinical efficiency of auxiliary reproductive technologies testifies to the important role of immune system in regulation folliculogenesis and embryogenesis.

Key words: auxiliary reproductive technologies, efficiency, immunology.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аншина М.Б. ВРТ: прошлое, настоящее, будущее / М.Б. Аншина // Проблемы репродукции. – 2012. – № 3. – С. 6 – 15.
2. Артифесков С.Б. Анализ структуры мужской infertility / С.Б. Артифесков, А.А. Артифескова, А.А. Одинцов // Актуальные вопросы урологии и андрологии. – Н.-Новгород, 2008. – С. 71–78.
3. Баскаков В.П. Состояние репродуктивной системы женщины при эндометриозе / В.П. Баскаков // Проблемы репродукции. – 2013. – № 2. – С. 15–18.
4. Божедомов В.А. Этиология и патогенез мужского аутоиммунного бесплодия. Часть 1 / В.А. Божедомов, О.Б. Лоран, Г.Т. Сухих // Андрология и генитальная хирургия. – 2007. – № 1. – С. 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. – 2007. – № 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. Гюдайс Л.С. Имплантирующаяся оплодотворенная яйцеклетка и материнский организм / Л.С. Гюдайс // Проблемы эндокринологии. – 2009. – № 5. – С. 30–32
11. Гилязутдинов И.А. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве. Руководство для врачей / И.А. Гилязутдинов – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 416 с.
12. Горюнов В.Г. Причины и признаки мужского бесплодия / В.Г. Горюнов, Б.Н. Жиборев, В.В. Евдокимов – Рязань, 2009. – 128 с.

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

Особливості допоміжних репродуктивних технологій у пацієнок з патологією шийки матки в анамнезі

Т.Л. Шемелько

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

Отримані результати свідчать про ефективність запропонованого алгоритму диференційованого підходу до проведення ДРТ у жінок з патологією шийки матки з урахуванням 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.

Частота безплідного шлюбу за даними вітчизняних і зарубіжних дослідників складає від 10% до 20% [1]. У структурі жіночого безпліддя різна генітальна патологія займає провідне місце, причому, найчастішою патологією є захворювання шийки матки (ШМ), частота яких в репродуктивному віці досягає 30–40% [2]. Як свідчать дані сучасної літератури причинами високої частоти патологічних змін ШМ у жінок репродуктивного віку є ранній початок статевого життя, інфікованість статевих партнерів, нераціональне використання різних методів контрацепції та ін. [3].

Основними методами лікування патології ШМ є консервативний і оперативний з широким спектром використання різних методик і модифікацій [5]. Лікування різних форм жіночого безпліддя у пацієнок з патологією ШМ викликає певні труднощі, які часто є однією з причин негативних результатів лікування [6].

Останнім часом в Україні широко використовуються допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) при жіночому безплідді різного генезу, причому інколи тактика їх проведення стандартизована без врахування супутньої генітальної патології, у тому числі і захворювань ШМ, які були проліковані різними способами і методиками [7].

У зв'язку з наведеним вище, представляє значний інтерес вивчення особливостей проведення ДРТ у пацієнок цієї групи, а також розроблення тактики ведення у них ранніх термінів вагітності.

Мета дослідження: було відновлення репродуктивної функції у жінок після різних методів оперативного лікування патології ШМ на основі вивчення у них клініко-функціональних і морфологічних особливостей, а також удосконалення і впровадження алгоритму хірургічних і лікувально-профілактичних заходів з використанням ДРТ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети і завдань було проведено обстеження і лікування 96 пацієнок репродуктивного віку з безпліддям на фоні запально-дистрофічних і гіперпластичних процесах ендочервікса.

Основну групу з 70 хворих склали жінки, яким було виконано лікування патології ШМ методами кріодеструкції або радіохвильової хірургії (зокрема методом кріодеструкції – 30 пацієнок, методом радіохвильової хірургії – 40 пацієнок); до групи порівняння увійшли 26 жінок, яким були виконані хірургічні операції – кюретаж і бужування з приводу патології ШМ.

Лікування патології ШМ проводили на апараті «Сургітрон ТМ» фірми Ellman International (США) у наступних випадках: деформація шийки матки внаслідок післяпологових розривів, гіпертрофія шийки матки, поліпи каналу шийки матки, лейкоплакія шийки матки, дисплазія шийки матки I та II ступеня, конізація шийки матки при дисплазії III ступеня, коагуляція вогнищ ендометріозу (субепітеліальний ендометріоз), гемангіоми слизової, кондиломи, папіломи статевих органів, в тому числі множинні ускладнені форми, ерозія шийки матки.

Ми вважаємо, що метод радіохвильової хірургії є оптимальним, оскільки це атравматичний метод розрізу і коагуляції м'яких тканин за допомогою високочастотних хвиль. Радіохвильовий розріз виконується без фізичного тиску або дроблення клітин тканин. З електрода, в якості якого використовується вольфрамовий дріт, емітуються високочастотні хвилі. Високочастотна енергія концентрується на кінчику електрода і підвищує утворення молекулярної енергії всередині кожної клітини, фактично випаровуючи клітину. Радіохвильовий розріз і коагуляція виконуються без руйнування тканин, чого не вдається уникнути при використанні електрехірургічних низькочастотних приладів. Отже, перевагами радіохвильової хірургії є швидкість лікування, відсутність електроопіку, прискорене і безрубцове загоєння тканин. Результати радіохвильового лікування набагато перевищують результати після застосування традиційних методів лікування патології ШМ. Також важливою перевагою методу є практично відсутні стенозування й облітерація каналу шийки матки.

Кріохірургічне лікування патології ШМ проводили в наступних випадках: ектопія циліндричного епітелію, хронічний цервіцит, лейкоплакія шийки матки, дисплазія шийки матки I та II ступеня.

З метою проведення кріодеструкції застосовували апарат «Кріотон-3» методикою двоциклового заморожування, яка полягає в повторному заморожуванні тканини через 10–12 хв після першого.

Основними показаннями для проведення допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) 60 пацієнок були наступні:

- 10 пацієнок з трубним фактором непліддя (відсутність маткових труб або їх непрохідність);
- 5 пацієнок з вираженим спайковим процесом органів малого таза;
- 10 пацієнок з порушенням функції яєчників, зокрема: порушення росту фолікулів та овуляції, з синдромом лютеїнізації фолікула, ендометріїдними кістами яєчника;
- 5 пацієнок, де безпліддя пов'язане з віком (жінки 36 років та більше) та передчасним виснаженням яєчників;

- 15 пацієнок, у яких провідним чинником було чоловіче безпліддя (обструктивна азооспермія, астенозооспермія, олігозооспермія, олігоастенотератозооспермія, ретроградна еякуляція, анеякуляція, еректильна дисфункція, імунологічні фактори та захворювання, які потребують генетичне обстеження для виключення вірогідності народження дитини зі спадковою патологією);

- 8 пацієнок – шийковий фактор (що включає в себе стриктурні зміни каналу шийки матки);

- 7 пацієнок з поєднаними формами безпліддя (жіночий та чоловічий фактор).

При проведенні ДРТ в пацієнок з патологією ШМ ми використовували наступні відмітні моменти:

- в залежності від результатів обстежень, а саме даних цитологічного дослідження, кольпоскопії, даних гістологічного дослідження – пацієнтам додатково було проведено обстеження на HPV-високоонкогенні штами;

- після основних методів лікування (кріохірургічного та радіохвильового) була додатково призначена антибактеріальна, противірусна та імуномодуюча терапія;

- в певній групі пацієнтів було відмінено ембріотрансфер та проведена кріоконсервація ембріонів з причини рецидиву захворювання та необхідності проведення повторного лікування.

ДРТ проводили в клініках: клініка репродукції людини «Альтернатива» та Медичний центр ПП «Клініка професора С.Хміля» по загальноприйнятих методиках [7].

У дослідженні взяли участь жінки репродуктивного віку від 19 до 36 років.

Були виключені хворі з нейроендокринними синдромами, гострими і підгострими запальними процесами, доброякісними пухлинами матки і придатками і ендометріозом. На кожну пацієнтку заповнювали карту обстеження, яка дозволяла враховувати дані анамнезу, об'єктивного дослідження, додаткового методу дослідження, протоколи операцій.

Основні методи дослідження:

- лабораторні: клінічний і біохімічний аналіз крові; оцінка ендокринологічного статусу; дослідження згортальної системи;

- інструментальні: оглядова ренгеноскопія органів грудної клітини і черевної порожнини; УЗД і доплеромеричне дослідження внутрішніх статевих органів; магнітно-резонансна томографія органів малого тазу; кольпо- і цервікоскопія; гістероскопія;

- мікроскопічне дослідження відокремлюваного з піхви;

- гістологічне дослідження матеріалу.

Для уточнення стану ШМ всім хворим виконували розширену кольпоскопію на бінокулярному кольпоскопі фірми SKANER colposcope MK-200 Україна. На початку дослідження здійснювали просту (оглядову) кольпоскопію, при якій визначали величину і форму ШМ і зовнішнього зіву, колір і рельєф слизової оболонки, особливості судинного рисунку, межу плоского і циліндрового епітелію. Для виявлення чіткіших кольпоскопічних картин на вагінальну частину ШМ наносили 3% розчин оцтової кислоти, а потім розчин Люголя

(проба Шиллера). При відхиленні від нормальної кольпоскопічної картини брали мазки-відбитки з поверхні шийки матки з подальшим цитологічним дослідженням [3].

Для виключення трубно-перитонеального і ендокринного безпліддя пацієнткам був запропонований комплекс обстежень. При підозрі на ендокринне безпліддя:

- вимір базальної температури в 2–3 послідовних циклах (діагностика форм інфертильності);

- рентгенографія черепа з візуалізацією турецького сідла, комп'ютерна або магнітно-резонансна томографія (виключити мікроаденоми);

- визначення в крові вмісту гормонів щитовидної залози (Т3, Т4) і тиреотропного гормону (виключити гіпотиреоз);

- визначення базального рівня ФСГ (первинна або вторинна яєчниковна форма безпліддя);

- тест толерантності до глюкози (виявлення порушення вуглеводного обміну).

Оцінку ефективності проведеного лікування проводили через 2 міс після операції на підставі клінічних даних і трансвагінального ультразвукового дослідження, а також даних цервіко- і гістероскопії. Контрольна цервіко- і гістероскопія через 2–9 міс після операції була виконана у 32 пацієнок. З 70 пролікованих хворих контрольної групи рецидив захворювання відзначений в 18 випадках. Цій групі хворих через один місяць виконано повторне лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що патологія шийки матки є однією з основних причин жіночого безпліддя, причому в 45,8% – первинного і в 54,2% – вторинного. Супутні порушення менструальної функції у цих пацієнок зустрічаються в 89,6%, а хронічні запальні процеси матки і придатків – в 33,4% відповідно.

У жінок з вторинним безпліддям після різних методів оперативного лікування патології шийки матки має місце обтяжений репродуктивний анамнез за рахунок високої частоти артіфіційних (73,7%) і мимовільних абортів (44,7%), причому урівень запальних ускладнень після різних внутрішньоматкових втручань складає 86,4%.

Кольпоскопічна картина у жінок з безпліддям на фоні патології шийки матки характеризується переважанням лейкоплакії (35,4%) і атрезії внутрішнього зіву (27,1%) в порівнянні з поліпами каналу шийки матки (14,6%), плоскими папіломами (8,3%), ектопією циліндрового епітелію (7,3%) ретенційними кістами шийки матки (7,3%). Частота різних форм поєднаної патології складає 15,7%.

При проведенні цервікоскопії у жінок з безпліддям на фоні патології шийки матки встановлено переважання фіброзних зрощень і рубцевих деформацій (37,1%) і поліпів каналу шийки матки (27,1%) порівняно з доброякісними гіперпластичними процесами (20,0%) і фоновими захворюваннями шийки матки (15,7%).

Основні параметри індукції суперовуляції в жінок після різних методів оперативного лікування патології шийки матки залежать від наявності супутніх дисгормональних порушень:

- середня кількість циклів на одну пацієнтку за відсутності дисгормональних порушень складає $1,95 \pm 0,18$; за наявності – $4,13 \pm 0,38$ (більше в 2,1 разу);
- сумарна доза гонадотропінів була вище в 1,5 разу при наявності дисгормональних порушень у жінок з патологією шийки матки;
- найбільша тривалість стимуляції відмічена при наявності супутніх дисгормональних порушень: $12,9 \pm 1,2$ і $11,3 \pm 1,4$ – за їхньої відсутності;
- по кількості ооцитів самий високий показник мав місце за відсутності дисгормональних порушень: $14,5 \pm 1,6$ і $13,8 \pm 1,7$ за їхньої наявності;
- при оцінці товщини ендометрія в день перенесення ембріона самі високі параметри спостерігалися за наявності дисгормональних порушень – на $1,2 \pm 0,1$ мм більше, ніж за їхньої відсутності.

Клінічні результати допоміжних репродуктивних технологій залежать від наявності супутніх дисгормональних порушень у жінок після різних методів оперативного лікування патології шийки матки: частота імплантації – вище в 1,7 разу, настання вагітності – в 2,0 разу і пологи живим плодом – в 2,1 разу.

ВИСНОВКИ

Таким чином, отримані результати свідчать про ефективність запропонованого алгоритму диференційованого підходу до проведення ДРТ 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.

Особенности вспомогательных репродуктивных технологий у пациенток с патологией шейки матки в анамнезе

Т.Л. Шемелько

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.

Features of auxiliary reproductive technologies at patients pathology cervix uterus in anamnesis

T.L. Shemelko

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 dyshormonal 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 // Злякисні новоутворення. – К.: Телеоптик, 2013. – С. 5–6.
2. Дубініна В.Г. Оптимізація лікування цервікальної інтраепітеліальної неоплазії II / В.Г. Дубініна, Н.Г. Кузєва // Репродуктивное здоровье женщины. – 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 // Лабораторное 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. Ордянец. – 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.

Роль эндокринологических и микробиологических нарушений у женщин с аномалиями развития матки в оценке эффективности вспомогательных репродуктивных технологий

С.В. Шиянова

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

Результаты проведенных эндокринологических и микробиологических исследований в супружеских парах свидетельствуют о более глубоком, чем это принято считать, нарушении репродуктивной функции и мужчин, и женщин, включенных в программу ВРТ. При этом основными патогенетическими звеньями нарушения репродуктивной функции у представителей супружеских пар являются нарушения нейроэндокринной регуляции и микробиоценоза мочеполовой системы. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма повышения эффективности ВРТ.

Ключевые слова: вспомогательные репродуктивные технологии, эффективность.

Проблема инфертильности супружеских пар приобретает сегодня не только медицинское, но и огромное социально-демографическое и экономическое значение [1–12]. По данным ВОЗ (WHO, 2009) более 100 млн супружеских пар бесплодны и их число с каждым годом увеличивается. Частота бесплодных браков среди супругов репродуктивного возраста колеблется от 20% до 30% [3, 10]. Причиной бесплодного брака в 40–50% случаях является патология репродуктивной системы у одного из супругов, реже – в 25–30% у обоих [4, 11]. ВОЗ выделяет 22 причины женского и 16 причин мужского бесплодия. Женское бесплодие встречается у 35–40% бесплодных браков, на долю мужского бесплодия приходится 30–35% (WHO, 2009).

Методы вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) являются наиболее эффективными в преодолении различных форм мужского и женского бесплодия. Они развиваются и совершенствуются, с их помощью в мире родилось более 2 млн детей. Однако, несмотря на все достижения, частота развития беременности все еще остается сравнительно низкой и составляет 25–30% на цикл лечения, причем за последние 10 лет этот показатель значительно не изменился [1–12].

По всей видимости, это связано с большим числом разнообразных факторов, влияющих на репродуктивный процесс. Ряд авторов, разделяя мнение о влиянии мужско-

го и женского факторов на зачатие и развитие эмбриона, обращают внимание, что сочетание этих составляющих может колебаться от 40% до 80% [1–12].

Несмотря на значительное число научных сообщений по проблеме ВРТ, нельзя считать все вопросы полностью решенными, особенно в аспекте изучения роли эндокринологических и микробиологических нарушений в оценке эффективности ВРТ.

Цель научного исследования: изучение особенностей гормонального статуса и состояния микробиоценоза урогенитального тракта у мужчин и женщин из бесплодных супружеских пар, включенных в программу ВРТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Представлены данные обследования 250 мужчин и женщин в возрасте от 24 до 46 лет ($35,1 \pm 4,3$ года), состоящих в бесплодном браке. Продолжительность бесплодия в браке варьировала от 2 до 16 лет ($6,5 \pm 2,1$ года). В этиопатогенетической структуре бесплодия женский фактор обнаруживался в 30% случаев, мужской – в 10% случаев, тогда как у большинства супружеских пар (60%) диагностировались комбинации сочетанных нарушений репродуктивной функции.

До начала цикла ВРТ проводилось развернутое обследование партнеров: сбор соматического, акушерско-гинекологического и андрологического анамнеза, УЗИ-исследование, клинико-лабораторные и биохимические исследования.

В случае выявления какой-либо сопутствующей патологии, в первую очередь урогенитальной инфекции, назначалась соответствующая терапия, которая проводилась в объеме, необходимом для достижения санирующего эффекта.

Все исследования выполнялись в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы научных и медицинских исследований с участием человека» с поправками 2010 года.

Лечебные мероприятия проводились в соответствии с нормативными документами, утвержденными Министерством здравоохранения Украины.

Контрольная группа ($n=76$) была составлена из практически здоровых мужчин и женщин аналогичного возраста, состоящих длительное время в браке и имеющих здоровых детей.

Для анализа содержания гормонов (тестостерона, лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), пролактина и эстрадиола) в сыворотке крови использовался метод иммуноферментного анализа.

Оценка состояния микробиоценоза урогенитального тракта осуществлялась по результатам культурального исследования микрофлоры и ПЦР-диагностики.

Все обследованные лица давали информированное согласие на участие в исследовании.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При оценке функционального состояния репродуктивной системы у мужчин было обнаружено, что только у 30% обследованных показатели числа, морфологии и подвижности сперматозоидов соответствовали установленным нормативным значениям (ВОЗ, 2009), тогда как в 70% случаев обнаруживались различные нарушения сперматогенеза.

Так, анализ подвижности сперматозоидов обнаружил значимое снижение нормокинетических и увеличение акинетических форм половых клеток в эякуляте у мужчин

с патоспермией по сравнению с аналогичными параметрами в группе мужчин с нормоспермией. Кроме этого у них было снижение количества морфологически нормальных клеток эякулята и количества сперматозоидов прошедших через градиент плотности.

Проведенная оценка фертилизационного потенциала сперматозоидов по числу оплодотворенных *in vitro* ооцитов показала, что в экстракорпоральном режиме все исследуемые образцы спермы мужчин, включенных в программу ВРТ, были способны к оплодотворению. Тем не менее, у мужчин с патоспермией фертилизационная активность сперматозоидов была достоверно ниже, так как индекс оплодотворения составил 60% против 87%.

Среди широкого спектра патогенетических причин нарушения структурной целостности и функциональной активности половых гамет ведущее значение отводится гормональным и инфекционным факторам.

При обобщении результатов оценки гормонального статуса было выяснено, что уровень гипофизарных гормонов (ЛГ, ФСГ) у мужчин групп контроля и ВРТ не различался, и находился в пределах нормы. Но в тоже время, у пациентов группы ВРТ отмечено достоверное ($p < 0,05$) повышение уровня пролактина в крови ($299,2 \pm 15,5$ мМЕ/л) относительно пациентов контрольной группы ($219,7 \pm 12,7$ мМЕ/л). При этом высокая величина уровня гормона выявлена у 4,5% пациентов с нормоспермией и у 16% пациентов с патоспермией группы ВРТ.

Известно, что уровень пролактина четко коррелирует с состоянием гипоталамуса и аденогипофиза. Учитывая отсутствие признаков патологии гипоталамуса и аденогипофиза у пациентов можно предположить, что повышение концентрации пролактина является возможным проявлением хронического стресса, и его относительно высокий уровень может отражать снижение содержания тестостерона в крови обследуемых лиц.

Действительно, при оценке концентрации тестостерона в крови было обнаружено его уменьшение у мужчин из группы ВРТ по сравнению с лицами из группы контроля (соответственно $14,9 \pm 0,75$ нмоль/л и $18,8 \pm 0,55$ нмоль/л, $p < 0,05$). Причем среди пациентов с патоспермией имеется значительная доля лиц с низкой продукцией тестостерона (61,5%) и с отклонениями в продукции гонадотропинов (39,5%). Однако, отсутствие клинических признаков гипогонадизма у пациентов программы ВРТ, указывает на то, что андрогенная недостаточность у них, по всей вероятности, носит относительный характер на фоне, как правило, сохраненной гонадотропной функции.

При микробиологическом анализе видового состава микрофлоры картина нормоценоза уретры наблюдалась только у 34,4% пациентов, а секрета предстательной железы – лишь у 50,9%, тогда как в группе здоровых лиц эти показатели составили 77,8% и 88,9% соответственно. Данные бактериологического исследования согласуются с результатами клинического обследования пациентов – у 41,5% мужчин с нормоспермией и у 54,5% с патоспермией имеются хронические воспалительные заболевания мочеполовой системы.

Таким образом, анализ состояния репродуктивной системы у мужчин, включенных в программу ВРТ, продемонстрировал отсутствие физиологической нормы в их репродуктивном статусе.

Аналогичные исследования у женщин также выявили целый ряд отклонений. Так, уровни пролактина в крови у пациенток с бесплодием в фолликулиновую и лютеино-

вую фазу цикла был достоверно выше по сравнению с параметрами фертильных женщин, хотя и находились в пределах нормы (до 500 МЕ/л). У 32,8% женщин, включенных в программу ВРТ, отмечаются эндокринные нарушения преимущественно в виде гиперпролактинемии.

Анализ гормональной функции яичников показал, что имеются определенные различия в функциональном состоянии репродуктивной системы пациенток и практически здоровых женщин, которые выражаются в достоверном ($p < 0,05$) снижении концентрации эстрадиола в 1,5 раза в перiovуляторный период ($475,0 \pm 7,6$ пмоль/л и $710,2 \pm 10,5$ пмоль/л) и в уменьшении продукции прогестерона в лютеиновую фазу цикла ($11,9 \pm 0,8$ нмоль/л и $35,1 \pm 1,2$ нмоль/л).

Все это является указанием на меньшую стероидогенную активность яичников у пациенток ВРТ. Но следует отметить, что ритм секреции прогестерона в течение менструального цикла у обследованных пациенток сходен с таковым у фертильных женщин, что указывает на полноценную функцию желтого тела. Вместе с тем можно думать, что более низкая концентрация прогестерона у женщин с бесплодием отражает, видимо, нарушение того оптимального баланса стероидных гормонов, который обеспечивает готовность репродуктивной системы к реализации генеративной функции.

При оценке результатов бактериологического исследования из С-канала у женщин группы ВРТ условно-патогенные микроорганизмы (*Escherichia coli*, *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Candida albicans* и т.д.) обнаружены в 87,3% случаев. При анализе частоты встречаемости инфекций, передающихся половым путем (ИППП), отмечено, что они выявлены у 3,5% женщин, включенных в программу ВРТ.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных эндокринологических и микробиологических исследований в супружеских парах свидетельствуют о более глубоком, чем это принято считать, нарушении репродуктивной функции и мужчин, и женщин, включенных в программу ВРТ. При этом основными патогенетическими звеньями нарушения репродуктивной функции у представителей супружеских пар являются нарушения нейроэндокринной регуляции и микробиоценоза мочеполовой системы. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма повышения эффективности ВРТ.

Роль ендокринологічних і мікробіологічних порушень у жінок з аномаліями розвитку матки в оцінці ефективності допоміжних репродуктивних технологій

С.В. Шиянова

Результати проведених ендокринологічних і мікробіологічних досліджень в подружніх парах свідчать про глибше, ніж це прийнято вважати, порушення репродуктивної функції і чоловіків, і жінок, включених в програму ДРТ. При цьому основними патогенетичними ланками порушення репродуктивної функції у представників подружніх пар є порушення нейроендокринної регуляції і мікробиоценозу сечостатевої системи. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму підвищення ефективності ДРТ.

Ключові слова: допоміжні репродуктивні технології, ефективність.

**Role of endocrinological and microbiological infringements
at women with anomalies of development of a uterus in an estimation
of efficiency of auxiliary reproductive technologies**

S.V. Shiynova

Results spent endocrinological and microbiological researches in married couples testify to deeper, than it is considered to be, infringement of reproductive function and men, and the women included in program ART. Thus the basic pathogenetic links of infringement of reproductive function at representatives of married couples are infringements neuroendocrinological regulation and microbocenose urinogenital system. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of increase of efficiency ART.

Key words: auxiliary reproductive technologies, efficiency.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аншина М.Б. ВРТ: прошлое, настоящее, будущее / М.Б. Аншина // Проблемы репродукции. – 2002. – № 3. – С. 6–15.
2. Артифексов С.Б. Анализ структуры мужской инфертильности / С.Б. Артифексов, А.А. Артифексова, А.А. Одинцов // Актуальные вопросы урологии и андрологии. – Н.-Новгород, 2008. – С. 71–78.
3. Баскаков В.П. Состояние репродуктивной системы женщины при эндометриозе / В.П. Баскаков // Проблемы репродукции. – 2005. – № 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. – 2007. – № 1. – С. 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. – 2007. – № 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., 2007. – 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. – 2006. – № 5. – С. 51–54.
10. Гюдайс Л.С. Имплантирующаяся оплодотворенная яйцеклетка и материнский организм / Л.С. Гюдайс // Проблемы эндокринологии. – 2009. – № 5. – С. 30–32.
11. Гилязутдинов И.А. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве. Руководство для врачей / И.А. Гилязутдинов. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 416 с.
12. Горюнов В.Г. Причины и признаки мужского бесплодия / В.Г. Горюнов, Б.Н. Жиборев, В.В. Евдокимов. – Рязань, 1993.

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

21 жовтня 2015 року, м. Київ

**Гиперандрогении сочетанного генеза в супружеской паре:
диагностика и лечения бесплодия**

М.М.Адамов

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

Нами проведено обследование и лечение 105 женщин, включая группу контроля, в возрасте от 19 до 38 лет (средний возраст $27,4 \pm 0,8$ года), из которых 70 пациенток были включены в исследование. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основными причинами нарушения репродуктивной функции пациенток с гиперандрогенией являются ановуляция (47,1%) и недостаточность лютеиновой фазы (52,9%). Для эффективного лечения гиперандрогении у пациенток репродуктивного возраста необходимо проведение индивидуальной гормональной коррекции с учетом показателей метаболизма андрогенов: комбинированные оральные контрацептивы с антиандрогенным эффектом, прогестагены и глюкокортикоиды. Проведение индивидуальной гормональной коррекции с учетом показателей метаболизма андрогенов обнаруженных нарушений репродуктивной системы у пациенток с гиперандрогенией способствует уменьшению клинических проявлений андрогензависимой дерматии, нормализации менструальной функции и стойкому возобновлению репродуктивной функции. При этом общая эффективность терапии составляет 68,0% (при ановуляторной форме – 67,6% и при недостаточности лютеиновой фазы – 68,4%). Полученные результаты позволяют рекомендовать усовершенствованный алгоритм для широкого использования в практическом здравоохранении.

Акушерські на перинатальні аспекти у жінок, що використовували різні методи контрацепції

Н.В. Адамчук

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

Нами було вивчено особливості клінічного перебігу вагітності й пологів у 90 жінок, які використовували різні методи контрацепції. Жінки були розподілені на наступні підгрупи: 30 жінок, які не використовували контрацепцію; 30 жінок, які завагітніли після ВМС; 30 жінок, які завагітніли після ГК. Результати проведених досліджень свідчать, що розродження жінок із використанням ВМС в анамнезі супроводжується високою частотою перинатальної патології внаслідок значного рівня порушень у системі «мати–плацента–плід», причому поєднаного генезу. Отримані клінічні, функціональні, лабораторні, мікробіологічні й вірусологічні результати підтверджують дане положення та свідчать про необхідність розроблення відповідного алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів для практичної охорони здоров'я.

Вплив патологічного становлення пубертатного періоду на менструальну функцію жінок

С.М. Бакшеєв

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

Нами було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 107 жінок репродуктивного віку, які були розподілені на дві групи: контрольна (1) група – 30 пацієнок репродуктивного віку з фізіологічним становленням менструальної функції; основна (2) – 77 жінок репродуктивного віку з патологічним становленням менструальної функції, які у свою чергу були розділені на чотири підгрупи залежно від варіанту патології пубертатного періоду: підгрупа 2.1. – 38 пацієнок з гіпоталамічним синдромом пубертатного періоду (ГСПП); підгрупа 2.2. – 13 жінок з ювенільними матковими кровотечами (ЮМК); підгрупа 2.3. – 11 пацієнок із затримкою статевого розвитку (ЗСР); підгрупа 2.4. – 15 жінок з олігоменореєю в пубертатному періоді. Отримані дані при аналізі лікувально-профілактичних заходів, проведених жінкам з патологічним становленням менструальної функції в пубертатному періоді, свідчать про те, що лікування пацієнок цієї складної групи повинно плануватися залежно від віку з урахуванням особливостей перебігу захворювання в періоді статевого дозрівання, типу ановуляції, який сформувався до початку репродуктивного періоду, а також результатів широкого спектру діагностичних досліджень. Подібний підхід дозволить максимально індивідуалізувати курс лікування і звести до мінімуму його побічні ефекти. Методика є простою, загальнодоступною і може знайти широке застосування в практичній охороні здоров'я.

Вплив супутньої тиреоїдної патології на тактику допоміжних репродуктивних технологій

Д.Ю. Берая

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

У дослідження було включено 31 жінку, яким проводили методики ДРТ при різних формах безплідності. Вони були розділені на дві клінічні групи. Основна група включала 16 жінок віком від 25 до 36 років (середній вік $30,5 \pm 0,85$ року), до яких застосовувалися ДРТ на фоні зниження функції щитоподібної залози та аутоімунного тиреоїдиту.

Контрольна група складалась із 15 жінок віком від 25 до 40 років (середній вік $31,6 \pm 0,49$ року), які використовували ДРТ і мали нормальну функцію щитоподібної залози та без ознак порушення її дії, таких як у основній групі. В основній групі були виділені дві підгрупи: жінки з тільки ендокринним фактором безплідності та жінки з поєднаною патологією – ендокринного та трубно-перитонеального генезу.

У пацієнок основної групи спостереження використовували весь широкий спектр програм ДРТ, вибір яких залежав від чинників безпліддя, виявлених у ході обстеження, у тому числі поєднаного генезу. При адекватній замісній терапії L-тироксину у пацієнок основної групи спостерігали кращий відгук на стимуляцію фолікулогенезу та індукцію суперовуляції, порівняно із таким у пацієнок контрольної групи. Використані ДРТ були ефективними у 6 з 16 жінок основної групи та у 5 з 15 пацієнок контрольної групи спостереження. Жінки з патологією ЩЗ мають шанс на вагітність при використанні ICSI в методиках ДРТ.

Тактика відбору родин для партнерських пологів з урахуванням психологічного статусу

С.Ю. Вдовиченко

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

Нами проведено клініко-психологічне обстеження 100 подружніх пар, плануючих партнерські пологи (основна 1 група) і 100 подружніх пар, не плануючих партнерські пологи (контрольна 2 група). У кожній групі були виділені по дві підгрупи по 50 жінок з урахуванням паритету пологів: 1.1 і 2.1. – по 50 жінок, які народжують вперше; 1.2 і 2.2. – по 50 жінок, які народжують повторно. Результати проведених досліджень свідчать про наявність специфічних відмінностей соціального і психологічного статусу в родинних пар, які планують партнерські пологи. Так, вищий соціальний і професійний статус, а також кращий матеріальний стан частіше зустрічаються в сімей, які планують партнерські пологи. Крім того, на допологовому етапі показники ситуаційної і особової тривожності в чоловіків і жінок, які планують партнерські пологи, достовірно нижче, ніж в пар, які планують пологи без участі партнера. Отримані результати необхідно враховувати при підготовці родинних пар до партнерських пологів на етапі жіночої консультації.

Сочетание гиперпластических процессов эндометрия и аденомиоза: морфологические особенности

Д. М. Гаврюшов

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

Целью настоящего научного исследования является изучение морфологических особенностей сочетания аденомиоза с патологическими процессами эндометрия. В настоящее исследование были включены 153 больные аденомиозом в сочетании с патологическими процессами эндометрия. Критерием отбора явился установленный клинический диагноз аденомиоза на основании тщательного анализа клинико-анамнестических, инструментально-диагностических и морфологических данных. В случаях, когда после комплексного клинико-инструментального и гистологического обследования клинический диагноз аденомиоза вызывал сомнения, данный факт являлся критерием исключения. Факт сочетания аденомиоза с лейомиомой матки размерами 15 и более недель беременности также являлся критерием исключения. На основании результатов собственного исследования 153 пациенток с сочетанной патологией матки (аденомиоз) и эндометрия были разделены на группы: 1 группа – «чистый» аденомиоз (n=40); 2 группа – аденомиоз и рецидивирующая гиперплазия эндометрия (n=41); 3 группа – аденомиоз и атипическая гиперплазия эндометрия (n=42); 4 группа – аденомиоз и рак эндометрия (n=30).

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, приводящий к дисбалансу гормонального гомеостаза, хроническим воспалительным заболеваниям эндометрия, создают предпосылки для пролиферативных процессов в матке и яичниках, развитию аденомиоза, миомы матки, гиперплазии стромы яичников, гиперплазии эндометрия от простой типичной гиперплазии без атипии до сложной атипичной гиперплазии. Установленные морфологические особенности сочетанной патологии необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Актуальные аспекты повторной прееклампсии

Д. О. Говсеєв

Клінічний міський пологовий будинок № 5 м. Києва

Метою дослідження є зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з прееклампсією при попередній гестації на основі розроблення і впровадження реабілітаційних і лікувально-профілактичних заходів. У відповідності з метою справжньої наукової роботи було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 150 жінок, які отримували різні лікувально-профілактичні заходи. Використання пропонованих реабілітаційних і лікувально-профілактичних заходів у жінок з прееклампсією при попередній гестації дозволяє знизити частоту переривання вагітності до 20 тиж в 4 рази; преек-

ламсії при справжній вагітності – в 3,6 разу; плацентарної дисфункції в 2 рази; передчасних пологів – в 3,2 разу; дистреса-плода в пологах в 2,3 разу; аномалій пологової діяльності – в 2 рази; кесарських розтинів – в 1,9 разу; середньо-важких форм асфіксії новонароджених – в 3,6 разу; постгіпоксичної енцефалопатії – в 3,2 разу і перинатальних втрат – в 3,2 разу.

Аномалії пологової діяльності – як показання до абдомінального розродження

Н. П. Гончарук

Київський міський пологовий будинок № 1

Метою роботи є аналіз частоти та структури показань до абдомінального розродження (АР) у жінок з аномаліями пологової діяльності (АПД). У процесі виконання роботи було вивчено та проаналізовано історії пологів роділлей з аномаліями пологової діяльності типового міського пологового будинку, пологи у яких були закінчено шляхом операції АР за період з 2001–2014 рр. У загальній структурі показань до АР за досліджуваний період друге місце посідають аномалії пологової діяльності, що сприяло подальшому детальному аналізу історій пологів за даним показанням. При ретельному вивченні розподілу щодо даного показання, відзначаємо позитивну динаміку до його зменшення з 20,9% – у 2001 р. до 6,3% – у 2014 р. На нашу думку, це може свідчити про вчасне виявлення даної патології, використання комплексного підходу до діагностики: урахування як суб'єктивних відчуттів роділлі, так і результатів кардіотокографії та адекватного лікування з використанням сучасних утеротонічних препаратів. Провівши детальний аналіз історії пологів жінок з АПД за 2001–2014 рр. можна відзначити, що спостерігається позитивна тенденція до зниження аномалій пологої діяльності за досліджуваний період. Основним показанням протягом усього періоду є первинна слабкість пологової діяльності, що в середньому становить 55%. Ретельний збір анамнезу, вивчення об'єктивного статусу та результатів додаткових методів дослідження, ймовірно, дадуть можливість завчасно виявляти групу ризику порушень скоротливої діяльності матки, проводити повноцінну підготовку вагітних до пологів і чітко патогенетично обґрунтовувати лікувальні заходи.

Реализация репродуктивной функции после хирургического лечения миомы матки

А. А. Довгань

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

Научная работа посвящена снижению частоты нарушений репродуктивной функции женщин с миомой матки путем оптимизации тактики ведения, совершенствования миомэктомии вне и во время беременности, определение репродуктивного прогноза при сочетании миомы матки с другими факторами риска нарушения

репродуктивної функції. Под нашим наблюдением находились 208 пациенток репродуктивного возраста от 19 до 45 лет, которым была выполнена консервативная миомэктомия лапаротомическим доступом во время беременности или за беременности, прослеженные ближайшие и отдаленные результаты. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что миомэктомия вне и во беременности является целесообразной операцией, которая существенно улучшает репродуктивный прогноз больных миомой матки и при соблюдении условий для выполнения операции и отработанной хирургической тактики не вызывает опасность здоровью пациенток. Показаниями к плановой миомэктомии во время беременности является: атипичное расположение узлов (шеечное, першеечное, интралигаментарное), приводящие к нарушению функции тазовых органов; большие и гигантские размеры узлов; некроз узла, подтвержденный УЗД; невозможность прерывания беременности; деформация полости матки большим интерстициальным узлом; расположение узла на плаценте. Планированию беременности при миоме матки должна предшествовать миомэктомия, поскольку в 68,8% случаев при беременности отмечалось быстрое увеличение размеров узлов, а у каждой пятой пациентки оказывается прогестеронзависимая опухоль (соотношение уровня экспрессии рецепторов к прогестерону и эстрадиолу 6,0 и выше). Анализ ближайших и отдаленных результатов реконструктивно-пластических операций при миоме матки свидетельствует о целесообразности и эффективности данного вмешательства. Значение этой операции определяется возможностью создания благоприятных условий для вынашивания беременности и реализации репродуктивной функции у женщин с нарушенной фертильностью.

Особливості патогенезу передчасного розриву плодових оболонок

Н.В. Домакова

Одеський національний медичний університет

Питання етіології і патогенезу передчасного розриву плодових оболонок, незважаючи на численні дослідження, остаточно не встановлені. Метою дослідження було вивчення особливостей патогенезу передчасного розриву плодових оболонок на підставі оцінки стану білок-синтезуючої функції плаценти. Проведено комплексне проспективне рандомізоване клініко-лабораторне обстеження у 217 вагітних, в яких перебіг вагітності ускладнився передчасним розривом плодових оболонок в терміні гестації 22,5–33,5 тиж з оцінкою стану новонароджених. Нами встановлено, що основним пошкоджуючим процесом при цьому є запалення, компенсаторно-приспосувальні явища у плаценті виражені недостатньо і, переважно, при нетривалому безводному проміжку (до 12–24 год) у більших термінах гестації (після 34 тиж). Найбільш демонстративно, на наш погляд, ураження хоріона при недоношеній вагітності і передчасному розриву плодових оболонок характеризує кількість та морфофункціональний стан кінцевих ворсин плаценти. Аналіз одержаних даних показав, що

кількість зрілих ворсин у плацентах жінок з передчасним розривом плодових оболонок і недоношеною вагітністю була, закономірно, меншою, ніж у жінок з доношеною вагітністю. Проте частота патоморфологічно змінених термінальних ворсин плаценти у жінок з передчасним розривом плодових оболонок майже втричі переважала частоту таких ворсин у жінок з доношеною нормальною вагітністю. При порівнянні у цих групах жінок усіх середніх показників досліджених нами параметрів дегенерації кінцевих ворсин плаценти (некроз, набряк, фібриноїдне набухання, подвійний синцитіальний покрив, проліферація синцитія ворсин) одержано вірогідну різницю ($p < 0,05$). Отримані результати дозволяють розширити дані про патогенез передчасного розриву плодових оболонок, а також науково обґрунтувати необхідність удосконалення алгоритму лікувально-профілактичних заходів.

Відновлення репродуктивної функції у пациенток після перенесених операцій на придатках та на матці

Г.В. Колесник

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

Метою дослідження було підвищити ефективність відновлення репродуктивної функції у жінок з оперованими придатками на основі вивчення в них клініко-функціональних, ендокринологічних і ендоскопічних особливостей, а також розроблення і запровадження комплексу лікувально-діагностичних заходів з використанням допоміжних репродуктивних технологій. Для виконання поставленої мети було проведено ретроспективне групове дослідження 342 пацієнток з безпліддям, які пройшли 435 циклів ДРТ. Перенесені операції на яєчниках і маткових трубах у пацієнток з безпліддям погіршують результати допоміжних репродуктивних технологій, що виявляється меншою кількістю фолікулів (на $3,2 \pm 0,5$), ооцитів (на $4,1 \pm 0,7$) при більшій кількості препаратів, необхідних для індукції овуляції, що є результатом зниження оваріального резерву і погіршення кровопостачання яєчників. Вірогідність настання вагітності у жінок з операціями на яєчниках і маткових трубах в анамнезі залежить від об'єму виконаної операції, рівня збереження здорової тканини яєчників і її здатності реагувати на проведення відповідної стимуляції, кількості, інтенсивності дроблення і здібності до імплантації перенесених в порожнину матки ембріонів. Ефективність допоміжних репродуктивних технологій вище у пацієнток з неоперованою патологією яєчників: при незначних розмірах ендометрію (37% – неоперованих і 17% – після оперованих); при функціональних кістах яєчників (46% і 25%) і при синдромі полікістозних яєчників (43% і 23%). Результати проведених досліджень свідчать про необхідність індивідуального підходу до проведення ДРТ у жінок з оперованими придатками (яєчниками і матковими трубами) в анамнезі. Отримані результати дозволили розробити алгоритм діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів.

Можливості ранньої діагностики гестаційних ускладнень у жінок з дисплазією сполучної тканини

А.Л. Костюк

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

Мета дослідження: розробити алгоритм ранньої діагностики ускладнень вагітності у жінок з пролапсом мітрального клапана на фоні недиференційованої дисплазії сполучної тканини на основі комплексної оцінки клінічних, морфологічних змін і метаболічних порушень сполучної тканини для поліпшення акушерських і перинатальних результатів. Відповідно до поставленої мети нами були обстежені 100 пацієнток, що склали групу спостереження, яких згодом було поділено на 2 підгрупи: 1 підгрупа – 50 (50,0%) вагітні з пороком мітрального клапана (ПМК) і наявністю недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) легкого ступеню; 2 підгрупа – 50 (50,0%) вагітних з ПМК і відсутністю ознак НДСТ. У вагітних з ПМК на фоні НДСТ в 1,7 разу частіше виявлені захворювання серцево-судинної системи. До настання справжньої вагітності скарги з приводу основного захворювання непокоїли частіше за жінок з ПМК на фоні НДСТ, основними з яких були серцебиття і перебої в серці, болі в області серця ниючого характеру, що коле, задишка при фізичному навантаженні, головні болі, запаморочення. Результати проведених досліджень свідчать, що перебіг вагітності у жінок з НДСТ і ПМК ускладнюється високою частотою токсикозу першої половини вагітності, загрозою переривання вагітності, прееклампсією, плацентарною дисфункцією, гіпоксією і затримкою розвитку плода, підтверджуване ультразвуковим дослідженням плаценти і плода, кардіотокографією плода, розвитком плацентарної недостатності за результатами макромікроскопічного дослідження плаценти, що призводить в пологах до слабкості пологової діяльності, травматизму м'яких тканин пологових шляхів, в післяпологовому періоді до субінволюції матки і гіпогалакції.

Результати проведених досліджень свідчать, що комплексна оцінка клініко-лабораторних показників: особливості перебігу пролапсу мітрального клапана на фоні недиференційованої дисплазії сполучної тканини і без неї, наявність високого ступеня коморбідності супутньої патології, ускладнення гестації, макро- та мікроморфологічні зміни посліду, наростання катаболічних процесів сполучної тканини протягом вагітності за показниками обміну біополімерів в сироватці крові, сечі, навколоплідних водах, плацентарної тканини і синтезу колагену в плацентарній тканині вказують на доклінічні порушення розвитку плацентарної дисфункції у вагітних з пролапсом мітрального клапана, що найбільш виражене у пацієнток з недиференційованої дисплазії сполучної тканини. Отримані результати дозволяють своєчасно діагностувати основні ускладнення і змінити тактику ведення вагітності у жінок групи високого ризику.

Особливості плацентарної дисфункції при аномальній плацентації

С.А. Куріцина

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

Мета справжнього наукового дослідження – вивчити функціональні особливості фетоплацентарного комплексу при аномальній плацентації. Проспективно спостерігали 148 жінок (основна група) з аномальним розташуванням плаценти (АРП). Низька плацентація виявлена при ультразвуковому дослідженні (УЗД) в терміні 14–16 тиж. вагітності. Згідно з класифікацією аномалій плацентації і варіантів міграції плаценти, критерієм включення пацієнток в основну групу було розташування плаценти (у 14–16 тиж.) на відстані менше 2 см від внутрішнього зіву шийки матки. У жінок з АРП і передчасним її дозріванням відбувається зменшення товщини плаценти в зіставленні з даними фізіологічного дозрівання нормально розташованих плацент; швидкість приросту товщини плаценти також інтенсивніша в контрольній групі дослідження. При ПДП має місце відставання товщини плаценти, як в абсолютних значеннях, так і в темпах приросту її товщини. При вивченні показників плацентометрії при атипичному розташуванні плаценти і її дозріванням, що запізнилося, порівняно з даними нормальної плацентації і фізіологічного дозрівання, нами отримані достовірні відмінності показників зміни товщини плаценти. Результати проведених функціональних досліджень свідчать про порушення в кровотоку матки, плаценти і плода при АРП. Ці зміни свідчать про наявність ПД різного ступеня вираженості при даній патології, при цьому ступінь і частота знаходяться в прямій залежності від розташування плаценти. Мабуть, причиною розвитку ПД є зниження МПК, залежне, у свою чергу, від порушень ППК при аномаліях плацентації. Найчастіше порушення гемодинаміки і ЗРП плода спостерігаються при низькому її розташуванні. Встановлений патологічний варіант зіставлявся з параметрами плацентометрії – в кожному третьому випадку діагностика ПД за оцінкою швидкості кровотоку випереджала дані УЗІ і клінічні прояви. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Можливості гормональної контрацепції в жінок із захворюваннями печінки та жовчовивідних шляхів

Д.С. Ледін

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

Мета роботи: вивчити порівняльні аспекти гормональної та внутрішньоматкової контрацепції у жінок із захворюваннями печінки і жовчовивідних шляхів (ЗПЖШ). Для вирішення поставленої мети були обстежені 100 жінок репродуктивного віку з ЗПЖШ, яких було розподілено на дві підгрупи з урахуванням варіанту контрацепції, що застосовувалась: 1.1. підгрупа – 50 жінок, які використовували внутрішньоматкову контрацепцію; 1.2. підгрупа – 50 жінок, в яких використовували запропоновану нами профілактику непланованої вагітності. Пропонова-

ний підхід до профілактики непланованої вагітності у жінок з ЗПЖШ полягав у використуванні сучасної трансдермальної системи ЕВРА. Аналіз клінічного спостереження за 50 пацієнтками з ЗПЖШ дозволив встановити, що контрацептивний ефект трансдермальної гормональної контрацепції склав 100%. Одержані результати проведених ендокринологічних досліджень дозволяють констатувати єдину закономірність у пацієток з ЗПЖШ – дисгормональні порушення, які діагностовані до початку використання різних методик контрацепції, зберігаються повністю при використанні ВМК впродовж перших 6 міс їх застосування. Проте, після 9 і 12 міс порушення ендокринного статусу частково усуваються (вміст Е і ПГ), а використання трансдермальної ГК дозволяє усунути дисгормональні порушення вже після 3 місяців застосування даної методики, що клінічно супроводжується зменшенням рівня основних побічних ефектів. Результати проведених досліджень використання нового підходу до рішення питання про вибір методу контрацепції у жінок з хронічною патологією печінки і жовчовивідних шляхів дозволяє забезпечити високий контрацептивний ефект при низькому рівні побічних ефектів і відсутності некомпенсованих змін біохімічних і гемостазіологічних показників. Це дозволяє нам рекомендувати дану методику для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Оптимізація лікування поєднаної патології ендометрія та гіпотиреозу

Б.М. Лисенко

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

Метою наукового дослідження є підвищення ефективності консервативної терапії гіперпластичних процесів ендометрія (ГПЕ) у жінок з гіпотиреозом на підставі вивчення основних клінічних, ехографічних, ендокринологічних і морфологічних змін, а також розроблення алгоритму різних методів використання медикаментозної терапії і прогнозування. Для вирішення поставленої мети нами було обстежено 243 жінки дітородного віку. З них характер перебігу гіперпластичних процесів ендометрія (ГПЕ) був вивчений у 182 жінок. Результати проведених досліджень свідчать, що основним варіантом гіперпластичних процесів ендометрія у жінок з гіпотиреозом є залозисто-кістозна гіперплазія (79,3%) в порівнянні із залістими і залозисто-фіброзними поліпами ендометрія (20,7%). При поєднанні гіперпластичних процесів ендометрія і гіпотиреозу має місце обтяжений гінекологічний анамнез (ювенільні – 13,5% і дисфункціональні маткові кровотечі – 73,9%), а також поєднання з лейоміомою матки (63,3%), хронічними запальними процесами малого тазу (55,0%) і гіперплазією залізистої тканини грудних залоз (72,0%). Лікувальна тактика при гіперпластичних процесах ендометрія при гіпотиреозі залежить від патоморфологічної характеристики ендометрія, віку пацієнтки, ступеня порушення функції щитовидної залози, супутньої генітальної і екстрагенітальної патології. Ефективність удосконаленого алгоритму лікувально-профілактичних і прогностичних заходів складає 97,0%, а в 3,0% проведено оперативне лікування в об'ємі гістеректомії.

Оптимізація лікування безпліддя у жінок з міомою матки

О.О. Литвак

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

Метою справжнього наукового дослідження є вивчення актуальних аспектів консервативної міомектомії. Для вирішення поставленої мети нами проведено обстеження 100 пацієток репродуктивного віку з лейоміомою матки. Результати проведених досліджень свідчать, що консервативна міомектомія є одним з найбільш прийнятних варіантів оперативного лікування лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку, особливо до 40 років. Отримані результати дозволяють виділити цю наукову проблему для ширшого вивчення, особливо в плані віддалених наслідків і відновлення репродуктивної функції.

Особливості перебігу вагітності при поєднаній екстрагенітальній патології

Л.В. Манжула

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

Метою справжнього наукового дослідження є вивчення основних особливостей клінічного перебігу вагітності і пологів у жінок з нейроендокринною патологією і варикозною хворобою нижніх кінцівок.

Для вирішення поставленої мети було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 100 жінок з нейроендокринною патологією і варикозною хворобою нижніх кінцівок (основна група) і 50 жінок без такої патології (контрольна група).

Резюмуючи результати додаткових лабораторних і функціональних методів дослідження необхідно відзначити, що у жінок основної групи на клітинному, системному і міжсистемному рівнях виявлене невідповідність між фізіологічним характером подразника (вагітність) і неадекватним, надлишковим реагуванням адаптаційних механізмів в перебігу всього періоду гестації. Результати проведених досліджень, вагітність у жінок з нейроендокринною патологією і варикозною хворобою нижніх кінцівок перебігає на фоні граничної напруги пристосовних механізмів, що виявляється метаболічними порушеннями у поєднанні з неадекватно високою симпатичною активністю в перебігу всього періоду гестації, що характеризує переважання процесів компенсації. Ці розлади формують картину прееклампсії і постійної загрози невчасного переривання вагітності. На такому фоні плацентарної дисфункції гіпоксія плода може посилитися патологічними пологами і зниженням адаптаційних можливостей новонароджених. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Корекція плацентарної дисфункції у молодих жінок

В.В. Маркевич

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

Метою дослідження було зниження частоти плацентарної дисфункції (ПД) та перинатальної патології у юних вагітних на підставі вивчення клініко-лабораторних, гормональних, функціональних і морфологічних особливостей формування фетоплацентарного комплексу (ФПК), а також розроблення та впровадження удосконаленого алгоритму лікувально-профілактичних заходів. Використання вдосконаленого нами алгоритму дозволяє нормалізувати гормоносинтезуючу функцію плаценти, покращити матково-плацентарний кровообіг, активувати структурні механізми адаптації плаценти, зберегти морфометричні та дифузні показники ворсинчастого дерева на рівні стійкої компенсації, що є найважливішим пристосувальним засобом для підтримки життєздатності плода. Додаткове включення в комплекс лікувально-профілактичних заходів глутаргіна гідрохлориду дозволило знизити частоту плацентарної дисфункції в 2,4 разу, передчасних пологів в 1,7 разу, передчасного розриву плодових оболонок в 2,2 разу, затримки росту плода в 1,8 разу, дистресу плода в 2,5 разу, частоти кесарева розтину в 1,6 разу, що в свою чергу дозволило достовірно знизити частоту перинатальних ускладнень: асфіксії новонароджених в 2,3 разу та постгіпоксичної енцефалопатії в 1,7 разу, а також попередити перинатальну смертність. Отримані результати дозволяють нам рекомендувати удосконалений алгоритм діагностики та профілактики плацентарної дисфункції у юних жінок, які народжують вперше для широкого застосування в практичній охороні здоров'я.

Дихоріальна діамніотична двійня: клініко-ехографічні особливості

О.В. Мельник

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

Метою нашого наукового дослідження є вивчення клініко-ехографічних особливостей перебігу вагітності при дихоріальних діамніотичних двійнях. Робота заснована на аналізі результатів вагітності в 207 вагітних з двійнятами. Залежно від характеру хоріальності були виділені 2 основних групи: «Дихоріальна діамніотична двійня» (ДХДА двійня) – 146 жінок, і «Монохоріальна діамніотична двійня» (МХДА двійня) – 61 жінка. Результати проведених досліджень свідчать, що динамічні ехографічні спостереження при багатоплідній вагітності є достатньо інформативними в аспекті своєчасної діагностики затримки розвитку одного або обох плодів. Особливості зростання плодів при дихоріальних двійнях ідентичні показникам розвитку плода при асиметричній формі затримки розвитку плода при одноплідній вагітності. Найбільш значимі відмінності з'являються в 38 тижнів, коли різко знижується надбавка маси тіла і сповільнюється зростання голівки плода, що може бути викликано декомпенсацією плацентарної функції при багатоплідді.

З урахуванням наведеного вище можна передбачити, що пролонгація вагітності дихоріальними двійнятами довше 38 тиж недоцільна. Удосконалений алгоритм ведення вагітності дозволяє своєчасно ставити питання про дострокове розродження жінок для покращання перинатальних наслідків вагітності.

Особливості адаптації новонароджених від матерів, які використували прогестерон

Е.В. Мосендз

Кіровоградська обласна лікарня

Наше дослідження засноване на досвіді роботи Перинатального центру Кіровоградської обласної лікарні, де був проведений аналіз результатів власне ПР за два роки (2013–2014 рр).

В основу дослідження покладений порівняльний аналіз частоти виявлення гіпоксично-ішемічного ушкодження ЦНС у недоношених новонароджених, під час виношування яких вагітна приймала або не приймала препарати прогестерону. Отже, все недоношені новонароджені власне ПР були розподілені на 2 групи: до 1-ї (основної) групи увійшли 67 дітей, під час вагітності яких був прийом препаратів прогестерону, в 2-у (порівняльну) – 96 дітей, під час вагітності яких не було прийому препаратів прогестерону. Аналізуючи отримані дані, встановлено, що прийом препаратів прогестерону під час вагітності, зменшують прояви постгіпоксичної енцефалопатії у недоношених дітей в 2 рази, збільшують кількість дітей виписаних на 5-у добу в 1,5 разу і зменшує переведених в ДОБ на долікування. Період адаптації недоношених дітей на фоні прийому препаратів прогестерону під час вагітності проходить легше, знижується кількість ліжко-днів перебування на стаціонарному лікуванні, зменшуючи економічні витрати.

Особливості репродуктивної функції жінок з надлишковою масою тіла

С.О. Остафійчук

Івано-Франківський національний медичний університет МОЗ України

Метою нашого дослідження було вивчити особливості клінічної характеристики жінок з метаболічним синдромом на предгравідарному етапі.

Під спостереженням знаходилися 120 вагітних жінок з ожирінням, що поступили у відділення патології вагітних з різними ускладненнями вагітності. Причому раніше у зв'язку з ожирінням жінки не обстежилися і не лікувалися. Аналізуючи генеративну функцію можна дійти висновку, що більшість жінок були повторно-вагітними і повторнородящими. Крім того, у жінок з ожирінням 3 ст. в 4 рази частіше, ніж у жінок без ожиріння і в 2,5 разу частіше, ніж у жінок з 2 і 1 ст. ожиріння мали місце мимовільні аборти. Вагітність, що не розвивається, у жінок з 3 ст. ожиріння була в 3 рази частіше, ніж у жінок з ожирінням 1 ст. і в 2,5 разу частіше, ніж у пацієнок без ожиріння. Результати проведених досліджень

свідчать, що частота метаболічного синдрому у жінок з ожирінням ще до вагітності складає 89,2%, а число компонентів метаболічного синдрому корелює зі ступенем ожиріння. Частота інсулінорезистентності у пацієток з 1 ст. ожиріння складає 18,4%; з 2 ст. – 29,3% і з 3 ст. – 70,0%. Повний метаболічний синдром – поєднання чотирьох основних компонентів метаболічного синдрому в 70,0% спостережень виявляється у жінок з 3 ст. ожиріння; з 2 ст. – в 48,8% і з 1 ст. – лише в 18,4% обстежених. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні тактики ведення пацієток на прегравидарному етапі, а також під час гестаційного періоду і розродження.

Сучасні аспекти прогнозування ефективності допоміжних репродуктивних технологій

І.Е. Палига

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

Метою справжнього наукового дослідження є вивчення можливості прогнозування ефективності допоміжних репродуктивних технологій. У відповідності з поставленою метою нами було обстежено 50 безплідних подружніх пар фертильного віку. Отримані результати свідчать, що кількісна оцінка діагностичної цінності рівня цитокінів, що продукуються в мікрооточенні фолікула в період дозрівання ооцитів і імплантації заплідненої яйцеклітини, а також показників імунного статусу і оваріальної функції у жінок на піці суперовуляції, що стимулює, показала принципову можливість використання виділених діапазонів окремих ознак як основу для розробки нових підходів раннього прогнозування ефективності лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій.

Психоемоційні аспекти передменструального синдрому

Л.В. Пахаренко

Івано-Франківський національний медичний університет

Метою дослідження було оцінювання рівня психоемоційного стресу у жінок з передменструальним синдромом. Проведено обстеження 200 жінок з передменструальним синдромом, які становили основну групу. Контрольну групу склали 50 практично здорових жінок без діагнозу ПМС. Згідно результатів наших досліджень середній бал психоемоційного стресу у жінок контрольної групи становив $2,59 \pm 0,10$, що було на 10,81% більше, ніж у жінок основної групи – $2,31 \pm 0,05$ бали ($p=0,01$). У хворих з легкою формою ПМС цей показник становив на 9,27% менше порівняно з рівнем здорових осіб ($p=0,04$), з тяжкою формою – на 13,13% менше ($p=0,01$). В осіб з набряковою формою рівень стресу статистично не відрізнявся від рівня здорових жінок. Проте,

згідно оцінки результатів шкали Л. Рідера, хворі з іншими клінічними формами ПМС (нейропсихічна, цефалгічна та кризова) характеризувались достовірним зниженням показника рівня психоемоційного стресу відносно жінок контрольної групи. У хворих нейропсихічною формою захворювання рівень стресу становив 87,64% ($p=0,02$) рівня здорових жінок, цефалгічною – 85,71% ($p=0,02$). У осіб з кризовою формою ПМС встановлено найнижчий рівень даного показника – 84,56% ($p=0,02$) рівня контролю. Для жінок з ПМС характерним є високий рівень психоемоційного стресу, який корелював із тяжкістю захворювання. Найбільші показники стресового фактору встановлено у хворих нейропсихічною, цефалгічною та кризовою формами ПМС. Набрякова форма захворювання не асоціювалась із достовірним зростанням даного показника відносно здорових жінок.

Сучасні аспекти поєднаної патології матки у постменопаузальному періоді

Т.П. Поліщук

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

Метою справжнього наукового дослідження є вивчення клінічних аспектів поєднаної патології матки в постменопаузальному періоді. Для вирішення поставленої мети був проведений ретроспективний аналіз історії хвороби 128 жінок і проспективне вивчення 171 пацієнтки з кровотечами в постменопаузальному періоді. Серед ретроспективно вивчених пацієток виділена група порівняння, що складається з 61 жінки з поєднаною патологією матки (СПМ) в постменопаузі (для порівняння методів лікування даного контингенту). Матеріалом дослідження з'явилися дані проспективного обстеження 171 хворої в постменопаузі. Всі пацієнтки пройшли повне клінічне, лабораторне і інструментальне обстеження. В ході поглибленого обстеження були сформовані дві клінічні групи. До основної групи увійшли 89 жінок з наявністю метаболічного синдрому (МС); контрольну групу склали 82 жінки, що не мають МС. У середині основної групи виділено дві підгрупи жінок: 1-я – з ізольованою формою патології ендометрія (30) і 2-я – із СПМ (59); у контрольній групі відповідно спостерігалися: 1-я підгрупа – 48 пацієток з ізольованою патологією ендометрія і 2-я підгрупа – 34 жінки з поєднаною формою проліферативних процесів матки. Результати проведених досліджень свідчать про актуальність вивчення клінічних аспектів поєднаної патології матки у жінок періоду постменопаузи. Встановлені особливості необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у цих пацієток.

Порушення лактації у жінок з доброякісною патологією грудних залоз

О.А. Полюлях

Одеський національний медичний університет

Метою дослідження є зниження частоти гіпогалакції у жінок з доброякісною патологією грудних залоз (ДПМЗ) на основі вивчення клініко-морфологічних, біохімічних і ендокринологічних чинників в патогенезі, а також розроблення і впровадження прогностичних і лікувально-профілактичних заходів. Для вирішення поставленої мети нами було обстежено 300 жінок. В результаті проведених досліджень встановлено, що основними чинниками ризику гіпогалакції окрім ДПМЗ є: вік до 18 років (12,0%) і старше 30 років (40,0%); соматична (38,0%) і генітальна (36,0%) патологія ендокринного генезу; гестаційна анемія (61,0%); фетоплацентарна недостатність (55,0%); прееклампсія (19,0%); аномалії пологової діяльності (22,0%); дистрес плода (18,0%) і акушерські кровотечі (12,0%). Частота гіпогалакції у жінок з основними чинниками ризику складає після природного розродження 80,0%, а після кесарева розтину – 100,0%. У структурі гіпогалакції після пологів I ст. займає 22,0%; II ст. – 40,0%; III ст. – 30,0% і IV ст. – 8,0%. Після абдомінального розродження в структурі гіпогалакції I ст. складає 16,0%; II ст. – 30,0%; III ст. – 28,0% і IV ст. – 26,0% відповідно. Використання пропонуваного лікувально-профілактичних заходів у жінок з чинниками ризику гіпогалакції дозволяє знизити її частоту після природного розродження з 80,0% до 50,0%, а після кесарева розтину – з 100,0% до 70,0% з переважанням I–II ст. вираженості на фоні одночасного посилення кровотоку в грудних залозах і поліпшення якісного складу грудного молока.

Особливості діагностики аденоміозу

П.М. Прудніков

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

Мета дослідження: підвищення ефективності діагностики аденоміозу при маткових кровотечах, не пов'язаних з вагітністю, на етапі гінекологічного відділення. Для вирішення поставленої мети проведено клінічне дослідження, що включає аналіз історій хвороби і даних обстеження 110 пацієнток у віці від 20 до 52 років, що поступили в екстремому порядку. Результати проведених досліджень свідчать, що вдосконалений алгоритм діагностики аденоміозу при наданні екстремій спеціалізованої допомоги дає можливість вже при первинній госпіталізації верифікувати аденоміоз у 93,8±6,0% пацієнток з цією патологією. Достовірна діагностика аденоміозу в умовах стаціонару по наданню екстремій допомоги, у тому числі на ранніх стадіях розвитку процесу (у 25,6±10,9% пацієнток) дозволяє своєчасно і обґрунтовано вибрати раціональну лікувальну тактику.

Порівняльні аспекти наслідків вагітності після допоміжних репродуктивних технологій

Я.А. Рубан

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

Мета дослідження: вивчити вплив допоміжних репродуктивних технологій на перинатальні результати розродження при одно- і багатоплідній вагітності. Для вирішення поставленої мети був проведений аналіз народження 346 дітей – в групі індукованої вагітності після ДРТ (з них 134 в групі багатоплідної вагітності) і 415 живих дітей в групі мимовільної вагітності (з них 142 в групі багатоплідної вагітності).

Результати проведених досліджень свідчать, що допоміжні репродуктивні технології не сприяють збільшенню частоти природжених аномалій розвитку плода, а також зростанню рівня перинатальної захворюваності. Набагато велике значення має преморбідний фон подружніх пар, причини безпліддя, ефективність діагностики і лікування, а також варіант використовуваних програм допоміжних репродуктивних технологій. Найвність багатоплідної вагітності після допоміжних репродуктивних технологій підвищує ризик розвитку плацентарної дисфункції і затримки розвитку плода, що негативно впливає на перинатальні результати розродження.

Допоміжні репродуктивні технології у жінок з аномаліями розвитку матки

А.П. Садовий

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

Метою справжнього наукового дослідження є клініко-імунологічна оцінка ефективності допоміжних репродуктивних технологій у жінок з аномаліями розвитку матки (АРМ). У відповідності з поставленою метою нами було обстежено 50 безплідних подружніх пар фертильного віку.

Результати проведеного ретроспективного аналізу показують, що певна збалансованість опосередкованих для цитокіна регуляторних дій в мікрооточенні фолікула не лише багато в чому визначає кількість і якість дозріваючих ооцитів, але, мабуть, відіграє не менш важливу роль на ранніх етапах імплантації запліднених яйцеклітин, від чого, зрештою, і залежить ефективність допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) в подоланні подружнього безпліддя. Проведений аналіз параметрів імунного і цитокінового статусу на системному і місцевому рівні у взаємозв'язку з кількісними і функціональними показниками оваріальної функції і клінічною ефективністю ДРТ свідчить про важливу роль імунної системи в регуляції фолікулогенезу і ембріогенезу. Отримані дані демонструють залучення цитокіно-опосередкованих і клітинно-опосередкованих механізмів в процесі дозрівання ооцитів, від чого багато в чому залежить ефективність подальших етапів запліднення отриманих яйцеклітин і імплантації ембріонів, а також розвитку клінічної вагітності. Практична цінність отриманих наукових даних полягає, перш за все, в потенційній можливості використання окремих параметрів імунного і цитокінового

статусу жінок, обстежених на піці суперовуляції, що стимулює, як ранні діагностичні маркери, за допомогою яких можна було б прогнозувати ефективність ДРТ в подоланні безпліддя. Вирішення даної проблеми могло б послужити основою для зміни тактики ДРТ, наприклад, за рахунок відстроченого трансферу отриманих і заморожених ембріонів в період, коли будуть створені сприятливі умови для їх успішної імплантації і подальшого гестаційного розвитку.

Сучасні аспекти діагностики гнійно-запальних захворювань придатків матки

В.С. Страховецький

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

Мета дослідження – вдосконалення діагностики гнійно-запальних захворювань придатків матки, ускладнених розлитим перитонітом. Відповідно до мети дослідження проведено комплексне обстеження і лікування 100 жінок у віці від 15 до 50 років (середній вік $36,7 \pm 3,4$ року) з гнійно-запальними захворюваннями придатків матки. Основну групу (1) склали 50 пацієнок з ГЗЗПМ, ускладненими екстрагенітальними гнійними ушкодженнями органів черевної порожнини, такими як, міжкишкові, піддіафрагмальні абсцеси, вторинний апендицит, зачеревна флегмона, параметрит, залучення до вогнища гнійної деструкції кишки, сальника. Контрольна група (2) сформована з 50 жінок з ГЗЗПМ без прямого залучення до гнійного процесу органів черевної порожнини. Обидві групи було розділено на підгрупи залежно від поширеності перитоніту: місцевий обмежений і необмежений – умовно пельвіоперитоніт (ПП) (1А; 2А), і розлитий перитоніт (РП) (1Б; 2Б).

Результати проведених досліджень свідчать, що найбільш інформативним відносно виявлення екстрагенітальних вогнищ гнійного запалення при гнійно-запальних захворюваннях придатків матки є поєднання бімануального дослідження і УЗД (0,84). Ізольоване УЗД володіє більшою чутливістю (0,6), чим діагностична лапароскопія. Спайково-інфільтративний процес, парез кишечника нівелюють ефективність візуальної діагностики при лапароскопії у пацієнок з пельвіоперитонітом до 0,37, з розлитим перитонітом до 0,29. Рентгенографія черевної порожнини володіє високою чутливістю лише відносно виявлення кишкової непрохідної (0,98). Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних заходів у пацієнок з гнійним ушкодженням придатків матки.

Патогенетичні аспекти дискоординованої пологової діяльності

С.Я. Ткачик

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

Метою справжнього наукового дослідження є вивчення особливостей екскреції стероїдних гормонів при дискоординованій пологовій діяльності. З метою вирішення поставленої мети ми обстежували 46 породілей, серед яких у 24 по-

логи почалися мимоволі (підгрупа 1), а в 22 (підгрупа 2) самостійно розвинулася пологова діяльність в найближчих 2–3 год після допологового вилування навколплідних вод. Усі пацієнтки були первородящими. За віком, паритету, характеру ускладнень вагітності перша і друга підгрупи були порівнянні. Результати проведених досліджень свідчать, що достовірно нижчі концентрації метаболітів прогестерону при мимовільному початку пологової діяльності пов'язані з фізіологічним припиненням синтезу прогестерону перед початком пологів, а не є етіологічним чинником розвитку гіпертонічних маткових скорочень. Причину даного ускладнення пологів, швидше за все, слід шукати серед чинників, що перешкоджають дозріванню шийки матки в кінці вагітності. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Морфологічні особливості фетоплацентарного комплексу у жінок при надлишкової масі тіла

Т.Д. Фахрутдінова

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

Досліджено морфологічні особливості фетоплацентарного комплексу у жінок з надлишковою масою тіла і метаболічним синдромом. Обстежені 130 породілей, 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.

Поєднана патологія матки у жінок в постменопаузальний період

В.А. Шамрай

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

Метою справжнього наукового дослідження є вивчення впливу метаболічного синдрому (МС) на клінічні прояви поєднаної патології матки в період постменопаузи. Для вирішення поставленої мети нами піддалися ретроспективному аналізу історії хвороби 128 жінок і проспективному вивченню 171 пацієнтка з кровотечами в періоді постменопаузи. Серед ретроспективно вивчених пацієнок виділена група порівняння, що складається з 61 жінки з поєднаною патологією матки (СПМ) в постменопаузі (для порівняння методів лікування даного контингенту). Результа-

ти проведених досліджень свідчать про істотну роль метаболічного синдрому в генезі розвитку поєднаної патології матки в періоді постменопаузи. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Допоміжні репродуктивні технології у пацієнок з патологією шийки матки в анамнезі

Т.Л. Шемелько

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

Метою наукового дослідження було відновлення репродуктивної функції у жінок після різних методів оперативного лікування патології ШМ на основі вивчення у них клініко-функціональних і морфологічних особливостей, а також удосконалення і впровадження алгоритму хірургічних і лікувально-профілактичних заходів з використанням допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). Для вирішення поставленої мети і завдань було проведено обстеження і лікування 96 пацієнок репродуктивного віку з безпліддям на тлі запально-дистрофічних і гіперпластичних процесах ендометрію.

Результати проведених досліджень свідчать, що патологія шийки матки є однією з основних причин жіночого безпліддя, причому в 45,8% – первинного і в 54,2% – вторинного. Супутні порушення менструальної функції у цих пацієнок зустрічаються в 89,6%, а хронічні запальні процеси матки і придатків – в 33,4% відповідно. У жінок з вторинним безпліддям після різних методів оперативного лікування патології шийки матки має місце обтяжений репродуктивний анамнез за рахунок високої частоти артифіційних (73,7%) і мимовільних абортів (44,7%), причому урівень запальних ускладнень після різних внутрішньоматкових втручань складає 86,4%. Клінічні результати допоміжних репродуктивних технологій залежать від наявності супутніх дисгормональних порушень у жінок після різних методів оперативного лікування патології шийки матки: частота імплантації – вище в 1,7 разу, настання вагітності – в 2,0 разу і пологи живим плодом – в 2,1 разу. Отримані результати свідчать про ефективність запропонованого алгоритму диференційованого підходу до проведення ДРТ 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.

Наукове видання

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ
СПІВРОБІТНИКІВ
НМАПО імені П.Л. ШУПИКА**

Випуск 24, книга 6 (частина 3)

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. – 22,16. Ум.-друк.арк. – 15,06.
Друк ТОВ «Професіонал-Івент»
Тел./факс: (044) 220-15-41