



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, 2016 р. – 230 с.**

У 27 випуску збірника наукових праць 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.; **В.І. 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. Тищенко**

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, 2016

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ імені П.Л. ШУПИКА

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ СПІВРОБІТНИКІВ НМАПО імені П.Л. Шупика

ВИПУСК 27

(Частина 1)

Київ – 2016

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, 2016; 230 p.**

The 27st collected transactions 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. Radzikhovskiy** - M.D., Ph.D., Professor; **M.M. Sergienko** - Associate Member of the NAMS, Professor; **O.O. Tymofeyev** - M.D., Ph.D., Professor; **O.V. Tkachenko** - M.D., Ph.D., Professor; **Yu.I. Feshchenko** - Academician of the NAMS, Professor; **N.V. Kharchenko** - M.D., Ph.D., Professor; **N.I. Shvets** - M.D., Ph.D., Professor; **N.M. Shuba** - M.D., Ph.D., Professor; **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. Tischenko**
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, 2016

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 27
(Part 1)*

Kyiv – 2016

ЗМІСТ

АКУШЕРСТВО

Роль родинно-орієнтованих технологій у зниженні перинатальної патології при аномаліях пологової діяльності <i>С.Ю. Вдовиченко</i>	10
Плацентарна дисфункція у жінок з ендометріозом в анамнезі <i>В.Д. Воробій</i>	15
Вагітність і пологи у жінок з міомою матки без оперативного лікування <i>О.В. Жовтенко</i>	18
Тактика ведення жінок з дистресом плода на фоні плацентарної дисфункції у жінок з патологічною прибавкою маси тіла <i>Т.М. Кваскова</i>	27
Плацентарная дисфункция при высоком риске интраамниального инфицирования и изменении объема околоплодных вод <i>И.Д. Кондратенко</i>	31
Профилактика акушерской и перинатальной патологии у женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани <i>А.Л. Костюк</i>	35
Беременность и роды у женщин с ретрохориальной гематомой <i>С.А. Курицина</i>	43
Тактика ведения беременности при недостаточности вен малого таза у женщин с дисплазией соединительной ткани <i>Л.В. Манжула</i>	47
Перші пологи після 30 років: діагностика та профілактика акушерських та перинатальних ускладнень <i>В.В. Маркевич</i>	55
Актуальні питання тактики ведення вагітності при синдромі фето-фетальної трансфузії <i>О.В. Мельник</i>	61
Пути снижения аномалий родовой деятельности у многорожавших женщин при недоношенной беременности <i>Е. Набхан</i>	67

Особливості розродження жінок, які багато народжують, з рубцем на матці <i>Крістіна Жиме Нунга</i>	71
Влияние типа аномалий развития матки на течение гестационного периода <i>А.П. Садовой</i>	76
Плацентарная дисфункция у женщин с эндометриозом в анамнезе <i>Н.П. Сухоставец</i>	81
Клинические аспекты патологической прибавки массы тела и метаболического синдрома до и во время беременности <i>С.Ю. Вдовиченко, Т.Д. Фахрутдинова</i>	84
Вплив партнерських пологів на характер пологової діяльності при багатоплідній вагітності <i>Т.А. Шинкарук</i>	89

ГІНЕКОЛОГІЯ

Зміни клініки передменструального синдрому при використанні гормональних релізинг-систем <i>Н.В. Адамчук</i>	93
Вплив позаматкової вагітності на якість життя жінок <i>П.Р. Волосовський</i>	98
Роль нарушених гемостаза в генезі повторної преєклампсії <i>Д.О. Говсеев</i>	102
Сучасні погляди на тактику ведення жінок з природною менопаузою <i>І.Т. Кишакевич</i>	109
Експериментальне обґрунтування застосування кріоекстракту плаценти у пацієнток з синдромом передчасної недостатності яєчників <i>М.М. Козуб, М.І. Козуб, К.П. Скибіна</i>	117
Особливості відновлення репродуктивної функції у жінок з субмукозною міомою матки <i>О.О. Літвак</i>	123

Діагностика та лікування аденоміозу при поєднанні з гіпотиреозом	
<i>Б.М. Лисенко</i>	127
Діагностика патології матки в постменопаузальний період з використанням сучасних ендокринологічних технологій	
<i>О.Ю. Минаєва</i>	131
Особливості репродуктивної функції жінок після консервативної міомектомії	
<i>И.А. Нигуца</i>	138
Тактика відновлення репродуктивної функції у жінок з оперованими яєчниками	
<i>М.В. Нименький</i>	143
Психологічні аспекти якості життя пацієнток при поєднаній патології матки в період постменопаузи	
<i>Т.П. Полищук</i>	147
Нарушення репродуктивної функції при поєднаній патології матки і грудних залоз	
<i>О.А. Полюляк</i>	152
Клінічне значення генетичних досліджень у пацієнток з різними формами ендометріоза	
<i>П.М. Прудников</i>	156
Особливості патології епітелію шийки матки у дівчаток-підлітків з різною сексуальною активністю	
<i>А.Ю. Титенко</i>	164
Ендоскопічна діагностика поєднаної патології матки у постменопаузальний період	
<i>В.А. Шамрай</i>	169

БЕЗПЛІДДЯ

Тактика допоміжних репродуктивних технологій при поєднаних формах безпліддя з урахуванням віку пацієнток	
<i>М.М. Адамов</i>	176
Тиреоїдні порушення як фактор ризику розвитку безпліддя у жінок	
<i>Д.Ю. Берая</i>	182

Роль різних варіантів аномалій розвитку матки в генезі преждевременного прерывания беременности	
<i>Ю.С. Волина-Стахорна</i>	187
Сучасна тактика органозберігальних операцій на органах малого таза	
<i>Г.В. Колесник</i>	192
Оцінка ефективності повторних допоміжних репродуктивних технологій у подружжях з ендокринологічними і мікробіологічними порушеннями в анамнезі	
<i>И.Е. Пальга</i>	197
Перинатальні аспекти допоміжних репродуктивних технологій	
<i>Я.А. Рубан</i>	203

РІЗНЕ

Особливості гістероскопічного лікування поліпів тіла матки	
<i>Н.С. Волошинович</i>	207
Тези науково-практичного семінару у форматі телемосту «Міжнародні та вітчизняні стандарти надання гінекологічної допомоги»	
20 квітня 2016 року	211

УДК 618.5-02:612.453.018

Роль родинно-орієнтованих технологій у зниженні перинатальної патології при аномаліях пологової діяльності

С.Ю. Вдовиченко

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

Аналізуючи ефективність індивідуальної методики підготовки подружньої пари і перебіг партнерських пологів, можна зробити висновок, що вживання запропонованої системи зменшує число ускладнень у пологах, у першу чергу, аномалій пологової діяльності. У групі жінок, що мають підтримку партнера і лікаря в пологах та використовують навички і прийоми запропонованої методики, частіше спостерігаються мимовільні пологи, знижується частота аномалій пологової діяльності, оперативних пологів, зменшується загальна тривалість пологів, знижується інтенсивність больового сприйняття на відміну від жінок, які не пройшли допологову підготовку і не мали індивідуальної підтримки в пологах.

Ключові слова: аномалії пологової діяльності, партнерські пологи, профілактика.

Патологія скоротливої діяльності матки є однією з провідних проблем сучасного акушерства і спричинює аномалії пологової діяльності, маткові кровотечі та низку інших патологічних станів у пологах і в післяпологовий період [4, 6]. Основними чинниками ризику аномалій пологової діяльності вважаються екстрагенітальна патологія, інтраамніальне інфікування, анемія вагітних, прееклампсія тощо [1, 7]. Серед нових технологій розродження особливе місце займають партнерські пологи, частота яких зростає з року в рік, а при різних обтяжених ситуаціях такий підхід при розродженні є дієвим резервом зниження частоти акушерської і перинатальної патології [5, 8]. Проведений аналіз даних сучасної літератури свідчить про недостатню вивченість питання аномалій пологової діяльності при партнерських пологах, хоча його актуальність не викликає сумнівів, особливо в плані розроблення ефективних лікувально-профілактичних методик.

Мета дослідження: зниження частоти аномалій пологової діяльності та перинатальної патології у жінок з факторами ризику на підставі удосконалення та впровадження методики індивідуальної підготовки подружньої пари під час вагітності та пологів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

На першому (ретроспективному) етапі досліджень проведено дослідження «випадок–контроль». Відповідно до мети і завдань дослідження було відібрано першу групу в кількості 400 подружніх пар, другу групу склали 400 жінок, розроджених без участі партнера.

Критерії включення:

- доношена вагітність (37–41 тиж);
- наявність одного плода;
- головне передлежання плода;
- відсутність важкої екстрагенітальної патології;
- відсутність показань до планового абдомінального розродження;
- компенсований стан плода;
- згода подружньої пари;
- відсутність клінічно виражених запальних захворювань у партнерів на момент розродження (ГРВІ, гнійничкове ураження шкіри тощо).

Критерії виключення:

- термін вагітності менше 37 і більше 41 тиж;
- тазове передлежання, косе і поперечне положення плода;
- багатопліддя;
- важка екстрагенітальна патологія;
- наявність показань до операції кесарева розтину;
- декомпенсований стан плода на момент початку пологів;
- клінічно виражені запальні захворювання у партнерів;
- психологічна неготовність партнерів.

У пацієток основної і контрольної груп за результатами аналізу медичної документації були оцінені ознаки біологічної готовності до пологів, клінічний перебіг пологового акту, у тому числі з об'єктивізацією шляхом проведення багатоканальної гістерографії, взаємодія з медперсоналом, стан плода і новонародженого, клінічна оцінка перебігу післяпологового періоду і періоду новонародженості, а також віддалені результати шляхом анонімного анкетування.

На другому (проспективному) етапі дослідженні для визначення ефективності профілактики аномалій пологової діяльності на основі використання індивідуальної підготовки до партнерських пологів було проведено комплексне клініко-психологічне і лабораторно-інструментальне обстеження 300 жінок, яких було розподілено на дві групи. До основної групи включено 182 жінки з мотивацією на партнерські пологи, які проходили навчання за системою індивідуальної підготовки подружньої пари до пологів. Забезпечена індивідуальна підтримка в пологах лікаря, який спостерігав настання і перебіг даної вагітності, що дозволило продовжити індивідуальну підготовку в пологах і застосувати нефармакологічні методи знеболення і профілактики аномалій пологової діяльності. До групи порівняння увійшли 118 жінок, які не пройшли допологової підготовки і не мали індивідуальної підтримки в пологах, з традиційним підходом до знеболення.

Групи жінок були порівнянні за віком, паритетом, наявністю екстрагенітальної патології, перенесеним гінекологічним захворюванням.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що сумарна частота аномалій пологової діяльності у жінок з чинниками ризику складала 36,7%, найчастіше розвивалися дискоординувана пологова діяльність (13,3%), слабкість пологової діяль-

ності (10,0%), гіпертонус нижнього сегменту (10,0%) і надмірна пологова діяльність (3,3%).

Перинатальні результати розродження жінок з високим ризиком аномалій пологової діяльності характеризувалися значною частотою асфіксії середнього ступеня тяжкості (14,3%) і пологового травматизму (10,0%).

Аномалії пологової діяльності у жінок з чинниками ризику розвивалися на тлі змін психологічного статусу у вигляді високого рівня особистісної (80,8%) і ситуаційної тривожності (65,9%), а також значної інтенсивності больових відчуттів у пологах – 8,8 балів.

При диференційованій підготовці з урахуванням індивідуальних особливостей жінки та підтримкою лікаря під час пологів відзначено достовірне зниження загальної частоти ускладнень родового процесу: невчасне вилиття вод в основній групі склало $11,5 \pm 1,8\%$, у групі порівняння – $22,6 \pm 2,9\%$.

Частота виникнення ускладнень в пологах в основній групі (29%) в 1,5 разу нижче, ніж в групі порівняння (54%). Також відзначено достовірне зниження частоти пологового травматизму (7,7%), що у 2,5 разу нижче, ніж у групі порівняння (19,5%). Це є показником ефективності запропонованої системи.

Для підтвердження ефективності запропонованої багатокомпонентної системи були проаналізовані результати пологів у жінок досліджуваних груп.

У більшості жінок ($79,9 \pm 2,2\%$), які пройшли методику індивідуальної підготовки, партнерські пологи відбулися через природні пологові шляхи, а частота оперативних пологів склала $20,1 \pm 0,7\%$, що на 7,1% нижче, ніж в групі порівняння.

При оцінюванні показань для оперативного розродження було встановлено, що відсоток екстреного розродження в основній групі склав $29,2 \pm 2,5\%$, що вдвічі нижче, ніж у групі порівняння ($58,5 \pm 3,5\%$), причому в структурі показань до оперативного розродження статистично достовірних відмінностей не виявлено.

Результати дослідження дозволяють зробити висновок про перспективність вживаної методики підготовки до пологів з метою зниження частоти аномалій пологової діяльності і поліпшення результатів пологів, у тому числі і зниження відсотка оперативних втручань.

У пологах рівень болю визначали за десятибальною шкалою Н.Н. Расстригіна і Б.В. Шнайдера [2]. Жінки оцінювали інтенсивність больових відчуттів самостійно:

- «10 балів» – дуже інтенсивний, нестерпний біль;
- «0 балів» – відсутність больових відчуттів;
- «6-7 балів» – «терпимі» больові відчуття (які більшість жінок переносили без патологічних наслідків для себе і дитини).

Висока інтенсивність больових відчуттів зафіксована в групі жінок, що не мали підтримки в пологах – 8,8 балу. Достовірно нижче була інтенсивність пологового болю у жінок, які пройшли підготовку за багатокомпонентною системою, мали підтримку партнера і лікаря в пологах – 5,6 балу ($p < 0,001$).

Індивідуальна методика підготовки до партнерських пологів у поєднанні з нефармакологічними методами при індивідуальній підтримці партнера в пологах дала повний ефект знеболення у $66,3 \pm 2,6\%$ жінок основної групи. У групі порівняння жінок, які народжували без медикаментозного знеболення, було 14%, що в 1,5 разу менше, ніж в основній групі ($p < 0,05$).

У $33,7 \pm 2,6\%$ жінок основної групи спостерігали неповний ефект застосування методів підготовки, що вимагало призначення медикаментозного знеболення. З них у 22% жінок основної групи і у 50% пацієнток груп порівняння було проведено знеболення медикаментозними засобами, при цьому глибина аналгезії була більш виражена в основній групі. У зв'язку з цим, результати пологів були достовірно гірші в контрольній групі.

Одним з показників ефективності вживання індивідуальної методики підготовки до партнерських пологів може бути тривалість пологів [3].

Характеристики перебігу пологового процесу не мали достовірних відмінностей в обох групах жінок ($p > 0,05$). Спостерігали зменшення тривалості перебігу пологів у жінок, які пройшли підготовку за індивідуальною методикою, використовували прийоми самознеболювання, глибоке дихання і мали підтримку партнера у пологах.

В основній групі відзначено зменшення тривалості пологів під час усіх періодів: перший період пологів зменшився на 2 год 12 хв, другий період – на 5 хв, а третій – на 10 хв. Загальна середня тривалість пологів у групі жінок, які пройшли підготовку по нашій методиці, склала 9 год 25 хв, що на 3 год 5 хв менше, ніж у групі порівняння.

Використання методики індивідуальної підготовки до партнерських пологів дозволяє нормалізувати психологічний статус жінок та їхніх партнерів, що підтверджується зниженням особистісної (з 80,8% до 46,1% – у жінок та з 79,2% до 48,6% – у партнерів) і ситуаційної тривожності (з 65,9% до 32,8% – у жінок та з 63,4% до 33,8% – у партнерів).

Проведення партнерських пологів з попередньою індивідуальною підготовкою дозволяє знизити сумарну частоту аномалій пологової діяльності у 2,3 разу, при цьому зменшити рівень патологічного прелімінарного періоду в 2,7 разу; дискоординованої пологової діяльності – в 1,9 разу; дистопії шийки матки – у 3,1 разу; асфіксії середнього ступеня тяжкості – у 2,1 разу і пологового травматизму – у 3,0 рази.

ВИСНОВКИ

Таким чином, аналізуючи ефективність індивідуальної методики підготовки подружньої пари і перебіг партнерських пологів, можна зробити висновок, що впровадження запропонованої системи зменшує кількість ускладнень у пологах, в першу чергу, аномалій пологової діяльності. У групі жінок, що мають підтримку партнера і лікаря в пологах та використовують навички та прийоми запропонованої методики, частіше спостерігаються мимовільні пологи, знижується частота аномалій пологової діяльності, оперативних пологів, зменшується загальна тривалість пологів, знижується інтенсивність больового сприйняття на відміну від жінок, які не пройшли допологову підготовку і не мали індивідуальної підтримки в пологах.

Роль семейно-ориентированных технологий в снижении перинатальной патологии при аномалиях родовой деятельности
С.Ю. Вдовиченко

Анализируя эффективность индивидуальной методики подготовки супружеской пары и течение партнерских родов можно сделать вывод, что использование предлагаемой методики уменьшает число осложнений в родах, в первую очередь, аномалий родовой деятельности. В группе женщин, которые имеют поддержку партнера и врача в родах, используют навыки и приемы предлагаемой методики, чаще наблюдаются самостоятельные роды, снижается частота аномалий родовой деятельности, оперативных родов, уменьшается общая продолжительность родов, снижается интенсивность болевого восприятия в отличие от женщин, которые не прошли дородовую подготовку и не имели индивидуальной поддержки в родах.

Ключевые слова: аномалии родовой деятельности, партнерские роды, профилактика.

Role of the family-focused technologies in decrease perinatal pathologies at anomalies of patrimonial activity
S. Yu. Vdovychenko

Analyzing efficiency of an individual technique of preparation of a married couple and a current of partner labours, it is possible to draw a conclusion that use of an offered technique reduces number of complications in labours, first of all, anomalies of patrimonial activity. In group of women which have support of the partner and the doctor in labours, use skills and receptions of an offered technique, independent childbirth is more often observed, frequency of anomalies of patrimonial activity, operative labours decreases, the general duration of delivery decreases, intensity of painful perception decreases, unlike women who have not taken place antenatal preparation and had no individual support in labours.

Key words: anomalies of patrimonial activity, partner childbirth, preventive maintenance.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамченко В.В. Индукция родов и их регуляция простагландинами : Руководство для врачей / В.В. Абрамченко, Р.А. Абрамян. — СПб: Элби, 2010. — 288 с.
2. Глаголева Е.А. Методы оценки психологического статуса в акушерстве / Е.А. Глаголева, О.И. Михайлова, А.А. Балушкина // Русский медицинский журнал. — 2010. — № 9. — С. 9–10.
3. Костенко О.Ю. Оцінка ефективності епідуральної анестезії при індукції пологової діяльності на тлі недостатньо підготовлених пологових шляхів / О.Ю. Костенко, І.В. Гужевська, О.С. Лобода // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2013. — № 3. — С. 73.
4. Маркін Л.Б. Профілактика слабкості пологової діяльності / Л.Б. Маркін, М.М. Кучерова // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2010. — № 2. — С. 80–82.
5. Радзинский В.Е. Акушерский риск. Максимум информации минимум опасности для матери и младенца / В.Е. Радзинский. — М., 2011. — 285 с.
6. Сергієнко С.М. Особливості клінічного перебігу вагітності та пологів у жінок різних соматотипів / С.М. Сергієнко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2010. — № 5. — С. 78–80.
7. Ayar A. Homocysteine-induced enhancement of spontaneous contractions of myometrium isolated from pregnant women / A. Ayar, H. Celik, O. Ozcelik // Acta Obstet. Gyn. Scand. — 2013. — Vol. 182, № 9. — P. 789–793.
8. Ben Regaya L. Role of deambulation during labour: A prospective randomized study / L. Ben Regaya, R. Fatnassi, A. Khlifi // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. — Paris, 2013. — P. 6–10.

УДК 618.36-06:618.145-007.415-071.1

Плацентарна дисфункція у жінок з ендометріозом в анамнезі

В.Д. Воробій

Івано-Франківський національний медичний університет

Результати проведених досліджень довели, що вагітність і пологи у жінок з ендометріозом в анамнезі є досить серйозною науковою проблемою. Одним з найбільш важливих напрямків є вивчення функціонального стану фетоплацентарного комплексу та розроблення діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: ендометріоз, плацентарна дисфункція.

У сучасних умовах спостерігається тенденція до поширення генітального ендометріозу, особливо серед жінок молодого репродуктивного віку, що істотно знижує якість їхнього життя [1–6]. Частота безпліддя при даній патології досягає 80%, причому на сьогодні немає єдиної думки щодо причин безпліддя через дане захворювання, особливо при збереженому двохфазному менструальному циклі і прохідності маткових труб [2, 4].

Незважаючи на значну кількість наукових публікацій у цьому науковому напрямку, одним з найбільш невивчених питань є вагітність і пологи у жінок з ендометріозом в анамнезі.

Гормональний гомеостаз, що сприяє нормальному розвитку плода і плаценти, забезпечується єдиною системою мати–плацента–плід, де ендокринна функція кожної з її ланок має відносну самостійність і, разом з тим, знаходиться у функціональному взаємозв'язку, що дозволяє визначити резерви фетоплацентарного комплексу (ФПК).

У патогенезі виникнення і розвитку патологічного процесу основну роль відіграють порушення нейроендокринної регуляції ФПК. У зв'язку з цим визначення білкових і стероїдних гормонів особливо важливо для діагностики патологічного стану, оцінки ступеня його тяжкості і можливості мобілізації пристосувальних реакцій.

Мета дослідження: вивчення особливостей плацентарної дисфункції у жінок з ендометріозом в анамнезі на основі вивчення функціонального стану фетоплацентарного комплексу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети був проведений аналіз вмісту естріолу, прогестерону, плацентарного лактогену у периферійній крові у 106 вагітних, які раніше лікувалися з приводу генітального ендометріозу. У 1-у групу увійшли 53 жінки, які отримували традиційну зберігальну терапію, у 2-у – 53

жінки, які крім традиційної терапії отримували гестагени, антиагреганти та антикоагулянти. В обох групах були виділені три підгрупи: з наявністю антитіл (АТ) до кардіоліпінів (КЛ) – по 28 вагітних, з наявністю АТ до КЛ і ДНК – по 13 вагітних, з наявністю АТ до КЛ, ДНК і ХГЛ – по 12 вагітних. Контрольну групу склали 30 здорових жінок, перебіг вагітності у яких був без ускладнень, вагітність закінчилася фізіологічними терміновими пологами через природні пологові шляхи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Естріол – продукт єдиної фетоплацентарної системи, який служить показником функціонального стану як плоду, так і плаценти.

Отримані результати свідчать, що збільшення рівня естріолу у терміні 20–24 тиж вагітності свідчить про компенсований стан метаболічних процесів у системі мати–плацента–плід після закінчення періоду плацентации, хоча компенсаторно-приспосувальні механізми явно відчувають напруження. У меншій мірі за вмістом естріолу у вагітних підвищений з наявністю АТ до ХГЛ. Саме в цій групі швидше відбувається зрив компенсаторних процесів з падінням рівня естріолу до 30–33 тиж. Традиційна зберігальна терапія не знімає напруження ФПК і веде з поступового зниження естріолу.

Результати вивчення вмісту прогестерону свідчать, що гестаційний процес у жінок, які раніше лікувалися з приводу генітального ендометріозу, має перебіг на фоні прогестеронової недостатності з ранніх термінів, особливо за наявності АТ до ХГЛ. Це вимагає своєчасної корекції гестагенами в комплексі з антиагрегантами та антикоагулянтами. Відсутність підвищення прогестерону у терміні 20–24 тиж свідчить про недостатній його вплив на формування плацентарної недостатності.

Плацентарний лактоген (ПЛ) більшою мірою відображає функціональний стан плаценти.

Отримані дані свідчать, що ПЛ бере участь у процесах формування плацентарної недостатності, що проявляється у вираженому напруженні ФПК у терміні 20–24 тиж у вагітних без АТ до ХГЛ з подальшою тенденцією до декомпенсації до терміну 30–33 тиж. Наявність АТ до ХГЛ спричинює більш раннє порушення становлення плацентарної недостатності і більш виражену декомпенсацію до 30–33 тиж вагітності.

Високе емоційна і фізичне навантаження у період вигнання супроводжується збільшенням рівня кортизолу у крові, що сприяє його адекватній адаптації у ранній неонатальний період.

Наведені дані переконливо свідчать, що гестаційний процес у жінок, які лікувалися з приводу ГЕ, протікає на фоні зниженої гормонотворюючої функції ФПК, в першу чергу, естріолу і прогестерону, особливо за наявності АТ до ХГЛ, а також високого напруження ФПК у терміні 20–24 тиж за рахунок збільшення рівнів естріолу і ПЛ. Раннє включення у комплексну терапію загрозливого мимовільного викиду гестагенів, антиагрегантів і антикоагулянтів призводить до адекватного функціонування ФПК і підвищення адаптаційних можливостей плода у ранній неонатальний період.

ВИСНОВКИ

Таким чином, як свідчать результати проведених досліджень, вагітність і пологи та у жінок з ендометріозом в анамнезі є досить серйозною науковою проблемою. Одним з найбільш важливих напрямків є вивчення функціонального стану фетоплацентарного комплексу та розроблення діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Плацентарная дисфункция у женщин с эндометриозом в анамнезе В.Д. Воробий

Результаты проведенных исследований показали, что беременность и роды у женщин с эндометриозом в анамнезе является достаточно серьезной научной проблемой. Одним из наиболее важных направлений остается изучение функционального состояния фетоплацентарного комплекса и разработка диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: эндометриоз, плацентарная дисфункция.

Placental dysfunction at women with an endometriosis in the anamnesis V.D. Vorobyi

Results of the lead researches have shown, that pregnancy and delivery at women with an endometriosis in the anamnesis is enough a serious scientific problem. One of the most important directions is studying a functional condition fetoplacental complex and development of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: an endometriosis, placental dysfunction.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамьян Л.В. Современные подходы к лечению эндометриоза / Л.В. Адамьян, М.В. Бобкова // Акушерство и гинекология. – 2015. – № 3. – С. 10–14.
2. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. Изд. 2 / В.П. Баскаков. – Л.: Медицина, 2009. – 240 с. Давыдов А.И. Генитальный эндометриоз / А.И. Давыдов, В.М. Пашков / Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2010. – С. 241–261.
3. Коханевич Е.В. Современные методы диагностики и лечения генитального эндометриоза / Е.В. Коханевич, С.В. Дудка, И.О. Судомо // Зб. наук. праць асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «Фенікс», 2001. – С. 340–342.
4. Antoni J. Duleba Diagnosis of endometriosis / J. Antoni // Obstet. Gynecol. Clin. – 2008. – Vol. 24. – P. 331–332.
5. Barbieri R.L. Etiology and epidemiology of endometriosis / R.L. Barbieri // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2012/ – Vol. 162, № 2. – P. 565–567.

Вагітність і пологи у жінок з міомою матки без оперативного лікування

О.В. Жовтенко

Одеський національний медичний університет МОЗ України

Отримані результати свідчать, що клінічний перебіг вагітності у неоперованих жінок з міомою матки характеризується високою частотою загрози переривання вагітності, при розмірі вузлів більше 5 см цей показник значно вище (56,8% та 31,7%). Усі інші ускладнення вагітності та пологів не залежать від розмірів вузла: плацентарна дисфункція – 31,8% та затримка розвитку плода – 9,8%. Отримані результати дозволяють науково обґрунтувати необхідність удосконалення діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: міома матки, вагітність, пологи.

Міома матки (ММ) залишається однією з найбільш поширених пухлин репродуктивної системи, які негативно впливають на перебіг вагітності та пологів [1, 2]. Останнім часом проблема поєднання ММ та вагітності набула особливої актуальності, що зумовлено зростанням частоти даної патології від 0,5–6,0% до 20% [3, 4].

Проблема стратегії та тактики ведення вагітності у жінок з ММ охоплює низку питань, пов'язаних з різноманітними аспектами консервативно-пластичної хірургії в акушерстві, оцінкою функціонального стану фетоплацентарного комплексу, методів розродження [5–7].

Наявність рубця на матці після міомектомії у вагітних, за даними низки авторів [8, 9], визначає для акушерів нові проблеми – особливості гормонального фону, що залишилися після операції та необхідність контролю за станом рубця. Не дивлячись на постійну увагу до проблеми ведення вагітності у жінок з міомою після реконструктивних операцій, залишається низка питань, що потребує доповнення та уточнення. Порівняльний аналіз результатів перебігу вагітності та пологів залежно від методики проведення реконструктивних операцій не проводили. Питання щодо критерію оцінювання спроможності рубця після реконструктивних операцій під час вагітності також підлягає подальшому вивченню. Закономірно постає питання про оптимальний метод розродження у даної групи вагітних.

Усе наведене вище стало підставою до проведення наукового дослідження, що дозволяє вирішити важливе наукове завдання сучасного акушерства.

Мета дослідження: вивчити особливості перебігу вагітності та пологів у жінок з ММ, у яких не було проведено оперативне лікування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети вивчено особливості клінічного перебігу вагітності і пологів у 266 жінок з міомою матки (в анамнезі не було оперативного

лікування), яких були розподілено на дві групи залежно від розмірів міоматозних вузлів:

1 група – 132 жінки з розмірами вузлів більше 5 см;

2 група – 134 жінки з розмірами міоматозних вузлів менше 5 см.

Як контроль (К) були обстежені 64 жінки без міоматозних вузлів.

Мінімальний вік всіх обстежених пацієнток склав 21 рік, максимальний – 47 років. Середній вік становив $31,9 \pm 5,2$ року.

У 1 групі вік варіював від 21 року до 46 років, у середньому склав $33,1 \pm 5,1$ року. У 2 групі мінімальний вік – 23 роки, максимальний – 47 років, у середньому – $32,2 \pm 4,9$ року. У контрольну групу увійшли пацієнтки віком від 21 року до 41 року, середній вік – $29,6 \pm 5,2$ року. У 1 і в 2 групах основна кількість жінок знаходилася у віковому діапазоні від 30 до 40 років, проте достовірних відмінностей від групи К нами не встановлено.

Першовагітними у 1 групі були 44 (33,6%) пацієнтки, у 2 групі – 46 (34,3%), у К групі – 22 (34,4%). У дослідженні жінок, що мають дві і більше вагітностей, було вдвічі більше у всіх групах. Так, повторновагітних у 1 групі було 98 (66,4%), у 2 групі – 88 (65,7%), у групі К – 42 (65,6%) жінки.

Кількість першонароджуючих у 1 групі становила 67 пацієнток (50,5%); у 2 групі – 72 (53,7%); у групі К – 36 (56,3%). Отримані дані свідчать, що більшість жінок з міомою матки були первородящими, але повторновагітними. У групі К кількість першо- і повторнонароджуючих була практично однаковою. Повторнонароджуючих у 1 групі було 65 (49,5%), у 2 групі – 62 (46,3%), у групі К – 28 (43,8%). Достовірних відмінностей по групах не виявлено ($p > 0,05$).

Під час аналізу супутньої екстрагенітальної патології встановлено, що в 1 групі ожиріння діагностовано в 10,9% (14 пацієнток), вегето-судинна дистонія – у 19,8% (26 пацієнток), пієлонефрит – у 14,8% (20 пацієнток). У пацієнток 2 групи ожиріння спостерігалось у 12,7% (17), пієлонефрит – у 15,7% (21), вегето-судинна дистонія – у 26,9% (36 пацієнток). У групі К пієлонефрит зустрічався в 1,7% (1), ожиріння – в 12,5% (8), вегето-судинної дистонії зареєстровано не було.

Отже, достовірно частіше у жінок з міомою матки зустрічалися вегето-судинна дистонія і пієлонефрит ($p < 0,05$).

З гінекологічного анамнезу з'ясовано, що штучне переривання вагітності в 1 групі було у 54 пацієнток (40,6%), що порівняно з групою К – 25 (39,1%), у 2 групі даний показник зустрічався частіше – в 79 (58,9%), але достовірних відмінностей нами не виявлено ($p > 0,05$).

Мимовільне переривання вагітності у 1 групі зареєстроване у 22 пацієнток (16,8%), у 2 групі – у 20 (14,9%), що порівняно з групою К – 10 пацієнток (15,6%).

Вагітність, що не розвивається, в анамнезі у 1 групі зустрічалася у 9 пацієнток (6,9%), у 2 групі – у 14 (10,4%), в групі К даного ускладнення не було. Отримані дані свідчать, що частіше вагітність, що не розвивається, зустрічалася у жінок з міомою матки порівняно з групою К ($p < 0,05$).

Позаматкова вагітність у 1 групі виявлена у 2 пацієнток (1,4%), у 2 групі – у 5 (3,7%), у групі К – у 5 (7,8%), тобто позаматкова вагітність у жінок з великим вузлом відмічена в 3 рази рідше, ніж в групі К і в 2 рази рідше, ніж у пацієнток з міома-

тозними вузлами менше 5 см. Проте, ці відмінності носили не достовірний характер ($p > 0,05$).

Антенатальна загибель плода в анамнезі у 1 групі виявлена у 2 пацієнток (1,4%), у 2 групі – вдвічі частіше – у 7 (5,0%), у групі К – у 5 (7,8%). При цьому достовірних відмінностей не виявлено ($p > 0,05$).

Таким чином, при вивченні акушерського анамнезу групи були порівнянні, не дивлячись на переважання частоти вагітності, що не розвивається – достовірно вище у жінок з міомою матки ($p < 0,05$).

В обстежених пацієнток 1 групи в анамнезі спостерігали первинне безпліддя вдвічі рази частіше, ніж у 2 групі – у 9 (5,9%) і 4 (2,9%) відповідно. Вторинне безпліддя частіше спостерігалось також у 1 групі, ніж у 2 групі – у 8 (4,9%) і 4 (2,9%) відповідно. У групі К первинне безпліддя зустрічалось у 2 (3,1%) жінок, вторинного безпліддя зареєстровано не було. Достовірних відмінностей між групами не виявлено ($p > 0,05$).

Хронічний ендометрит у групах, що вивчаються, зустрічався з порівняною частотою. У 1 групі хронічний ендометрит відзначено у 4 (2,9%) жінок, у 2 групі – у 3 (2,2%), в контрольній – в 1 (1,6%), тобто достовірних відмінностей не було ($p > 0,05$).

Сальпінгоофорити у всіх групах спостерігали з порівняною частотою. Так, дана патологія у 2 групі відмічена в 11,2% (15 пацієнток), у 1 групі – в 8,9% (12 жінок), в К групі – в 7,8% (5 пацієнток). Достовірних відмінностей між групами нами не виявлено ($p > 0,05$).

Ендоцервікоз шийки матки у досліджуваних групах наголошували з порівняною частотою. У 1 групі – в 14,6% (19 пацієнток), у 2 групі – в 17,2% (23 жінок), в К групі – в 12,5% (8 жінок) ($p > 0,05$), тобто, достовірних відмінностей між групами за гінекологічними захворюваннями в анамнезі не спостерігали ($p > 0,05$).

На особливу увагу заслуговує характеристика міоматозних вузлів. Так, їхня кількість в обстежених жінок 1 групи варіювала від 2 до 9, в середньому склало $2,35 \pm 0,56$; у жінок 2 групи – від 2 до 8, в середньому – $2,42 \pm 0,68$.

Максимальний розмір вузлів у жінок 1 групи склав 21 см в діаметрі, в середньому $6,87 \pm 2,69$ см.

У 1 групі міома матки діагностована до вагітності у 61 пацієнтки (46,5%), в 2 – в 74 (55,2%). В 53,5% (71 пацієнтка) 1 і в 44,8% (60 пацієнток) 2 групи міому матки вперше виявлено під час даної вагітності. Достовірних відмінностей по групах не виявлено ($p > 0,05$).

Субсерозну міому матки реєстрували в 1 групі у 52 жінок (39,6%), у 2 групі – в 55 (41%). Субсерозно-інтрамуральну у 1 групі виявлено у 80 пацієнток (60,4%), у 2 групі – у 79 (59%), тобто без достовірних відмінностей ($p > 0,05$).

Залежно від розташування міоматозних вузлів по відношенню до подовжньої осі матки було виявлено, що на дні матки міома розташовувалась у 27 жінок (20,8%) 1 групи і у 35 (26,1%) – 2 групи; в області тіла матки – у 90 (68,3%) жінок 1 групи і у 89 (66,4%) – 2 групи; в області перешийка (нижній сегмент) у 14 вагітних (10,9%) 1 групи і у 10 (7,5%) – 2 групи. Достовірних відмінностей по розташуванню міоматозних вузлів серед пацієнток досліджуваних груп нами не було виявлено ($p > 0,05$).

У 42 пацієнток (31,7%) 1 групи і в 45 (33,6%) – 2 групи міоматозні вузли протягом вагітності залишалися без динаміки або збільшували свої розміри менш ніж на 10% вихідного розміру. У 1 групі у 90 жінок (68,3%) і в 89 (66,4%) 2 групи – міоматозні вузли збільшили свої розміри більш ніж на 10% від початкових розмірів, причому достовірних відмінностей за групами не виявлено ($p > 0,05$).

У 1 групі у 41,6% (55 вагітних) і у 46,3% (62) 2 групи групи плацента розташовувалась в проекції міоматозного вузла. Достовірно даний показник між групами не відрізнявся ($p > 0,05$).

Резюмуючи показники за критеріями (вік, антропометричні дані, акушерський і гінекологічний анамнез), необхідно зазначити, що досліджувані групи були порівнянні. Проте у жінок з міомою матки вегето-судинна дистонія і піелонефрит зустрічались достовірно частіше, ніж у групі контролю.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, функціональні, лабораторні, морфологічні та статистичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Отримані результати свідчать, що у 1 групі фізіологічний перебіг вагітності зареєстрований лише у 25 пацієнток (18,9%), у 2 групі – в 29 (20,9%), а в групі К – в 15 (23,4%). Отже, достовірно частіше за ускладнення вагітності зустрічались у пацієнток з ММ з розмірами вузла більше 5 см ($p < 0,05$).

При аналізі перебігу вагітності в нашому дослідженні таке ускладнення, як загрозований викидень I половини вагітності, відмічено у 44 (33,3%) пацієнток 1 групи. У 2 групі спостерігалась аналогічна ситуація: у 47 пацієнток (33,8%). У групі К дане ускладнення зустрічалось у 22 пацієнток (34,4%). Достовірних відмінностей нами не виявлено ($p > 0,05$).

У нашому дослідженні загрозові передчасні пологи були найчастішим ускладненням вагітності. Дане ускладнення було зареєстроване у термін від 27 до 33 тиж вагітності. У 1 групі дана патологія зустрічалась у 56,8% (75 пацієнток), в 2 – в 31,7% (44 пацієнток), в групі К – в 31,3% (20 пацієнток). З приводу цього ускладнення 60,3% жінок 1 групи, 59,1% 2 групи і 60,0% пацієнток групи К знаходилися на амбулаторному лікуванні, при цьому їм проводилась загальноприйнята терапія. Отже, загрозові передчасні пологи вдвічі частіше відмічено у пацієнток з розмірами вузла більше 5 см, ніж у жінок з розмірами менше 5 см і в групі контролю. Отримані дані мали достовірні відмінності ($p < 0,05$) у пацієнток 1 групи в порівнянні з пацієнтками 2 і К груп. Тобто, при поєднанні ММ розмірами більше 5 см збільшується ризик розвитку загрозованих передчасних пологів, проте жоден випадок загрози в нашому дослідженні не реалізувався саме в передчасних пологах. Можливо, мала місце гіпердіагностика, оскільки жодного випадку передчасних пологів не сталося, всі пацієнтки всіх груп доносили вагітність до 38 тиж і більше.

Одним з ранніх ускладнень вагітності є ранній токсикоз. Частота даного ускладнення у популяції складає від 2% до 3%. У нашому дослідженні це ускладнення в 1 групі реєстрували у 20 пацієнток (15,1%). У 2 групі дане ускладнення перебігу вагітності зустрічалось трохи рідше – у 15 пацієнток (10,8%), а в групі К – у 23 пацієнток (35,9%). Таким чином, ранній токсикоз вагітності достовірно частіше

зустрічався у пацієнок без міоми матки ($p < 0,05$). У нашому дослідженні був зареєстрований ранній токсикоз лише легкого ступеня тяжкості. У жодної пацієнтки не було необхідності переривання вагітності у зв'язку з тяжкістю раннього токсикозу, що дозволило укласти відсутність впливу ММ на його розвиток.

У дослідженні ми спостерігали прееклампсію лише легкого ступеня в групах з порівняною частотою – відмінності складали від 1% до 7% ($p > 0,05$). У 1 групі дане ускладнення зустрічалося у 27 пацієнок (20,5%), в 2 групі – у 33 пацієнок (23,7%), а в групі К – у 10 пацієнок (15,6%). Достовірних відмінностей між групами по даному ускладненню нами не виявлено ($p > 0,05$). Таким чином, не встановлена залежність ММ і частоти виникнення прееклампсії.

Гестаційна анемія, як ускладнення вагітності у III триместрі, у дослідженні зустрічалася лише легкого ступеня тяжкості: у пацієнок 1 групи спостерігалася у 38 пацієнок (28,8%), у 2 групі дане ускладнення відмічено з порівняною частотою – у 36 пацієнок (25,9%), а в групі К – лише у 5 пацієнок (7,8%). Дані відмінності були достовірні ($p < 0,05$), тобто анемія під час вагітності у жінок з ММ зустрічалася в 3,5 разу частіше. Слід зазначити, що дане ускладнення підтверджується кореляційним аналізом змінних карт під час вступу пацієнок в стаціонар, але вдвічі рідше, ніж за даними медичної документації. Можливо, це пов'язано з тим, що всі пацієнтки з виявленою анемією під час вагітності отримували загальноприйнятну антианемічну терапію.

На підставі результатів ехографічного дослідження і доплерометрії проведена оцінка стану фетоплацентарного комплексу і стану плодів у пацієнок з ММ і без неї в III триместрі вагітності.

ПД зустрічалася в 3 рази частіше у жінок з ММ, незалежно від її розмірів. Так, у пацієнок 1 групи це ускладнення спостерігалася в 31,8% (42 пацієнтки), 2 групі – в 28,8% (40 пацієнок), групи К – в 10,9% (7 пацієнок), тобто, достовірно частіше ($p < 0,05$) ПД відмічена у пацієнок 1 і 2 груп в порівнянні з групою К.

ЗРП в нашому дослідженні в 1 групі зустрічалася у 13 пацієнок (9,8%), що відповідало даним в 2 групі – у 15 пацієнок (10,8% випадків). У групі К ЗРП спостерігалася лише у 1 пацієнтки (1,6%), що в 5 разів рідше, ніж у жінок з ММ. Отже, ЗРП, як наслідок ПД, достовірно частіше ($p < 0,05$) зустрічалася у пацієнок з ММ в порівнянні з групою контролю.

Усі пацієнтки всіх груп отримували загальноприйнятну терапію, направлену на поліпшення матково-плацентарного кровотоку.

Маловоддя за даними УЗД в III триместрі в 1 групі відмічене у 9 пацієнок (6,8%), в 2 – у 3 пацієнок (2,2%), в К – у 7 пацієнок (10,9%). Достовірне рідше дане ускладнення зареєстровано у пацієнок 2 групи в порівнянні з 1 і К групою ($p < 0,05$). Достовірних відмінностей між 1 і групою К по даному ускладненню нами не було виявлено ($p > 0,05$).

Багатоводдя за даними УЗД в III триместрі у пацієнок 1 групи зустрічалося в 6,8% (9 пацієнок), в 2 групі дане ускладнення відмічене практично з однаковою частотою – в 7,9% (11 пацієнок), в групі контролю – в 4,7% (3 пацієнтки). Достовірних відмінностей між групами не виявлено ($p > 0,05$).

Таким чином, в нашому дослідженні взаємозв'язку між ММ і такими ускладненнями вагітності як маловоддя і багатоводдя нами не виявлене.

При оцінці кореляції між ПД і ЗРП, що реєструються за даними УЗІ в III триместрі, був встановлений кореляційний зв'язок у пацієнок з міомою матки.

Відзначимо, що реалізувалася ПД в ЗРП плода в 1 групі в 6,8% випадків (9 новонароджених), в 2 – в 8,9% (12 новонароджених), в групі контролю – в 4,7% випадків (3 новонароджених).

Таким чином, можна зробити висновок про вплив ММ на перебіг вагітності. Загрозливі передчасні пологи вдвічі частіше відмічені у пацієнок з розмірами вузла більше 5 см, ніж у жінок з розмірами менше 5 см, і в групі контролю. Тобто, при поєднанні ММ розмірами більше 5 см збільшується ризик розвитку загрозливих передчасних пологів, але жоден випадок загрози передчасних пологів в нашому дослідженні не реалізувався саме в передчасні пологи, що може бути пов'язане з гіпердіагностикою даного ускладнення. ПД за нашими даними спостерігалася в 3 рази частіше у жінок з ММ, незалежно від її розмірів, ЗРП в 5 разів, проте реалізувалася менш ніж в половині виявлених випадків. На четвертому місці по частоті розвитку ускладнень вагітності у жінок з ММ знаходиться гестаційна анемія, яка зустрічалася в 3,5 разу частіше, ніж в групі контролю. Нами не виявлено залежності ММ і частоти виникнення гестозів і токсикозу, маловоддя і багатоводдя. За нашими даними, частота некрозу вузла розмірами більше 5 см спостерігалася в 4,9%. За наявності міоми менше 5 см даного ускладнення не було.

Також в нашому дослідженні наявність міоми матки не спровокувала жодного випадку перинатальних втрат, жодного випадку передчасного відшарування плаценти і жодного випадку декомпенсованих форм ПД.

Усі пацієнтки досліджуваних груп були розроджені шляхом кесарева розтину після 38 тижнів. У всіх групах виконувалося планове оперативне розродження. У 1 групі показаннями для операції слугувала множинна ММ. В групі контролю показаннями до операції були наступні: тазове передлежання плода 43,8% (28), рубець на матці 42,2% (27), міопія високого ступеня 14,1% (9). У 2 групі: тазове передлежання плода 38,1% (51), рубець на матці 46,3% (62), міопія високого ступеня 13,4% (18), стан після перелому кісток тазу 2,2% (3).

Пацієнтки усіх груп були оперовані під ендотрахеальним наркозом або спинно-мозковою анестезією.

У дослідженні об'єм крововтрати під час операції у пацієнок 1 групи варіював в межах від 500 до 2000 мл, в середньому склав $798,5 \pm 217,1$ мл, що склало 0,99% маси тіла вагітних. У пацієнок 2 групи мінімальний об'єм крововтрати був 500 мл, максимальний – 1200 мл, в середньому – $695,3 \pm 139,6$ мл, тобто 0,86% маси тіла вагітної. У групі К об'єм крововтрати варіював від 500 мл до 1000 мл, в середньому склав $624,219 \pm 77,14$ мл (0,7% маси тіла). Достовірно більше крововтрата відмічена у пацієнок 1 і 2 групи в порівнянні з групою контролю ($p < 0,05$).

У 1 групі крововтрата більше 0,7% маси тіла зареєстрована лише у 21 пацієнтки (15,9%), в 2 – у 7 пацієнок (5,2%), в групі контролю – не зареєстрована, тобто в 1 і 2 групах було достовірно більше жінок, що мають крововтрату більше 0,7% маси тіла ($p < 0,05$).

Було виявлено, що розміри вузла в першій групі позитивно корелюють з об'ємом крововтрати під час операції ($r = +0,7$ – сильний зв'язок).

При гравіметричному методі оцінювання крововтрати, який ми застосовували в нашому дослідженні, вираженої недооцінки крововтрати не було, що підтверджується кореляційним аналізом об'єму крововтрати і рівня гемоглобіну після оперативного розродження.

Тривалість операції у пацієток першої групи коливалася від 75 до 165 хв, в середньому склала $63,3 \pm 23,4$ хв. У пацієток 2 групи операція продовжувалася від 60 до 210 хв, в середньому тривала $55,6 \pm 16$, в. Мінімальний час операції у пацієток групи контролю – 30 хв, максимальний – 65 хв, у середньому операція продовжувалася $39,9 \pm 6,8$ хв.

Таким чином, достовірно відрізнялися об'єм крововтрати і тривалість операції у пацієток 1 і 2 груп в порівнянні з групою контролю ($p < 0,05$), що можна пояснити збільшенням об'єму операції, що проводиться.

У 7 пацієток (5,3%) 1 групи і у 1 пацієтки (0,7%) 2 групи у зв'язку з гіпотонічною кровотечею під час операції була вироблена перев'язка внутрішніх клубових, яєчникових і маткових артерій. У однієї пацієтки першої групи було потрібно накладення компресійних швів на матку. У 8 жінок (6,1%) 1 групи і в 1 (0,7%) 2 групи у зв'язку з недостатністю гемостазу при ушиванні ложа міоматозного вузла виконана перев'язка маткових і яєчникових артерій. У третій групі даних ускладнень не було.

У нашому дослідженні не було екстирпації і надпихових ампутацій.

Усім жінкам дренування черевної порожнини проведено синтетичною дренажною трубкою діаметром 1 см через операційну рану.

Додатково у 7 пацієток 1 групи і в 1 з 2 групи дренування черевної порожнини проводили синтетичною дренажною трубкою діаметром 1,5 см через контрапертуру. Дренування подопоневротичного простору пацієткам усіх груп виконано гумою рукавички через операційну рану.

10 пацієткам (7,6%) 1 групи і 4 пацієткам (2,9%) 2 групи проводили переливання свіжозамороженої плазми. Також 3 пацієткам (2,3%) 1 групи і 1 (0,7%) 2 групи – переливання еритроцитарної маси. У групі контролю переливання компонентів крові не було потрібно.

Таким чином, проведення консервативної міомектомії під час кесарева розтину призводить до збільшення тривалості операції і збільшення об'єму крововтрати ($p < 0,05$). Також збільшується частота масивних крововтрат (більше 0,7% маси тіла). Так, в 1 групі масивна крововтрата зареєстрована в 15,9% (21 пацієтка), в 2 – в 5,2% (7 пацієток). Розширення об'єму операції призводить до збільшення частоти переливань компонентів крові, вживання додаткових методик по зменшенню крововтрати (накладення компресійних швів на матку, перев'язка яєчникових, маткових і внутрішніх клубових артерій).

З метою профілактики тромбоемболічних ускладнень усі жінки були активізовані через 6 год після операції.

Тривалість перебування в стаціонарі пацієток першої групи, в середньому, склала $7,2 \pm 1,3$ днів. Пацієтки 2 групи, в середньому, знаходилися в стаціонарі $6,9 \pm 1,5$ днів. Тривалість госпіталізації в групі контролю – $6,9 \pm 0,5$ днів, тобто, тривалість перебування пацієток в стаціонарі після операції між групами достовірно не відрізнялася ($p > 0,05$).

У післяопераційний період підвищення температури тіла в першу добу після операції спостерігали у 20 пацієток (15,1%) першої, в 21 (15,7%) 2 групи і в 9 (14%) групи К. Достовірно значущих відмінностей між групами за даним ускладненням виявлено не виявлено ($p > 0,05$).

Антибіотикопрофілактику проводили усім пацієткам одноразово інтраопераційно: цефалоспорины III покоління в 68,2%, фторхінолони у поєднанні з метронідазолом в 28,4% і фторхінолони в 3,3%.

Не було виявлено післяопераційних ускладнень у жодної жінки. В жодній з пацієток післяопераційний період не був ускладнений внутрішньочеревною кровотечею, виникненням між'язових гематом унаслідок неспроможності швів. Ми пов'язуємо даний факт з оптимізацією техніки консервативної міомектомії під час проведення кесарева розтину.

Не дивлячись на розширення об'єму операції, збільшення тривалості операції, а також збільшення об'єму крововтрати, післяопераційний період перебігав без ускладнень, за винятком анемії, яка викликана об'ємом крововтрати.

Консервативна міомектомія здійснює, не призводить до виражених катастрофічних наслідків, не вимагає проведення тривалої протизапальної терапії, що підтверджується відсутністю запального процесу за даними лабораторного дослідження, відсутністю післяопераційних ускладнень, відсутністю збільшення температури тіла до фібрильних цифр, а також тривалістю перебування у стаціонарі.

ВИСНОВКИ

Отримані результати свідчать, що клінічний перебіг вагітності у неоперованих жінок з міомою матки характеризується високою частотою загрози переривання вагітності, при цьому при розмірі вузлів більше 5 см цей показник значно вище (56,8% та 31,7%). Усі інші ускладнення вагітності та пологів не залежать від розмірів вузла: плацентарна дисфункція – 31,8% та затримка розвитку плода – 9,8%. Отримані результати дозволяють науково обґрунтувати необхідність удосконалення діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Беременность и роды у женщин с миомой матки без оперативного лечения О.В. Жовтенко

Полученные результаты свидетельствуют, что клиническое течение беременности у неоперированных женщин с миомой матки характеризуется высокой частотой угрозы прерывания беременности, при размере узлов больше 5 см этот показатель значительно выше (56,8% и 31,7%). Все другие осложнения беременности и родов не зависят от размеров узлов: плацентарная дисфункция – 31,8% и задержка развития плода – 9,8%. Полученные результаты позволяют научно обосновать необходимость усовершенствования диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: миома матки, беременность, роды.

Pregnancy and childbirth at women with myoma of uterus without operative treatment
O.V. Zhovtenko

The received results testify that the clinical current of pregnancy at not operated women with a uterus myoma is characterised by high frequency of threat of interruption of pregnancy, at the size of knots 5 sm this indicator considerably above (there are more than 56,8% and 31,7%). All other complications of pregnancy and labours do not depend on the sizes of knots: placental dysfunction – 31,8% and a fetus arrest of development – 9,8%. The received results allow to prove scientifically necessity of improvement of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: uterus myoma, pregnancy, childbirth.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вихляева Е.М. О стратегии и тактике ведения больных с миомой матки / Е.М. Вихляева // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2014. – № 3. – С. 21–23.
2. Влияние объема и доступа при гистеректомии на психоэмоциональное состояние женщин / Л.В. Адамян, С.И. Аскольская, Т.А. Кудрякова [и др.] // Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – М., 2015. – С. 178–186.
3. Кирющенко А.П. Миома матки / А.П. Кирющенко // Врач. – 2006. – С. 2–5.
4. Брехман Г.И. Миома матки: психосоматические аспекты, консервативное лечение и профилактика / Г.И. Брехман, Б.Ф. Мазорчук. – М., 2006. – 220 с.
5. Фролова И.И. Лейомиома матки: морфология и вопросы этиопатогенеза / И.И. Фролова // Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии. – 2014. – Т. 3, № 4. – С. 76–79.
6. Цой А.С. Лапароскопическая консервативная миомэктомия / А.С. Цой // Проблемы репродукции. – 2015. – № 2. – С. 26–28.
7. Євдокимова В.В. Профілактика і діагностика тромботичних ускладнень після гінекологічних операцій у хворих з антифосфоліпідним синдромом: дис ... канд. наук : спец. 14.01.01 / В.В. Євдокимова. – К., 2008. – 157 с.
8. Samsioe G. Medical and surgical strategies for treating urogynecological disorders / G. Samsioe // Int. J. Fertil. – 2013. – Vol. 41. – P. 135–141.
9. Васильченко Н.П. Лечение больных миомой матки и его эффективность / Н.П. Васильченко, В.Н. Фириченко // Акушерство и гинекология. – 2015. – № 2. – С. 7–10.

УДК 618.56:616-008.9:616-053.31

**Тактика ведення жінок з дистресом
плода на фоні плацентарної дисфункції
у жінок з патологічною прибавкою
маси тіла**

Т.М. Кваскова

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Результати проведених досліджень свідчать про ефективність запропонованих лікувально-профілактичних заходів у жінок з надлишковою масою тіла, у тому числі і при метаболічному синдромі. Методика є простою, загальнодоступною і може знайти широке застосування в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: плацентарна дисфункція, дистрес плода, патологічна прибавка маси тіла.

Проблема дистрес-синдрому плода є однією з найбільш важливих в сучасному акушерстві у зв'язку з постійно зростаючою частотою за відсутності істотного зниження перинатальних втрат [1–7]. Серед основних причин такої тенденції виділяють наступні: збільшення частоти екстрагенітальної патології, початкових дисгормональних порушень, хронічне інфікування тощо [1, 3].

Особливу групу ризику щодо розвитку плацентарної дисфункції складають жінки з соматичною захворюваністю. Останнім часом в структурі екстрагенітальної патології особливе місце займають різні ендокринопатії, основним варіантом яких є метаболічний синдром (МС), що характеризується поєднанням гіперінсулінемії, первинної артеріальної гіпертензії, дисліпідемії, ожиріння і полікістозних яєчників, які часто взаємозв'язані і доповнюють один одного [1–7]. В той же час, вагітні жінки з МС мають підвищений ризик розвитку різних акушерських і перинатальних ускладнень, а існуючі лікувально-профілактичні заходи не завжди ефективні.

Не дивлячись на значну кількість наукових публікацій з проблеми дистрес-синдрому плода у жінок з соматичною захворюваністю, не можна вважати її повністю вирішеною, особливо в плані тактики ведення таких жінок під час вагітності і при розродженні.

Усе наведене вище є підставою до проведення даного наукового дослідження, що дозволяє вирішити важливе наукове завдання сучасного акушерства.

Мета дослідження: зниження частоти перинатальних ускладнень у жінок з МС на основі вивчення в них клініко-ехографічних, біохімічних та ендокринологічних особливостей, а також удосконалення комплексу діагностичних лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети й завдань нами були обстежені 150 жінок, яких було розподілено на такі групи й підгрупи:

Перша група – 60 жінок з порушенням жирового обміну, які отримували загальноприйнятті лікувально-профілактичні заходи, з яких:

- підгрупа 1.1 – 20 жінок з індексом маси тіла (ІМТ) від 30,0 до 40,0, які не мали ознак метаболічного синдрому (МС);
- підгрупа 1.2 – 20 жінок з ІМТ від 30,0 до 40,0 та встановленим МС;
- підгрупа 1.3 – 20 жінок з встановленим МС та ІМТ > 40,0.

Друга група – 60 жінок з порушенням жирового обміну, які отримували запропоновані лікувально-профілактичні заходи, з яких:

- підгрупа 2.1 – 20 жінок з індексом маси тіла (ІМТ) від 30,0 до 40,0 без ознак МС;
- підгрупа 2.2 – 20 жінок з ІМТ від 30,0 до 40,0 та встановленим МС;
- підгрупа 2.3 – 20 жінок з встановленим МС та ІМТ > 40,0.

Контрольна група – 30 жінок без екстрагенітальної патології, які народили вперше.

Критерії включення пацієнток у дослідження:

- аліментарно-конституціональне ожиріння;
- ІМТ > 30.

Критерії виключення пацієнток:

- цукровий діабет;
- захворювання щитовидної залози;
- ендокринний генез ожиріння (підтверджений лікарем-ендокринологом);
- вживання медикаментів, що впливають на вуглеводний і жировий обмін;
- грубі порушення неврологічного статусу;
- хронічна серцева недостатність.

Критерії виявлення компонентів метаболічного синдрому:

- ожиріння – ІМТ > 30 кг/м²;
- інсулінорезистентність – значення індексу Саго < 0,33;
- гіпер- та дисліпідемія – рівень у сироватці крові: тригліцеридів (ТГ) > 2,0 ммоль/л; загального холестерину (ЗХ) > 5 ммоль/л; ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) – > 55 ммоль/л і ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) < 1 ммоль/л;
- артеріальна гіпертензія – систолічний артеріальний тиск > 140 мм рт. ст. та/або діастолічний артеріальний тиск > 90 мм рт. ст.

Загальноприйнятті лікувально-профілактичні заходи полягали у використанні дієтотерапії, метаболічної терапії, корекції мікроциркуляції, комплексів вітамінів і мікроелементів [1].

Відмінною рисою застосування запропонованого нами комплексу лікувально-профілактичних заходів було додаткове використання під час вагітності фітопрепаратів, що корегують ліпідний обмін та метаболізм.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що частота плацентарної дисфункції залежить від ІМТ і наявності метаболічного синдрому:

- від 25,0% за відсутності метаболічного синдрому;
- до 40,0% за наявності компенсованого метаболічного синдрому;
- до 50,0% – при декомпенсованому метаболічному синдрому.

Плацентарна дисфункція у пацієнток з метаболічним синдромом починається з 28–32 тиж вагітності і характеризується значним рівнем ехографічних змін (80,0%) з переважанням патологічних змін з боку плаценти (30,0%); затримки внутрішньоутробного розвитку (30,0%) і зміни об'єму навколо плодових вод (20,0%).

Дисгормональні зміни при плацентарній дисфункції у жінок з метаболічним синдромом починаються з 28–32 тиж вагітності і виявляються достовірним зниженням вмісту естріолу, прогестерону, пролактину, плацентарного лактогену і хоріонічного гонадотропіну ($p < 0,05$) при одночасному збільшенні вмісту кортизолу ($p < 0,05$).

Наявність метаболічного синдрому негативно впливає на стан гемодинаміки у фетоплацентарному комплексі, що діагностується доплерометрично у 32–36 тиж вагітності у вигляді посилення кровотоку в артерії пуповини і маткових артеріях ($p < 0,05$) при одночасному зниженні кровотоку в середньомозковій артерії плода ($p < 0,05$).

Кардіокографічні прояви плацентарної дисфункції у пацієнток з метаболічним синдромом діагностуються лише напередодні розродження – збільшується базальна ЧСС, її варіабельність, тривалість акцелерацій, а також з'являються децелерації з високою глибиною і тривалістю.

Наявність плацентарної дисфункції у жінок з метаболічним синдромом призводить до несприятливих перинатальних результатів розродження – сумарні перинатальні втрати складають 54,5%, причому інтранатальна загибель плоду складає 18,2% і постнатальна – 36,4%. Частота постгіпоксичної енцефалопатії (5,0–20,0%) і реалізації внутрішньоутробного інфікування (5,0–15,0%) збільшується у міру підвищення індексу маси тіла і наявності метаболічного синдрому.

Використання запропонованого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів дозволяє зменшити частоту плацентарної дисфункції (з 53,3% до 33,3%) і рівень перинатальних втрат (з 54,5% до 17,2%).

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про ефективність запропонованих лікувально-профілактичних заходів у жінок з надлишковою масою тіла, у тому числі і при метаболічному синдромі. Методика є простою, загальнодоступною і може знайти широке застосування в практичній охороні здоров'я.

Тактика ведения женщин с дистрессом плода на фоне плацентарной дисфункции у женщин с патологической прибавкой массы тела

Т.Н. Кваскова

Результаты проведенных исследований свидетельствуют об эффективности предлагаемых лечебно-профилактических мероприятий у женщин с избыточной массой тела и метаболическим синдромом. Методика является простой, общедоступной и может найти широкое применение в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: плацентарная дисфункция, дистресс плода, патологическая прибавка массы тела.

Tactics of conducting women with distress of fetus against placental dysfunction at women with a pathological increase of weight of body

T.M. Kvaskova

Results of the spent researches testify to efficiency of offered treatment-and-prophylactic actions at women with superfluous weight of a body and a metabolic syndrome. The technique is idle time, popular and wide application in practical public health services can find.

Key words: placental dysfunction, distress of fetus, pathological increase of weight of body.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адашева Т.В. Метаболический синдром X / Т. В. Адашева, О.Ю. Демичева // Лечащий врач. – 2013. – № 10. – С. 24–28.
2. Grundy S. M. Metabolic Syndrome and Cardiovascular Disease / S.M. Grundy // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2008. – Vol. 89. – P. 2595–2600.
3. Обмен веществ через призму метаболического синдрома / Байрамчуков Ф.Н., Булгакова А.Д., Куреленкова М.Е. [и др.] // Терапевтический архив. – 2009. – № 12. – С. 24–26.
4. Ackroff K. Effects of the lipase inhibitor orlistat on intake and preference for dietary fat in rats / K. Ackroff, A. Sclafani // Am. J. Physiol. – 2011. – Vol. 271. – P. 48–54.
5. Alberti K. G. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation / K.G. Alberti, P.Z. Zimmet // Diabet Med. – 2008. – Vol. 15 (7). – P. 539–553.
6. Production of plasminogen activator inhibitor 1 by human adipose tissue: possible link between visceral fat accumulation and vascular disease / Alessi M.C., Perietti F., Morange P. [et al.] // Diabetes. – 2011. – Vol. 46 (5). – P. 860–870.
7. Atorvastatin and simvastatin reduce elevated cholesterol in non-insulin dependent diabetes / Best J., Nicholson G.O., Neal [et al.] // Diabetes Nutr. Metab. – 2010. – Vol. 9. – P. 74–80.

УДК [618.2+618.4]-03-058

Плацентарная дисфункция при высоком риске интраамниального инфицирования и изменении объема околоплодных вод

И.Д. Кондратенко

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что родоразрешение женщин с высоким риском внутриутробного инфицирования сопровождается высокой частотой перинатальной патологии вследствие значительного уровня нарушений в системе мать–плацента–плод, причем сочетанного генеза. Учитывая недостаточную эффективность общепринятых лечебно-профилактических мероприятий, нами предложена новая методика коррекции плацентарной дисфункции у женщин этой группы. Полученные клинические, функциональные, лабораторные, микробиологические и вирусологические результаты подтверждают высокую эффективность данной методики, что дает нам право рекомендовать ее для широкого использования в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: внутриутробное инфицирование, плацентарная дисфункция, коррекция.

Ведущая роль внутриутробных инфекций среди причин неблагоприятных перинатальных исходов определила характер актуальности изучения этой проблемы [3]. Наличие у беременной женщины очага инфекции всегда является фактором риска для развития изменений объема околоплодных вод, патологических состояний плода, инфекционных заболеваний, плацентарной дисфункции (ПД), мертворождений, невынашивания, врожденных пороков и др. [1, 2].

Учитывая неспецифичность клинических проявлений интраамниальной инфекции и внутриутробного инфицирования во время беременности, их диагностика в большинстве случаев затруднена и возможна лишь в результате сочетания клинико-лабораторных и функциональных методов исследования. Кроме инфекционного фактора, основными патогенетическими механизмами нарушения состояния плода при внутриутробном инфицировании являются дисфункция фетоплацентарного комплекса и нарушения иммунной системы матери и плода, а также изменения микробиоценоза половых путей [1–4]. Очень важным моментом является изменение этиологии интраамниального инфицирования с преобладанием в последние годы грибковой инфекции, что вызывает определенные трудности при проведении лечебно-профилактических мероприятий [1, 3].

Несмотря на значительное число научных сообщений по проблеме ПД и внутриутробного инфицирования, нельзя считать все вопросы полностью решенными. На наш взгляд, в первую очередь это касается возможности использования эффективности коррекции комплекса мать–плацента–плод при высоком риске внутриутробного инфицирования. Все изложенное выше свидетельствует об актуальности выбранного научного направления.

Цель исследования: снижение частоты перинатальной патологии у женщин с высоким риском внутриутробного инфицирования на основе изучения особенностей функционального состояния фетоплацентарного комплекса, системного иммунитета и микробиоценоза половых путей, а также усовершенствование и внедрение комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с поставленной целью нами было обследовано 150 пациенток, среди которых 100 – с высоким риском внутриутробного инфицирования, которые были разделены на следующие группы:

I группа – 50 женщин с высоким риском внутриутробного инфицирования, получавших общепринятые лечебно-профилактические мероприятия;

II группа – 50 женщин с высоким риском внутриутробного инфицирования, получавших лечение по предлагаемой нами методике.

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

К основным факторам риска внутриутробного инфицирования еще до беременности мы относили, согласно последних рекомендаций литературы [2], следующие: наличие урогенитальной инфекции; хронические воспалительные процессы почек и репродуктивной системы; репродуктивные потери в анамнезе инфекционного генеза.

Общепринятые лечебно-профилактические мероприятия включали в себя использование по показаниям антибактериальных препаратов; комплексов витаминов и микроэлементов; средств, улучшающих микроциркуляцию (курантил, трентал, компламин); иммунокорректирующую терапию и, по показаниям, противовирусную терапию [1].

Отличительными особенностями предлагаемой нами методики является применение препаратов для метаболической и фитотерапии с коррекцией микробиоценоза половых путей препаратом в сочетании с антибактериальной и противовирусной терапией (только по показаниям).

В комплекс проведенных исследований были включены клинические, функциональные, микробиологические, вирусологические и статистические методы исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основными факторами риска внутриутробного инфицирования являются: урогенитальная инфекция до беременности (60,0%); хронические воспалительные процессов репродуктивной системы (38,0%) и почек (20,0%), а также репродуктивные потери инфекционного генеза: невынашивание, преждевременные или срочные роды мертвым плодом (22,0%).

Течение беременности у женщин с высоким риском внутриутробного инфицирования характеризуется высокой частотой ПД с изменением объема околоплодных вод (82,0%), в структуре которой преобладают компенсированная (58,5%) и субкомпенсированная формы (34,1%), а также значительным уровнем гестационной анемии (52,0%), обострения урогенитальной инфекции (32,0%), нарушения микробиоценоза половых путей (30,0%) и преэклампсии (18,0%).

Родоразрешение женщин с высоким риском внутриутробного инфицирования сопровождается высокой частотой преждевременных родов (10,0%), преждевременного разрыва плодных оболочек (34,0%), аномалий родовой деятельности (26,0%), дистресс-плода (18,0%) и акушерских кровотечений (12,0%), что приводит к значительному уровню родовозбуждений и родовывываний (22,0%), а также кесаревых сечений (28,0%).

Перинатальные исходы родоразрешения патология при высоком риске внутриутробного инфицирования характеризуются высокой частотой задержки развития плода по асимметричной форме (60,0%); интранатальной асфиксии (34,0%), интраамниального инфицирования (22,0%), постгипоксической энцефалопатии (26,0%), геморрагического синдрома (8,0%) и гипербилирубинемии (8,0%), что приводит к значительному уровню перинатальных потерь (40,0%).

Изменения в фетоплацентарном комплексе при высоком риске внутриутробного инфицирования сопровождаются значительным уровнем нарушений со стороны функционального состояния плода – изменения сердечного ритма (16,0%), дыхательной (20,0%) и двигательной активности плода (26,0%), а также его тонуса (10,0%); плаценты – преждевременное созревание плаценты с одновременной патологией миометрия в зоне плацентации (28,0%) и сочетания истончения плаценты с опережением созревания (10,0%), объема околоплодных вод (мало- (38,0%) и многоводия (32,0%); на фоне выраженных гемодинамических (усиление кровотока в артерии пуповины и в маточных артериях при одновременном снижении в среднемозговой артерии) и эндокринологических (снижение содержания эстриола, прогестерона, хорионического гонадотропина и плацентарного лактогена на фоне увеличения уровня кортизола) нарушений.

Состояние микробиоценоза половых путей у женщин с высоким риском внутриутробного инфицирования характеризуется на протяжении гестационного периода прогрессирующим снижением количества лактобацилл (с 80,0% до 48,0%), бифидобактерий (с 62,0% до 40,0%) и молочнокислых стрептококков (с 40,0% до 30,0%) на фоне одновременного роста уровня штаммов стафилококка (с 40,0% до 80,0%) и других микроорганизмов (уреа- и микоплазмы, хламидии, эшерихии и протей).

Использование усовершенствованной нами лечебно-профилактической методики позволяет снизить частоту ПД в 2,1 раза, задержки развития плода – 1,9 раза, обострений урогенитальной инфекции во время беременности – в 2,0 раза, бактериального вагиноза – в 2,1 раза, преждевременных родов – в 2,5 раза, аномалий родовой деятельности – в 1,9 раза, дистресс-плода – в 2,3 раза, интранатальной асфиксии – в 2,1 раза, интраамниального инфицирования – в 2,2 раза и перинатальных потерь – в 2,0 раза.

ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, родоразрешение женщин с высоким риском внутриутробного инфицирования сопровож-

дается высокой частотой перинатальной патологии вследствие значительного уровня нарушений в системе «мать-плацента-плод», причем сочетанного генеза. Учитывая недостаточную эффективность общепринятых лечебно-профилактических мероприятий, нами предложена новая методика коррекции плацентарной дисфункции у женщин этой группы. Полученные клинические, функциональные, лабораторные, микробиологические и вирусологические результаты подтверждают высокую эффективность данной методики, что дает нам право рекомендовать для широкого использования в практическом здравоохранении.

Плацентарна дисфункція при високому ризику інтраамніального інфікування та зміну обсягу навколоплідних вод
І.Д. Кондратенко

Результати проведених досліджень свідчать, що розродження жінок з високим ризиком внутрішньоутробного інфікування супроводжується високою частотою перинатальної патології внаслідок значного рівня порушень в системі мати-плацента-плід, причому поєднаного генезу. З огляду на недостатню ефективність загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів нами запропонована нова методика корекції плацентарної дисфункції у жінок цієї групи. Отримані клінічні, функціональні, лабораторні, микробиологічні і вірусологічні результати підтверджують високу ефективність даної методики, що дає нам право рекомендувати для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: внутрішньоутробне інфікування, плацентарна дисфункція, корекція.

Placental dysfunction at high risk intraamniotic infection and volume change amniotic waters
I.D. Kondratenko

Results of the lead researches testify, that delivery women with high risk intra-uterine infection is accompanied by high frequency perinatal pathologies owing to a significant level of infringements in system «mother – placenta – born», and mixed genesis. Taking into account insufficient efficiency of the standard treatment-and-prophylactic actions we offer a new technique of correction placental dysfunction at women of this group. The received clinical, functional, laboratory, microbiological and virologic results confirm high efficiency of the given technique that gives us is right to recommend for wide use in practical public health services.

Key words: intra-uterine infection, placental dysfunction, correction.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дурова А.А. Этиология и патогенез внутриутробной инфекции / А.А. Дурова, М.Г. Симаква, В.С. Смирнова // Акуш. и гин. – 2009. – № 6. – С. 9–12.
2. Запорожан В.М. Плацентарна недостатність і її вплив на плід / В.М. Запорожан, А.І. Даниленко, Р.Ф. Макулькін // Одеський медичний журнал. – 2009. – № 4 (54). – С. 82–84.
3. Евсюкова И.И. Роль инфекционного фактора в развитии перинатальной патологии плода и новорожденного // Вести. Росс. ассоц. акуш.-гин. – 2012. – № 4. – С. 24–26.
4. Коломийцева А.Г. Применение препарата «Хофитол» при лечении фетоплацентарной недостаточности / А.Г. Коломийцева // Перинатальні втрати та TORCH-інфекції; матеріали науково-практичної конференції. – К., 2008. – С. 39–41.

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

Профилактика акушерской и перинатальной патологии у женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани

А.Л. Костюк

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у беременных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани определяется комплекс фенотипических маркеров «слабости» соединительной ткани: повышенная рождаемость кожи, нестабильность опорно-двигательного аппарата (гипермобильность суставов, вывихи и подвывихи, дисплазия тазобедренных суставов, плоскостопие, сколиоз), миопия, варикозное расширение вен нижних конечностей. При этом женщины относятся к группе высокого риска в отношении ряда акушерских осложнений в период беременности (угроза прерывания беременности, преэклампсия, плацентарная дисфункция) и оперативного родоразрешения. Назначение магниевой терапии обеспечивает доступность, качество и эффективность медико-профилактических мероприятий, что оказывает существенное влияние на эффективность родоводной подготовки и повышает качество жизни беременных. Использование магниевой терапии у приводит к уменьшению деградации коллагенов, что проявляется достоверным снижением уровня оксипролина, нормализацией уровня магния в крови, способствует снижению частоты угрозы прерывания беременности, преэклампсии, дистресса и задержки роста плода.

Ключевые слова: недифференцированная дисплазия соединительной ткани, акушерские и перинатальные осложнения, профилактика.

Изучение влияния экстрагенитальной патологии женщины на течение беременности и родов является одним из самых важных направлений современного акушерства. Соматические заболевания во многих случаях не только определяют состояние женщины в гестационном периоде, но и по данным ряда авторов, с ними связано 12–20% материнской смертности и до 40% перинатальной заболеваемости [1, 2]. Причем в последние годы большое внимание уделяется экстрагенитальной патологии, обусловленной недифференцированной дисплазией соединительной ткани [3, 4].

Частота недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) составляет от 20% до 30% рождающего контингента женщин [1, 5]. Генерализованный характер поражения соединительной ткани с вовлечением в патологический

процесс репродуктивной системы не может не отразиться на течении беременности и исходе родов. У женщин с НДСТ значительно чаще отмечается осложненное течение беременности и родов [2, 4]. Исследования, посвященные изучению НДСТ при беременности, крайне ограничены и освещают лишь некоторые аспекты этой проблемы. В литературе встречаются, в основном, данные о пролапсе митрального клапана у беременных [3]. Проблема сочетания НДСТ и беременности содержит множество несогласованных вопросов: нет единого мнения по оценке клинических проявлений НДСТ у беременных, не всегда в достаточном объеме используются современные возможности лабораторно-диагностических методов исследования, таких как оксипролин в сыворотке крови [2, 5].

В настоящее время еще не сформировались системные представления о потребности беременных женщин с НДСТ в необходимых видах медико-социальной помощи и лечебно-диагностических услуг в период беременности и родов. Также остается открытым вопрос о необходимости разработки организационно-методологической базы по дообследованию и лечению беременных с НДСТ и перинатальной профилактике патологии. Вопросы оказания медико-профилактической помощи и прогнозирования репродуктивных осложнений при наличии НДСТ также нуждаются в изучении, особенно с позиций математического моделирования заболевания. Фактически отсутствуют системные медико-организационные мероприятия по осуществлению дородовой подготовки женщин с НДСТ в учреждениях родовспоможения. Изложенное выше определяет цель и задачи исследования.

Цель исследования: усовершенствование и внедрение методики профилактики акушерских и перинатальных осложнений у женщин с НДСТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели исследования 200 беременных были разделены на две группы. Первая группа (основная) формировалась по наличию клинических маркеров НДСТ (n=100). Вторая группа (контрольная) формировалась по условию отсутствия указанных ранее признаков НДСТ (n=100).

Критерии включения: наличие у женщин внешних и висцеральных фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани (не менее пяти из перечисленных) – гипермобильность суставов, повышенная растяжимость кожи, сколиоз, врожденный вывих или дисплазия тазобедренных суставов, спонтанный пневмоторакс, нефроптоз, удвоение почки и/или мочевыводящих путей, повышенная кровоточивость (носовые и десневые кровотечения, обильные менструации), миопия, варикозное расширение вен нижних конечностей.

Общие условия включения – добровольное информированное согласие женщин на участие в научном исследовании и прием препаратов магния.

Для оценки эффективности магниевой терапии женщины первой группы были разделены на две подгруппы в зависимости от применения препарата магния. В подгруппу 1.1 включили (n=50) беременных, которым не назначали препарат магния. В подгруппу 1.2 (n=50) включили беременных, которые в течение данной беременности принимали магний согласно разработанной методике: с момента установления беременности в сроке до 12 нед, помимо коррекции соматической и акушерско-гинекологической патологии, назначалась терапия препаратом магний

(192 мг – средняя терапевтическая доза) длительно, в непрерывном режиме минимум до 36 нед.

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

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенное исследование выявило полиморфизм клинической симптоматики у беременных с НДСТ. Клиническую картину определяли три синдрома: нейроциркуляторная дистония, сосудистые нарушения и геморрагический синдром. К началу беременности все пациентки с НДСТ страдали синдромом нейроциркуляторной дистонии; в основном лидировали легкое и среднее течение заболевания, однако у каждой пятой беременной (20,0%) имело место тяжелое течение. Среди симптомов нейроциркуляторной дистонии лидировали пониженное артериальное давление (ОШ 14,01; 95%ДИ 8,77–23,38), сонливость (ОШ 3,98; 95%ДИ 2,81–5,69), нестабильная артериальная гипертензия (ОШ 3,03; 95%ДИ 1,98–4,81), нарушения терморегуляции (ОШ 3,65; 95%ДИ 2,55–5,21).

Вторым по значимости установлен синдром сосудистых нарушений, клиническую картину которого составили перебои в работе сердца (ОШ 4,77; 95%ДИ 3,36–6,84), сердцебиение (ОШ 2,42; 95%ДИ 1,81–3,25), чувство нехватки воздуха (ОШ 2,04; 95%ДИ 1,54–2,73), цефалгии (ОШ 2,97; 95%ДИ 1,07–2,14), головокружение (ОШ 2,74; 95%ДИ 1,96–3,82), онемение конечностей (ОШ 2,06; 95%ДИ 1,43–2,98).

Геморрагический синдром является одним из клинических проявлений мезенхимальных дисплазий и встречался у обследованных женщин в 73,0% случаев. Среди клинических проявлений синдрома преобладали носовые и/или десневые кровотечения (ОШ 2,10; 95%ДИ 1,58–2,81) и легкое образование контактных подкожных гематом (ОШ 1,61; 95%ДИ 1,16–2,23).

Антропометрическое обследование, проведенное в первом триместре беременности, показало, что женщины с НДСТ по сравнению с контрольной группой имели достоверно более низкую массу тела, сниженный индекс массы тела и индекс окружности запястья ($p < 0,01$). У беременных опытной группы чаще, чем у женщин контрольной группы, встречались врожденные проявления несостоятельности соединительной ткани (дизэмбриогенеза): повышенная растяжимость кожи (ОШ 2,00; 95%ДИ 1,48–2,69), гипермобильность суставов (ОШ 3,45; 95%ДИ 2,32–4,76), нефроптоз (ОШ 2,36; 95%ДИ 1,52–3,65). Кроме того, в опытной группе достоверно чаще, чем в группе контроля определялись кифоз (ОШ 2,46; 95%ДИ 1,80–3,37), сколиоз (ОШ 1,37; 95%ДИ 0,92–2,04), миопия (ОШ 10,46; 95%ДИ 16,63–16,51) варикозное расширение вен нижних конечностей (ОШ 1,68; 95%ДИ 1,27–2,23). Только у беременных с НДСТ встречалась дисплазия тазобедренных суставов (55,5%).

Анализ особенностей течения беременности и исхода родов у женщин с НДСТ выявил значительно более высокий удельный вес осложнений для матери и плода – новорожденного. Среди осложнений беременности следует выделить угрозу прерывания беременности в I триместре (ОШ 2,84; 95%ДИ

2,04–3,96), во II триместре (ОШ 3,89; 95%ДИ 2,67–5,66) и истмико-цервикальную недостаточность (ОШ 8,62; 95%ДИ 4,22–17,63).

Среди осложнений первого триместра следует отметить ранний токсикоз беременных (ОШ 3,03; 95%ДИ 2,24–4,11), заслуживает внимания выявление отслойки хориона по данным УЗИ у 19 беременных с НДСТ. В контрольной группе указанные выше осложнения не зарегистрированы. Из заболеваний периода беременности наиболее выделялась анемия в первой половине беременности (ОШ 2,66; 95%ДИ 1,83–3,88).

Преэклампсия, как одно из наиболее серьезных осложнений беременности, чаще выявлялась у беременных с НДСТ (ОШ 1,57; 95%ДИ 1,15–2,14). В отношении частоты развития преэклампсии в сочетании с НДСТ литературе имеются противоречивые данные: одни авторы констатируют увеличение частоты данного осложнения беременности [1, 2], другие не находят разницы [5].

Влияние НДСТ на фетоплацентарную систему проявлялось высокой частотой плацентарной дисфункции (ПД) (ОШ 3,30; 95%ДИ 2,33–4,66). Задержка развития плода (ЗРП) как следствие продолжительной ПД встречалась только среди беременных с НДСТ. Основным клиническим проявлением ПД у беременных с НДСТ был дистресс плода, который выявлялся (по данным кардиотокографии и доплерометрии) у 44,0% пациенток подгруппы 1.2, что достоверно выше, чем у женщин контрольной группы – 16,0% ($p < 0,05$). На основании приведенных данных ПД может рассматриваться как ведущий симптом НДСТ у беременных.

При анализе родов обращало на себя внимание, что у 16,0% женщин подгруппы 1.2 и у 2,0% женщин группы контроля роды были преждевременными. Их причинами в подгруппе 1.2 послужили: преждевременное развитие регулярной родовой деятельности (ОШ 2,54; 95%ДИ 0,39–31,12), дородовое излитие околоплодных вод (ОШ 1,54; 95%ДИ 0,28–8,31), преэклампсия (ОШ 1,40; 95%ДИ 0,32–6,11), отслойка нормально расположенной плаценты (ОШ 1,87; 95%ДИ 0,35–10,06). В группе контроля преждевременные роды произошли вследствие преэклампсии и дородового излития околоплодных вод.

При наличии НДСТ у женщин без магниевой терапии роды чаще осложнялись слабостью родовой деятельности (ОШ 5,51; 95%ДИ 2,52–12,3), несвоевременным излитием околоплодных вод (ОШ 2,75; 95%ДИ 1,61–4,72), дистрессом плода (ОШ 1,85; 95%ДИ 1,01–3,33). Продолжительность безводного промежутка в подгруппе 1.1 в 1,5 раза превышала таковой в контрольной группе ($p < 0,01$). При НДСТ у женщин, не принимавших препараты магния, установлена значительно более высокая средняя кровопотеря ($322,0 \pm 13,1$ мл; $p < 0,01$) по сравнению с женщинами подгруппы 1.2 ($222,0 \pm 33,1$ мл). Этим же можно объяснить высокую частоту анемии (46,0% случаев) в послеродовом периоде у женщин с НДСТ, не получавших препараты магния. Осложненное течение беременности и родов обусловили применение у рожениц с НДСТ без лечения магнием существенно большего числа оперативных вмешательств: операция кесарева сечения была выполнена в основной группе 14,0% женщин, в контрольной группе – 8,0% пациенток. В раннем послеродовом периоде у женщин подгруппы 1.1 чаще диагностировался эндометрит по сравнению с контролем (ОШ 7,80; 95%ДИ 4,69–13,45).

Результативность магниевой терапии у беременных с НДСТ в 34 нед

Показатель	Подгруппа 1.1, n=50		Подгруппа 1.2, n=50		ОШ (95% ДИ)
	абс.	%	абс.	%	
Нормализация тонуса матки	10	20,0	40	80,0	1,97 (1,76-2,24)
Нормализация сна	6	12,0	38	76,0	3,36 (3,37-4,30)
Нормализация психоэмоционального фона	6	12,0	38	76,0	3,36 (3,37-4,30)
Седативный эффект	10	20,0	45	90,0	4,22 (4,25-4,55)
Уменьшение болей в пояснице	8	16,0	35	70,0	3,21 (3,21-3,34)
Уменьшение болей в области сердца	9	18,0	40	80,0	2,21 (2,21-2,32)
Угрожающий выкидыш в I триместре	15	30,0	5	10,0	2,92 (1,70-5,20)
Угрожающий выкидыш во II триместре	25	50,0	3	6,0	10,50 (5,14-21,44)
Угрожающие преждевременные роды	20	40,0	4	8,0	4,94 (2,81-9,15)
Преэклампсия	52	50,0	8	16,0	3,33 (2,11-5,39)
Анемия беременных	20	40,0	5	10,0	3,92 (2,32-6,89)
Дистресс плода	22	44,0	8	16,0	2,86 (1,80-4,67)
Задержка роста плода	6	12,0	4	8,0	1,74 (0,85-3,55)

У детей, родившихся от женщин основной группы, достоверно чаще по сравнению с таковыми контрольной группы, встречались проявления НДСТ: дисплазия ушных раковин (10,0%), врожденная узость носовых каналов (15,0%), симптом соскальзывания или дисплазия тазобедренного сустава (35,0%). В раннем неонатальном периоде у новорожденных основной группы в большей степени диагностировались морфофункциональная незрелость (18,0%), конъюгационная желтуха (12,0%) и синдром дыхательных расстройств (11,0%). При наличии у беременной НДСТ повышается риск асфиксии новорожденных средней и тяжелой степени (19,0 и 3,0% новорожденных соответственно). Период ранней неонатальной адаптации у детей, родившихся от матерей с НДСТ, характеризовался большей первоначальной потерей массы тела (до 500 г) и более поздним ее восстановлением (на 5–7-е сутки).

Проведенное этиопатогенетическое лечение привело к улучшению самочувствия беременных и уменьшению частоты различных жалоб, снижению удельного веса ряда осложнений беременности (таблица).

При анализе исходного уровня метаболитов соединительной ткани установлено достоверное превышение уровня оксипролина и снижение содержания магния в основной группе по сравнению с контрольной. Повышение уровня оксипролина многие авторы рассматривают как продукт деградации соединительной ткани и маркер НДСТ, тогда как недостаток магния обуславливает широкий спектр осложнений беременности и родов [1, 2].

Значимые изменения зарегистрированы при анализе показателей оксипролина и магния в процессе магниевой терапии. Если до начала лечения уровень оксипролина у женщин с НДСТ значительно превышал таковой у женщин контрольной группы, то на фоне лечения происходила выраженная нормализация уровня оксипролина к 22 нед (на 50%), а к 34 нед зарегистрировано его абсолютное соответствие уровню контрольной группы, тогда как в подгруппе 1.1 основной группы наблюдалось статистически значимое повышение уровня оксипролина, свидетельствующее о прогрессирующей деградации коллагенов с увеличением срока беременности за счет тканей материнского и/или плодового происхождения.

Прием магния приводит к полной нормализации показателя к 22 нед и незначительному его преваляированию (+11,4%) в 34 нед беременности ($p > 0,05$). Уровень магния в крови беременных с НДСТ, не получавших препараты магния, оставался стабильным на протяжении всей беременности.

В подгруппе 1.1 основной группы реже встречалась угроза прерывания беременности (26,0%), тогда как среди женщин контрольной группы – в 68,0% случаев. Преждевременные роды в группе, получавшей магниезальную терапию, произошли у 2,0% женщин, в контрольной – у 16,0%, а частота преэклампсии снизилась в 3,3 раза. При лечении препаратами магния реже встречались дистресс плода (44,0%) и ЗРП (12,0%) против 16,0% и 8,0% женщин соответственно при отсутствии приема препаратов магния.

На фоне приема магния наблюдалось более благоприятное течение родов, что положительно сказывалось на состоянии новорожденных. Так, в состоянии легкой асфиксии (оценка по шкале Апгар 6–7 баллов) родилось 90,0% детей подгруппы 1.1 против 30,0% новорожденных подгруппы 1.2. В асфиксии средней степени тяжести (оценка по шкале Апгар 4–5 баллов) родилось 8,0% детей подгруппы 1.2 против 30,0% новорожденных при отсутствии лечения во время беременности. В тяжелой асфиксии с оценкой по шкале Апгар 1–3 балла родились 2,0% новорожденных подгруппы 1.2 против 40,0% детей подгруппы 1.1. В раннем неонатальном периоде у детей, родившихся от женщин подгруппы 1.2, реже, чем от женщин подгруппы 1.1, диагностировались морфофункциональная незрелость (2,0% и 18,0% соответственно) и конъюгационная желтуха (6,0% и 12,0% соответственно). Период ранней неонатальной адаптации протекал без осложнений у 46,0% новорожденных подгруппы 1.1 и у 90,0% детей подгруппы 1.2.

Выводы

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у беременных с НДСТ определяется комплекс фенотипических маркеров «слабости» соединительной ткани: повышенная растяжимость кожи, нестабильность опорно-двигательного аппарата (гипермобильность суставов, вывихи и подвывихи, дисплазия тазобедренных суставов, плоскостопие, сколиоз), миопия, варикозное расширение вен нижних конечностей. При этом женщины с НДСТ относятся к группе высокого риска в отношении ряда акушерских осложнений в период беременности (угроза прерывания беременности, преэклампсия, плацентарная дисфункция) и оперативного родоразрешения. Назначение магниевой терапии обеспечивает доступность, качество и эффективность медико-профилактических

мероприятий женщинам с НДСТ, что оказывает существенное влияние на эффективность дородовой подготовки и повышает качество жизни беременных. Использование магниевой терапии у беременных женщин с НДСТ приводит к уменьшению деградации коллагенов, что проявляется достоверным снижением уровня оксипролина, нормализацией уровня магния в крови, способствует снижению частоты угрозы прерывания беременности, преэклампсии, дистресса и задержки роста плода.

Профілактика акушерської та перинатальної патології у жінок з недиференційованою дисплазією сполучної тканини А.Л. Костюк

Результати проведених досліджень свідчать, що у вагітних з недиференційованою дисплазією сполучної тканини визначається комплекс фенотипічних маркерів «слабкості» сполучної тканини: підвищена еластичність шкіри, нестабільність опорно-рухового апарату (гіпермобільність суглобів, вивихи і підвивихи, дисплазія тазостегнових суглобів, плоскостопість, сколіоз), міопія, варикозне розширення вен нижніх кінцівок. При цьому жінки належать до групи високого ризику щодо ряду акушерських ускладнень в період вагітності (загроза переривання вагітності, преєклампсія, плацентарна дисфункція) і оперативного розродження. Призначення магнієвої терапії забезпечує доступність, якість та ефективність медико-профілактичних заходів, що істотно впливає на ефективність допологової підготовки і підвищує якість життя вагітних. Використання магнієвої терапії призводить до зменшення деградації коллагену, що проявляється достовірним зниженням рівня оксипроліну, нормалізацією рівня магнію в крові, сприяє зниженню частоти загрози переривання вагітності, преєклампсії, дистресу і затримки росту плода.

Ключові слова: недиференційована дисплазія сполучної тканини, акушерські та перинатальні ускладнення, профілактика.

Preventive maintenance obstetrical and perinatal pathologies at women with not differentiated dysplasia of connecting fabric A.L. Kostjuk

Results of the spent researches testify that at pregnant women with not differentiated dysplasia of connecting fabric the complex phenotypical markers of «weakness» of a connecting fabric is defined: the raised extensibility of skin, instability of the impellent device (hypermobility of joints, dislocations and incomplete dislocations, dysplasia of coxofemoral joints, scoliosis), myopia, varicose expansion of veins of the bottom extremities. Thus women concern group of high risk concerning number obstetrical complications in pregnancy (threat of interruption of pregnancy, preeclampsia, placental dysfunction) and operative delivery. Appointment of magnesium therapy provides availability, quality and efficiency of medical-preventive actions that essential impact on efficiency of antenatal preparation makes and raises quality of life of pregnant women. Use of magnesium therapy at leads to degradation reduction collagen that is shown by authentic decrease in level oxypoline, normalisation of level of magnesium in blood, promotes decrease in frequency of threat of interruption of pregnancy, preeclampsia, distress of born and growth inhibitions.

Key words: differentiated dysplasia of connecting fabric, obstetrical and perinatal complications, preventive maintenance.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Фадеева Т.С. Беременность у женщин с дисплазией соединительной ткани / Т.С. Фадеева // Вестник Российского Государственного медицинского университета. – 2007. – № 2. – С. 171–172.
2. Фадеева Т.С. Анализ течения беременности и родов у женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани / Т.С. Фадеева // Вестник новых медицинских технологий. – 2009. – № 2. – С. 106–107.
3. Лукина Т.С. Математическое прогнозирование недифференцированной дисплазии соединительной ткани / Т.С. Лукина // Вестник новых медицинских технологий. – 2012. – № 4. – С. 69–70.
4. Хромушин В.А. Оптимизация базы данных для многофакторного анализа с помощью алгебраической модели конструктивной логики / В.А. Хромушин // Вестник новых медицинских технологий. – 2014. – № 1. – С. 9–11.
5. Павлов О.Г. Терапия препаратами магния при беременности у женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани / О.Г. Павлов // Вестник новых медицинских технологий. – 2014. – № 1. – С. 5–10.

УДК 618.36-06:162-67-132

Беременность и роды у женщин с ретрохориальной гематомой

С.А. Курицина

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

В результате исследования проведена оценка течения II и III триместров беременности и исходы родов, частота развития задержки роста плода, плацентарной дисфункции, дистресса плода и перинатальная заболеваемость у беременных с угрозой прерывания и ретрохориальной гематомой в I триместре беременности. На основании данных исследования показана эффективность комплексного патогенетического лечения, которая позволяет снизить частоту репродуктивных потерь, способствует пролонгированию беременности и улучшает перинатальную заболеваемость и исходы.

Ключевые слова: ретрохориальная гематома, беременность, роды.

Патогенез преждевременного прерывания беременности изучен недостаточно. В результате воздействия различных повреждающих факторов (гормональных, генетических, иммунологических и других) в области трофобласта (или плаценты) развиваются локальные гормональные нарушения и иммунологические реакции, приводящие к развитию цитотоксических воздействий на трофобласт, что и обуславливает отслойку хориона (плаценты) [1, 2]. Возможные последствия невынашивания беременности недостаточно изучены: плацентарная дисфункция (ПД), задержка роста плода (ЗРП), преждевременные роды.

Как известно, пренатальная оценка состояния фетоплацентарного комплекса основана на изучении многих параметров: исследование маточно-плацентарного кровотока (доплерометрии), плацентографии, кардиотокографии (КТГ) [3, 4].

Метод ультразвуковой доплерометрии, с помощью которого осуществляют прямые измерения кровотока в различных сосудистых зонах системы мать-плацента-плод в динамике, позволяет оценивать состояние маточно-плацентарного кровотока и имеет важное диагностическое и прогностическое значение. Оценка соответствия толщины и степени зрелости плаценты сроку гестации, особенностей ее структуры имеет большое значение в диагностике плацентарной дисфункции и входит в алгоритм стандартного УЗИ плода [5].

Поскольку точность информации кардиотокографии повышается с увеличением гестационного срока, проводить это исследование лучше всего с 30 нед беременности. Окончательный же диагноз устанавливается с учетом взаимодополняющих данных комплексного исследования: эхографии, КТГ и доплерометрии [1–5].

Высококчувствительным методом диагностики ретрохориальной гематомы является ультразвуковое сканирование, позволяющее с высокой точностью устанавливать наличие, локализацию, размеры гематомы, динамику течения процесса [3, 4]. Задачами врача в данной ситуации является не только определение основной причины потери беременности, но и проведение адекватной реабилитации и обоснованной прегравидарной подготовки с целью обеспечения нормального течения и благоприятного перинатального исхода в последующей беременности.

Таким образом, учитывая широкую распространенность этиологических факторов и многоступенчатый патогенез привычной потери беременности, актуальность и своевременность нашего исследования становится очевидной.

Цель исследования: изучить особенности течения беременности и родов, и оптимизировать диагностику и лечение беременных с ретрохориальной гематомой.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленных цели и задач нами проспективно обследовано 100 беременных. Возраст беременных составил от 18 до 44 лет ($28,08 \pm 3,5$ года). Основную группу составили 70 пациенток, беременность которых осложнилась клиникой угрозы прерывания беременности. Основная группа была разделена на две подгруппы.

Подгруппу 1.1 ($n=40$) составили первобеременные женщины, с выявленной клиникой угрозы прерывания беременности и ультразвуковых признаков ретрохориальной гематомы. Средний возраст составил $26,64 \pm 2,5$ года.

Подгруппу 1.2 ($n=30$) составили повторнобеременные женщины с клиникой угрозы прерывания беременности и ультразвуковыми признаками ретрохориальной гематомы как при наблюдаемой беременности, так и в анамнезе (данные о раннее осложненных угрозой прерывания беременностях, преждевременные роды). Средний возраст составил $31,34 \pm 5,7$ года.

Контрольную группу ($n=30$) составили беременные без признаков угрозы прерывания беременности, как при данной беременности, так и в анамнезе. Средний возраст составил $27,82 \pm 3,3$ года.

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

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что всех беременных с угрозой прерывания и образованием ретрохориальной гематомы, особенно с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, следует отнести в группу риска ранних репродуктивных потерь, осложненного течения II и III триместра беременности и родов. Невынашивание беременности (43,4%), привычная потеря беременности >3 (23,1%), искусственный аборт (30,0%), ВЗОМТ (21,4%), короткий интергестационный период до одного года (23,3%) являются факторами риска возникновения и прогрессирования угрожающего выкидыша с формированием ретрохориальной гематомы.

Важными эхографическими параметрами, характеризующими неблагоприятное развитие эмбриона и экстраэмбриональных структур у беременных с угро-

зой прерывания и ретрохориальной гематомы в I триместре беременности, являются отставание КТР эмбриона (41,6%), увеличение объема ретрохориальной гематомы (17,1%), брадикардия эмбриона (14,3%), изменение диаметра и структуры желточного мешка (24,3%), хориона (8,6%), регресс и гипопункция желтого тела (8,6%), срок беременности (до 6 недель) при обнаружении гематомы (у первобеременных – 8%, у повторнобеременных с ОАГА – 30%), гемодинамические нарушения в межворсинчатом пространстве (60,0 и 76,7% соответственно). Существенно увеличивает риск осложненного течения беременности и самопроизвольного выкидыша сочетание большого объема гематомы с ее корпоральной локализацией, гипертонус матки, низкая концентрация ХГЧ.

У беременных с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом с угрозой прерывания и образованием ретрохориальной гематомы в I триместре в 10 раз чаще наблюдались репродуктивные потери (по сравнению с беременными без отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза), в 1,5 – вдвое чаще осложненное течение беременности с развитием синдрома задержки развития плода (12,8 и 33,3% соответственно), фетоплацентарная недостаточность (7,7 и 23,8%), гипоксия плода (8,3%), по сравнению с беременными без отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза. Проведение своевременной патогенетической терапии способствует пролонгированию беременности у пациенток с угрозой прерывания и ретрохориальной гематомой в 85,7% наблюдений в I триместре.

Разработанные клинически значимые эхографические, доплерометрические, лабораторные критерии оценки состояния эмбриона/плода, фетоплацентарной системы на ранних сроках гестации позволяют выделить группу риска в отношении неблагоприятного течения и исхода беременности при угрожающем прерывании беременности с формированием ретрохориальной гематомы.

ВЫВОДЫ

В результате наших исследований проведена оценка течения II и III триместров беременности и исходы родов, частота развития задержки роста плода, плацентарной дисфункции, дистресса плода и перинатальной заболеваемости у беременных с угрозой прерывания и ретрохориальной гематомой в I триместре беременности. На основании данных исследования показана эффективность комплексного патогенетического лечения, которая позволяет снизить частоту репродуктивных потерь, способствует пролонгированию беременности и улучшает перинатальную заболеваемость и исходы.

Вагітність і пологи у жінок з ретрохоріальною гематомою

С.А. Куріцина

У результаті досліджень проведено оцінювання перебігу II і III триместрів вагітності та наслідки пологів, частота розвитку затримки росту плода, плацентарної дисфункції, дистресу плода і перинатальна захворюваність у вагітних із загрозою переривання і ретрохоріальною гематомою в I триместрі вагітності. На підставі даних дослідження показана

ефективність комплексного патогенетичного лікування, яка дозволяє знизити частоту репродуктивних втрат, сприяє пролонгації вагітності і покращує перинатальну захворюваність та наслідки.

Ключові слова: *ретрохоріальна гематома, вагітність, пологи.*

Pregnancy and childbirth at women with retrohorial hematoma

S.A. Kuritsina

As a result of our researches the estimation of a current II and III trimesters of pregnancy and outcomes of labours, frequency of development of a growth inhibition of a fruit, placental dysfunction, distress of born and perinatal disease at pregnant women with threat of interruption and retrohorial hematoma in I trimester of pregnancy is spent. On the basis of the research data efficiency of complex pathogenetic treatment which allows to lower frequency of reproductive losses is shown, promotes prolongation of pregnancy and improves perinatal disease and outcomes.

Key words: *retrohorial hematoma, pregnancy, childbirth.*

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамченко В.В. Практическое акушерство. Книга вторая / В.В. Абрамченко. – СПб.: НОРМИЗДАТ, 2014. – 880 с.
2. Агаджанова А.А. Современные методы терапии больных с привычным невынашиванием беременности / А.А. Агаджанова // Русский медицинский журнал. – 2009. – № 1. – С. 3–10.
3. Агеева М.И. Доплерометрические исследования в акушерской практике / М.И. Агеева. – М.: Видар, 2010. – 112 с.
4. Айламазян Э.К. Акушерство: национальное здоровье / Э.К. Айламазян, В.Е. Радзинский, Г.М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 1200 с.
5. Алтынник Н.А. Нормативные значения копчико-теменного размера и толщины воротничкового пространства плода в ранние сроки беременности / Н.А. Алтынник, М.В. Медведев; под ред. Медведева М.В. – М.: РАВУЗДПГ, Реальное время, 2010. – С. 7–32.
6. Анастасьева В.Г. Морфофункциональные нарушения фетоплацентарного комплекса при плацентарной недостаточности / В.Г. Анастасьева. – Новосибирск, 2007. – 507 с.

УДК 618.39/43-02:616.14-007.64-018.2

Тактика ведения беременности при недостаточности вен малого таза у женщин с дисплазией соединительной ткани

Л.В. Манжула

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у женщин с недифференцированными формами дисплазии соединительной ткани (ДСТ) беременность чаще сопровождается акушерскими и перинатальными осложнениями. Варикозное расширение вен малого таза у беременных с недифференцированными формами ДСТ характеризуется более неблагоприятным течением, заключающимся в увеличении в послеродовом периоде диаметра маточных, яичниковых, внутренних подвздошных вен и снижении в них скорости кровотока, увеличении частоты и интенсивности хронической тазовой боли, снижении качества жизни. Предлагаемая медикаментозная коррекция в III триместре беременности позволяет профилактировать прогрессивное течение варикозного расширения вен малого таза у женщин с недифференцированными формами соединительной ткани.

Ключевые слова: *недостаточность вен малого таза, дисплазия соединительной ткани, беременность, тактика ведения.*

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) является одной из актуальных проблем современной медицины. Интенсивное внимание к этой проблеме связано с широкой распространенностью отдельных клинических проявлений ДСТ, достигающее до 26% в общей популяции человека [1, 5, 6]. Согласно современной классификации ДСТ делят на две большие группы. Первой из них являются дифференцированные соединительнотканые дисплазии, известные медицине более 100 лет – синдром Марфана, Элерса-Данло, Сикера и др. Пациенты этой группы имеют ярко выраженные клинические проявления недостаточности определенных типов коллагена, легки в диагностике, и хорошо достаточно описаны в литературе [10, 11]. Противоположностью им являются недифференцированные соединительнотканые дисплазии (НФДСТ), не связанные с поражением определенного типа коллагена и поэтому проявляющиеся полисистемной висцеральной патологией. Большинство авторов подчеркивается, что НФДСТ является междисциплинарной проблемой, так как проявляется различной степенью функционального и органического поражения

многих органов и систем, что существенно затрудняет ее диагностику [9]. Вместе с тем, разнообразие фенотипических проявлений при НФДСТ открывает большие возможности в прогнозировании развития ассоциированной с ней патологии. Поэтому многими исследователями подчеркивается важность количественного и качественного анализа фенотипических проявлений НФДСТ при разнообразных нозологических формах, открывающих новые пути профилактики заболеваний.

В исследованиях последних лет показана роль НФДСТ в патогенезе недостаточности венозной системы, в число которой входит варикозное расширение вен малого таза у женщин (ВРВМТ), классифицируемое по МКБ-10 кодом 186.2. Поэтому сегодня НФДСТ является предиктором неблагоприятного течения варикозной болезни. Актуальность ВРВМТ обусловлена прогрессивным течением заболевания, которое не подвергается обратному развитию, динамически прогрессирует, а время ремиссии его клинических симптомов с возрастом укорачивается [2, 3]. Патогенез прогрессивного течения ВРВМТ до конца не ясен. В исследованиях флебологов показано, что ключевым фактором, потенцирующим развитие варикозной болезни у женщин, является беременность и роды, так как эти периоды связаны с гормональным воздействием, органической и функциональной перестройкой венозной системы [4, 5]. Логично предположить, что этот фактор играет роль в развитии и течении ВРВМТ у женщин, особенно в группах высокого риска. Поэтому оценка влияния беременности и родов на состояние венозной системы и потенцирование ВРВМТ у женщин с НФДСТ, поможет обосновать и сформулировать новые подходы к профилактике заболевания.

Данные литературы не дают ответа на вопрос о клиническом течении ВРВМТ у женщин с НФДСТ и ее зависимости от беременности и родов. Большинство исследователей считают, что ведущим клиническим проявлением ВРВМТ у женщин является синдром хронических тазовых болей [10, 11]. С другой стороны, ВРВМТ может протекать бессимптомно, являясь случайной находкой при ультразвуковом исследовании или лапароскопии [5, 6].

Методы лечения и профилактики прогрессивного течения ВРВМТ у женщин хорошо освещены в литературе и являются предметом оживленных дискуссий. На сегодняшний день существуют два основных направления в лечении заболевания: хирургическое и консервативное. Хирургические методы лечения, впервые сформулированные сосудистыми хирургами, показали свою эффективность при вторичном варикозном расширении овариальных вен [8]. Вместе с тем, хирургические методы лечения имеют ряд существенных недостатков: необходимость анестезиологического воздействия и госпитализации пациентов, риск оперативного вмешательства и послеоперационных осложнений [10]. Консервативные методы лечения ВРВМТ лишены перечисленных недостатков хирургических методов, однако их эффективность остается до конца не ясной, в связи с малым числом исследований с высоким уровнем доказательности [11].

Особый интерес представляет возможность профилактики ВРВМТ в периоде беременности, когда вероятность прогрессивного течения заболевания значительно повышается. Перспективным направлением вторичной профилактики

ВРВМТ у беременных с НФДСТ является фармакотерапия. Несмотря на ограничения к использованию лекарственных средств во время беременности, в арсенале акушера-гинеколога имеется препарат, разрешенный к использованию в третьем триместре беременности – диосмин, который зарекомендовал себя как эффективное средство лечения и профилактики хронической венозной и лимфатической недостаточности и широко применяется у беременных. Перспективность диосмина в лечении ВРВМТ у женщин показана в нескольких исследованиях случай/контроль, однако эти исследования не проводились у пациентов с НФДСТ и не касались периода беременности [7]. Поэтому эффективность препарата в профилактике прогрессивного течения ВРВМТ у беременных с НФДСТ на сегодня остается не ясной. Таким образом, оценка эффективности диосмина в профилактике прогрессивного течения ВРВМТ у женщин с НФДСТ с использованием рандомизированного, плацебо-контролируемого, простого слепого исследования представляется актуальной.

Цель исследования: изучить особенности течения варикозного расширения вен малого таза у беременных с недифференцированными формами ДСТ, а также оценка влияния медикаментозной коррекции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На первом этапе исследования было проведено обследование 200 беременных, которые были разделены на две группы пациентов: основную (n=100) и группу сравнения (n=100).

Критерии включения в основную группу и группу сравнения:

- наличие у беременной НФДСТ, выявляемых при помощи клинических и инструментальных тестов. Диагностически значимым критерием НФДСТ являлось наличие 5 и более стигм дизэмбриогенеза у пациента;
- срок беременности от 37 нед и более;
- отсутствие тяжелой преэклампсии и экстрагенитальной патологии;
- информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения:

- отсутствие у пациенток НФДСТ при клиническом и инструментальном обследовании (менее 5 стигм дизэмбриогенеза);
- срок беременности менее 37 нед;
- наличие тяжелой преэклампсии и экстрагенитальной патологии;
- отказ от участия в исследовании.

Всем исследуемым женщинам проводили общее клиническое и акушерское исследование, УЗИ, доплерометрию и КТГ плода, изучали венозную систему малого таза клинически и при помощи УЗИ. Всем исследуемым женщинам проводили клиническую и инструментальную оценку фенотипических проявлений НФДСТ.

Через 6 мес у пациенток основной группы и группы сравнения после родов:

- проводили оценку качества жизни методом анкетирования;
- анализировали результаты клинического и гинекологического исследования;
- изучали интенсивность боли методом анкетирования;
- изучали венозную систему органов малого таза клинически, при помощи УЗИ.

На втором этапе исследования у женщин с НФДСТ в III триместре беременности была проведена оценка эффективности профилактики прогрессирующего течения ВРВМТ. При выборе метода профилактики прогрессирующего течения ВРВМТ у беременных с НФДСТ мы руководствовались тем, что основополагающим принципом лечения варикозной болезни является курсовая фармакотерапия с обязательной комбинацией различных по механизму действия лекарственных средств, в сочетании с другими видами лечения.

В качестве средства профилактики прогрессирующего течения ВРВМТ у беременных с НФДСТ был выбран диосмин, так как он соответствует таким критериям, как клинически доказанная эффективность в лечении и профилактике варикозной болезни вен нижних конечностей, безопасность для матери и плода. Диосмин оказывает многогранное действие: венотонизирующее, лимфотонизирующее, ангиопротективное, уменьшает растяжимость венозной стенки и снижает проницаемость капилляров [7]. Из современных флеботоников диосмин является единственным, разрешенным к применению в III триместре беременности.

Всем беременным с НФДСТ, у которых при УЗИ наблюдались признаки недостаточности вен малого таза, в III триместре беременности была предложена профилактика прогрессивного течения ВРВМТ с использованием 15-дневного курсового приема диосмина 600 мг. Диосмин был выбран в дозе 600 мг, так как она включает в себя разовую суточную дозу препарата, поэтому наиболее удобна для приема. На начале исследования 140 женщин согласились участвовать в исследовании.

Для оценки эффективности диосмина 600 мг в профилактике прогрессивного течения ВРВМТ у женщин с НФДСТ в III триместре беременности все пациентки были разделены на две подгруппы: подгруппа А, где женщины получали диосмин 600 мг, и подгруппа В, получавшие плацебо. В качестве плацебо использовались таблетки фруктозы, по размеру соответствующие диосмину 600 мг. Распределение пациенток в подгруппы осуществлялось рандомизацией с использованием шестигранного кубика [7]. После принятия женщиной информированного согласия о проведении фармакотерапии, исследователь метал кубик. При выпадении четной грани кубика женщина включалась в подгруппу А, в противном случае она относилась к подгруппе В.

Ослепление групп достигалось путем использования стандартизированных конвертов одного цвета содержащих инструкцию по приему препарата, в который исследователем был положен либо диосмин 600 мг в курсовой дозе (15 таблеток) без блистера, либо плацебо, соответствующее по количеству таблеток и периодичности приема диосмину 600 мг. При этом пациентка была информирован, что он может получать как лекарственный препарат, так и плацебо, но не знал, какой конверт он получает – с плацебо, либо с диосмином 600 мг.

Критерии включения в подгруппу А:

- информированное согласие женщин на проведение лечения и исследования;
- срок беременности более 25 нед;
- отсутствие тяжелой экстрагенитальной и акушерской патологии;
- дилатация одного или нескольких венозных коллекторов малого таза, выявляемая при ультразвуковом исследовании;

- четная грань кубика;
- полный курсовой прием диосмина 600 мг на III триместре беременности;
- соблюдение полного объема обследования.

В начале исследования у 68 женщин выпала четная грань кубика, из них 18 женщин добровольно вышли из исследования без объяснения причины, 50 женщин закончили обследование, 20 из них не соответствовали критериям включения и были исключены из подгруппы А. Общее количество пациенток подгруппы А составило 30 женщин.

Критериями включения в подгруппу В:

- информированное согласие женщин на проведение лечения и исследования;
- срок беременности более 25 нед;
- отсутствие тяжелой экстрагенитальной и акушерской патологии;
- дилатация одного или нескольких венозных коллекторов малого таза, выявляемая при ультразвуковом исследовании;
- нечетная грань кубика;
- полный курсовой прием плацебо в третьем триместре беременности;
- соблюдение полного объема обследования.

В начале исследования у 72 женщин выпала нечетная грань кубика, из них 8 женщин добровольно вышли из исследования без объяснения причины, 64 женщины закончили обследование, 4 из них не соответствовали критериям включения и были исключены из подгруппы В. Общее количество пациенток подгруппы В составило 60 человек.

Эффективность курсового приема диосмина 600 мг в профилактике прогрессивного течения ВРВМТ у женщин с НФДСТ во время беременности оценивали на 3-и сутки и через 6 мес после родов. В качестве критериев эффективности использовалось клиническое исследование, данные УЗИ и доплерометрии венозной системы органов малого таза, исходы родов для матери и плода, частота и интенсивность боли с использованием шкал VAS и NRS, оценка качества жизни методом анкетирования с использованием опросника SF-36.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основными клиническими проявлениями недифференцированных форм ДСТ у беременных являются:

- пролапс митрального клапана (26,0%);
- сколиоз (34,0%);
- варикозное расширение вен нижних конечностей (29,0%);
- варикозное расширение вен вульвы (7,0%);
- варикозное расширение вен малого таза (31,0%);
- нарушение рефракции (20,0%);
- гипермобильность суставов (28,0%);
- косметические дефекты – низкий лоб у 22,0%, диастема у 17,0%, гиперрастяжимая кожа у 25,0%.

У женщин с недифференцированными формами ДСТ беременность чаще осложняется угрозой преждевременных родов; плацентарной дисфункцией;

асфиксией новорожденного. Кроме того, у них повышается риск прогрессивного течения варикозного расширения вен малого таза, проявляющегося в увеличении через 6 месяцев после родов частоты симптомов венозного застоя при влагалищном исследовании; большей дилатацией маточных, внутренних подвздошных, яичниковых и аркуатных вен; увеличением частоты и интенсивности синдрома хронических тазовых болей; снижением всех компонентов качества жизни.

Курсовой прием диосмина 600 мг в III триместре у беременных с недифференцированными формами ДСТ эффективно профилактирует прогрессивное течение варикозного расширения вен малого таза: уменьшает дилатацию и увеличивает венозный отток в системе маточных, яичниковых и внутренних подвздошных вен в поздний послеродовой период и через 6 мес после родов; улучшает все компоненты качества жизни через 6 мес после родов.

Для практического здравоохранения можно рекомендовать следующие моменты:

- беременным с недифференцированными формами ДСТ в III триместре показано УЗИ и доплерометрическое исследование венозной системы малого таза для своевременного определения варикозного расширения вен малого таза и проведения профилактики его прогрессивного течения во время беременности;
- учитывая особенности фенотипических проявлений у беременных с недифференцированными формами ДСТ, выявление варикозного расширения вен малого таза служит показанием для расширения объема обследования: эхокардиографии для исключения пролапса митрального клапана; осмотра травматолога для исключения сколиоза; консультации сосудистого хирурга для исключения варикозного расширения вен нижних конечностей;
- при диагностике у беременных с недифференцированными формами ДСТ варикозного расширения вен малого таза, рекомендуется профилактика его прогрессивного течения однократным 15-дневным курсом диосмина 600 мг в III триместре беременности;
- в качестве оценочного критерия тяжести течения и эффективности профилактики прогрессивного течения варикозного расширения вен малого таза, помимо оценки частоты хронических тазовых болей, диаметра и скорости кровотока в основных венозных коллекторах малого таза, рекомендуется использовать визуальную (VAS) и/или аналоговую (NRS) шкалу оценки интенсивности боли; неспецифический опросник «SF-36 Health Status Survey»;
- критериями эффективности профилактики прогрессивного течения варикозного расширения вен малого таза у беременных с недифференцированными формами ДСТ является снижение в послеродовой период частоты хронической тазовой боли; уменьшение диаметра и увеличение венозного оттока из маточных, яичниковых, внутренних подвздошных вен; снижение балльной оценки интенсивности боли по VAS и/или NRS; улучшение компонентов физического и психического здоровья при использовании неспецифического опросника «SF-36 Health Status Survey».

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у женщин с недифференцированными формами дисплазии соединительной ткани (ДСТ) беременность чаще сопровождается акушерскими и перинатальными осложнениями. Варикозное расширение вен малого таза у беременных с недифференцированными формами ДСТ характеризуется более неблагоприятным течением, заключающимся в увеличении в послеродовой период диаметра маточных, яичниковых, внутренних подвздошных вен и снижении в них скорости кровотока, увеличении частоты и интенсивности хронических тазовой боли, снижении качества жизни. Предлагаемая медикаментозная коррекция в III триместре беременности позволяет профилактировать прогрессивное течение варикозного расширения вен малого таза у женщин с недифференцированными формами соединительной ткани.

Тактика ведення вагітності при недостатності вен малого таза у жінок з дисплазією сполучної тканини

Л.В. Манжула

Результати проведених досліджень свідчать, що у жінок з недиференційованими формами дисплазії сполучної тканини (ДСТ) вагітність частіше супроводжується акушерськими і перинатальними ускладненнями. Варикозне розширення вен малого таза у вагітних з недиференційованими формами ДСТ характеризується більш несприятливим перебігом, що полягає у збільшенні у післяпологовий період діаметра маткових, яєчникових, внутрішніх клубових вен і зниженні в них швидкості кровотоку, збільшення частоти та інтенсивності хронічного тазового болю, зниження якості життя. Запропонована медикаментозна корекція у III триместрі вагітності дозволяє профілакувати прогресивне варикозне розширення вен малого таза у жінок з недиференційованими формами сполучної тканини.

Ключові слова: недостатність вен малого таза, дисплазія сполучної тканини, вагітність, тактика ведення.

Tactics of conducting pregnancy at insufficiency of veins of small basin at women with dysplasia of connecting fabric

L.V. Manzhula

Results of the spent researches testify that at women with not differentiated forms dysplasia of connecting fabric pregnancy is more often accompanied obstetrical and perinatal complications. Varicose expansion of veins of small basin at pregnant women with not differentiated forms dysplasia of connecting fabric is characterised by more adverse current consisting in increase in the postnatal period of diameter uterine, ovarial, internal veins and decrease in them speed of blood-groove, increase in frequency and intensity chronic pelvic pains, decrease in quality of life. Offered medicamentous correction in the third trimester of pregnancy allows preventive maintenance progrediente current varicose expansions of veins of small basin at women with not differentiated forms of connecting fabric.

Key words: insufficiency of veins of a small basin, dysplasia of connecting fabric, pregnancy, conducting tactics.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Уровень прогестерона у беременных как фактор развития варикозной болезни / [Алехин Д.И., Николенко И.А., Персева Е.В., Голощапова Ж.А.] // Проблемы репродукции. – 2008. – № 6. – С. 7–11.
2. Артымук Н.В. Варикозное расширение вен органов малого таза у женщин / Н.В. Артымук // Российский вестник акушера гинеколога. – 2014. – № 6. – С. 20–21.
3. Беленький А.Г. Синдром гипермобильности суставов: номенклатура, клинические проявления и лечение / А.Г. Беленький // Consilium Medicum. – 2011. – Т. 3, № 9. – С. 421–424.
4. Беленький А.Г. Генерализованная гипермобильность суставов и другие соединительно-тканые синдромы / А.Г. Беленький // Научно-практическая ревматология. – 2011. – № 4. – С. 40–48.
5. Богачев В.Ю. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей: современные принципы лечения / В.Ю. Богачев // Consilium medicum. – 2013. – Т. 5, № 5. – С. 115.
6. Богачев, В.Ю. Варикозная болезнь вен малого таза / В.Ю. Богачев // Consilium medicum. – 2016. – № 1 (1). – С. 20–23.
7. Боровиков В. Statistica – искусство анализа данных на компьютере / В. Боровиков. – СПб.: Издательский дом Питер, 2011. – 489 с.
8. Влияние терапии хронической плацентарной недостаточности при развитии дискоординации родовой деятельности на состояние плода и новорожденного / З.М. Наурузова, В.А. Новикова, Е.Е. Корчагина [и др.] // Российский вестник акушера гинеколога. – 2008. – № 4. – С. 11–12.
9. Возможности эмиссионной компьютерной томографии в диагностике варикозной болезни вен малого таза / А.И. Кириенко, А.В. Каралкин, С.Г. Гаврилов [и др.] // Анналы хирургии. – 2014. – № 1. – С. 50–53.
10. Гаврилов С.Г. Варикозная болезнь вен малого таза (современное самоочувствие проблемы) / С.Г. Гаврилов, О.И. Бутенко, М.А. Черкашин // Анналы хирургии. – 2013. – № 1. – С. 7–12.
11. Гаврилов С.Г. Варикозная болезнь вен малого таза: когда и как лечить? / С.Г. Гаврилов // Флебология. – 2015. – № 1. – С. 20–21.

УДК 618.2-055.25-06-08:618.33-06

Перші пологи після 30 років: діагностика та профілактика акушерських та перинатальних ускладнень

В.В. Маркевич

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

Результати проведених досліджень показали, що використання запропонованого алгоритму лікувально-профілактичних заходів у жінок, які народжують вперше після 30 років з використанням диференційованого підходу, заснованого на вікових аспектах, дозволяє істотно знизити частоту не лише репродуктивних втрат, але і основних акушерських і перинатальних ускладнень, що є вирішенням важливої проблеми сучасного акушерства.

Ключові слова: перші пологи після 30 років, акушерські та перинатальні ускладнення.

Забезпечення безпеки дітородіння для здоров'я матері і дитяти завжди було головною метою акушерської науки і практики. Останніми роками Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я (ВООЗ) розроблена «стратегія ризику», направлена на виявлення причин різних ускладнень вагітності і пологів, а також на пошук шляхів підвищення ефективності охорони материнства і дитинства. Особливості перебігу гестаційного процесу і його результат багато в чому визначаються початковим станом материнського організму, який залежить від ряду чинників, серед яких велике значення має вік [1–7].

Останнім часом спостерігається збільшення частоти пологів у жінок, які народжують вперше після 30 років, що пов'язано з успіхами лікування безпліддя і невиношування вагітності в одних або з плануванням народження дитини на пізніший вік – в інших [7]. В умовах сьогодення немає єдиної думки щодо того, чи є вік вагітних старше 30 років чинником ризику. З одного боку, не стільки вік жінки, скільки хронічні захворювання, що збільшуються з віком, несприятливо впливають на перебіг і результат вагітності [1–7]. Проте, на думку більшості авторів, вік після 30 років є універсальним чинником ризику, особливо для жінок, які народжують вперше [1, 7].

За даними ВООЗ (2008), в країнах, що розвиваються, показники материнської смертності серед жінок старше 30 років в 2–4 рази вище, ніж у віковій групі 23–25 років. За даними сучасної літератури [1–7], у жінок після 30 років відмічено збільшення частоти ускладнень вагітності і пологів:

пreekлампсії, гестаційної анемії, невиношування і недоношування, маткових кровотеч, але особливо перинатальної патології. При цьому рівень плодових втрат у 2–3 рази вище в порівнянні з жінками у віці 23–25 років, а ризик аномалій розвитку плода збільшений в 3–4 рази.

Причини високого рівня акушерської і перинатальної патології у жінок після 30 років на сьогодні все ще вивчені недостатньо і трактуються різними дослідниками неоднозначно. Відсутній диференційований підхід до профілактики акушерських і перинатальних ускладнень залежно від віку жінок.

Все вищевикладене, на нашу думку, обґрунтовує необхідність подальших робіт в даному напрямку для ефективного вирішення актуальної акушерської проблеми.

Мета дослідження: зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень у жінок, які народжують вперше після 30 років, на основі вивчення, клінічних, функціональних, ендокринологічних імунологічних, біохімічних і мікробіологічних особливостей, а також розроблення і впровадження алгоритму лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети і завдань нами було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 250 жінок, що народжували вперше після 30 років, яких залежно від віку було розподілено на наступні групи і підгрупи:

- контрольна група – 50 жінок, що народжують вперше у віці від 19 до 29 років;
- 1 група – 100 жінок, що народжують вперше у віці старше 30 років, які отримували загальноприйнятні лікувально-профілактичні заходи і яких було розподілено на три підгрупи залежно від віку:
 - 1.1 – 50 жінок у віці від 30 і до 34 років,
 - 1.2 – 30 жінок у віці від 35 до 39 років,
 - 1.3 – 20 жінок старше 40 років;
- 2 група – 100 жінок, що народжують вперше після 30 років, які отримували вдосконалені нами лікувально-профілактичні заходи і яких було також розподілено на три підгрупи з врахуванням віку:
 - 2.1 – 50 жінок у віці від 30 і до 34 років,
 - 2.2 – 30 жінок – у віці від 35 до 39 років,
 - 2.3 – 20 жінок старше 40 років.

Загальноприйнятні лікувально-профілактичні заходи проводили відповідно до протоколів МОЗ України з врахуванням ступеня перинатального ризику.

Удосконалена нами методика носила диференційований характер та включала наступні моменти.

1. У жінок, які народжували вперше у віці 30–34 роки, додаткову терапію не використовували і вели пацієнтку згідно протоколів МОЗ України.

2. У жінок, які народжували вперше у віці 35–39 років, додатково застосовували під час вагітності:

- нормалізацію психоемоційного статусу шляхом призначення фітопрепаратів;
- використання препаратів фолієвої кислоти і йоду;

- спазмолітичну терапію з використанням ректальних свічок з антигомотоксичними препаратами;
- гормональну корекцію на основі застосування препаратів прогестерону;
- використання малих доз аспірину (кардіомагнілу) з метою профілактики плацентарної дисфункції;
- препарати селену або оксілік для попередження антифосфоліпідного синдрому;
- комплексу вітамінів С і Р з метою нормалізації судинної стінки;
- розродження шляхом партнерських пологів;
- апітерапію в післяпологовому періоді з метою профілактики гіпогалактії.

3. У жінок, які народжували вперше після 40 років, крім описаних вище моментів додатково застосовували:

- з метою корекції дисметаболических порушень – глатумінову кислоту, метіонін, гепатопротектори і сорбенти;
- для попередження передчасних пологів – профілактичне застосування бета-адреноміметиків;
- при появі плацентарної дисфункції – препарати трентал і актовегін;
- з метою профілактики респіраторного дистрес-синдрому – дексаметазон;
- для корекції порушень мікробіоценозу статевих шляхів – комплексні препарати;
- при пологах, незалежно від способу пологорозрішення – обов'язкове використання епі- або перидуральної анестезії;
- після пологів з метою профілактики і лікування гіпогалактії використання білкових препаратів.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, функціональні, ендокринологічні, імунологічні, біохімічні, мікробіологічні та статистичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що клінічний перебіг вагітності у жінок, які народжують вперше після 30 років залежить від віку пацієнток і характеризується високою частотою невиношування (2,0% – в 30–34 роки; 10,0% – в 35–39 років і 15,0% – старше 40 років); передчасних пологів (2,0; 6,7 і 10,0% відповідно); плацентарної дисфункції (28,0; 56,7 і 65,0% відповідно); анемії вагітних (24,0; 50,0 і 70,0% відповідно) і пreekлампсії різного ступеня тяжкості (16,0; 36,7 і 50,0% відповідно).

Частота ускладнень при розродженні у жінок, які народжують вперше після 30 років, залежить від віку пацієнток і відбувається на фоні значного рівня передчасного розриву плодових оболонок (24,0; 40,0 і 50,0% відповідно), аномалій пологової діяльності (22,0; 36,7 і 40,0% відповідно) і дистресу плода (18,0; 33,3 і 35,0% відповідно), що призводить до високої частоти кесаревих розтинів (16,0; 26,7 і 35,0% відповідно).

Перинатальні результати розродження у жінок, які народжують вперше після 30 років, залежать від віку пацієнток і характеризуються високою частотою асфіксії середнього (16,3; 20,0 і 14,2% відповідно) і важкого ступеня

(8,2; 8,0 і 14,2% відповідно), реалізації внутрішньоутробного інфікування (6,1; 12,0 і 21,4% відповідно), респіраторного дистресу плода (6,1; 16,0 і 28,0% відповідно), а також інтра- (у жінок 35–39 років – 4,0% і старше 40 років – 7,1%) і постнатальної загибелі плода (4,0 і 7,1% відповідно).

Функціональний стан фетоплацентарного комплексу у жінок, які народжують вперше у 30–34 роки, характеризується компенсованим станом і низьким рівнем плацентарної дисфункції (18,0%). У жінок, які народжують вперше у 35–40 років, перші ознаки плацентарної недостатності з'являються в 32–26 тиж вагітності і прогресують до моменту розродження – 33,3% випадків. У жінок, які народжують вперше після 40 років, перші ознаки плацентарної дисфункції з'являються в 28–32 тиж вагітності і перед розродженням, в 35,0% випадків носять декомпенсований характер (затримка розвитку плода – 50,0%; зміна об'єму навколоплідних вод – 35,0%; поява дещелерацій, посилення кровотоку в артерії пуповини і середньо-мозковий артерії плода при одночасному зниженні кровотоку в маткових артеріях; дисгормональні і дисметаболичні порушення).

Декомпенсовані зміни системного імунітету і цитокинового обміну у жінок, які народжують вперше у 30–34 роки, відсутні. У жінок, які народжують вперше у 35–40 років, з'являються з III триместру вагітності і у жінок, які народжують вперше після 40 років – з II триместру гестації і характеризуються наступними моментами:

- достовірним зниження CD3+; CD4+; CD16+; CD20+; вмісту лізоциму IL-4 і γ -ІФН ($p < 0,05$ і $p < 0,01$ відповідно);
- достовірним збільшенням CD8+; CD23+; IL-1; IL-2; IL-10 і α -ФНП ($p < 0,05$ і $p < 0,01$).

Стан мікробіоценозу статевих шляхів у жінок, які народжують вперше у 30–34 роки, достовірно не змінюється впродовж всієї вагітності. У жінок, які народжують вперше у 35–39 років, починаючи з III триместру, а у жінок, які народжують вперше після 40 років – з II триместру гестації з'являються декомпенсовані зміни:

- достовірне зниження абсолютного числа *Lactobacillus* spp. і *Bifidobacterium* spp. ($p < 0,05$ і $p < 0,01$);
- достовірне збільшення абсолютного числа умовно-патогенної і патогенної мікрофлори – *Staphylococcus* spp., *Enterococcus* spp., *Candida* spp., *Peptostreptococcus* spp. і *Bacteroides* spp. ($p < 0,05$ і $p < 0,01$).

Сумарна частота гіпогалактії у жінок, які народжують вперше після 30 років, становить 56,7% (30–34 роки – 20,0%; 35–40 років – 53,3% і старше 40 років – 73,3%). Якісні зміни грудного молока у жінок, які народжують вперше у 30–34 роки, відсутні, у жінок, які народжують вперше у 35–40 років, характеризуються достовірним ($p < 0,05$) зниженням вмісту лактози, лактоферина, загального білка, ліпідів і вітаміну С, а у жінок, які народжують вперше після 40 років, – додатковим достовірним ($p < 0,01$) зменшенням рівня церулоплазміну, казеїну, вітаміну Е та імуноглобулінів класу А, М і G.

Використання запропонованого алгоритму лікувально-профілактичних заходів дозволяє знизити у жінок, які народжують вперше після 30 років,

сумарну частоту невиношування (з 7,0 до 2,0%); передчасних пологів (з 5,0 до 3,0%); плацентарної дисфункції (з 44,0 до 32,0%); анемії вагітних (з 41,0 до 34,0%); прееклампсії (з 29,0 до 22,0%); аномалій пологової діяльності (з 26,0 до 19,0%); кесаревих розтинів (з 23,0 до 16,0%); асфіксії новонароджених середнього (з 25,0 до 10,2%) і важкого ступеня (з 12,5 до 5,2%); інтра- і постнатальної загибелі плода (з 4,6 до 1,0%); постгіпоксичної енцефалопатії (з 12,5 до 5,2%); реалізації внутрішньоутробного інфікування (з 17,0 до 10,2%) респіраторного дистресу плода (з 12,5 до 5,2%).

ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, використання запропонованого алгоритму лікувально-профілактичних заходів у першонароджуючих пізнього репродуктивного віку з використанням диференційованого підходу, заснованого на вікових аспектах, дозволяє істотно знизити частоту не лише репродуктивних втрат, але і основних акушерських і перинатальних ускладнень, що є вирішенням важливої проблеми сучасного акушерства.

Первые роды после 30 лет: диагностика и профилактика акушерских и перинатальных осложнений В.В. Маркевич

Результаты проведенных исследований показали, что использование предлагаемого алгоритма лечебно-профилактических мероприятий у первородящих старше 30 лет с использованием дифференцированного подхода, основанного на возрастных аспектах, позволяет существенно снизить частоту не только репродуктивных потерь, но и основных акушерских и перинатальных осложнений, что является решением важной проблемы современного акушерства.

Ключевые слова: первые роды после 30 лет, акушерские и перинатальные осложнения.

First labour after 30 years: diagnostics and preventive maintenance obstetrical and perinatal complications V.V. Markevich

Results of the spent researches have shown that use of offered algorithm of treatment-and-prophylactic actions at first-labour is more senior 30 years with use of the differentiated approach based on age aspects, allows essentially frequency not only reproductive losses, but also the cores obstetrical and perinatal complications that is the decision important problems of modern obstetrics.

Key words: first labour after 30 years, obstetrical and perinatal complications.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Байтерян И.К. Продолжительность родовой деятельности в различных возрастных группах. / И.К. Байтерян, А.Х. Яруллин // Казанский медицинский журнал. – 2013. – Т. 64, № 4. – С. 305.
2. Беременность и роды у первородящих женщин старшего возраста / [М.П. Рудюк, П.Г. Жученко, И.А. Сытник., П.Ф. Шамрай]. – К.: Здоров'я, 2007. – 160 с.
3. Бунин А.Т. Синдром задержки развития плода : патогенез, клиника, диагностика и лечение / А.Т. Бунин, М.В. Федорова // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 7. – С. 74–78.
4. Вдовиченко Ю.П. Прогнозування та корекція фетоплацентарної недостатності у вагітних зі звичним невиношуванням в анамнезі / Ю.П. Вдовиченко, А.В. Ткаченко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2012. – № 2. – С. 78–85.
5. Венцківський Б.М. Прогнозування невиношування вагітності шляхом комплексної оцінки соматотипологічного та психологічного статусу вагітної / Б.М. Венцківський, А.Л. Костюк, О.О. Белов // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – № 6. – С. 70–72.
6. Витушко С.А. Индивидуальная оценка функции фетоплацентарного комплекса / С.А. Витушко, С.В. Новикова // проблемы акушерства и гинекологии в исследованиях МОНИИАГ: Сб: научн. статей. – М.: Academia, 2015. – С. 130–135.
7. Гасанова Р.П. Особенности гормональной функции плаценты у первородящих различных возрастных групп с угрозой прерывания беременности / Р.П. Гасанова // Вестн. Рос. ассоц. акуш. – 2010. – № 6. – С. 46–48.

УДК 618.33-02:616-053.1

Актуальні питання тактики ведення вагітності при синдромі фето-фетальної трансфузії

О.В. Мельник

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

Результати проведених досліджень свідчать, що патофізіологія синдрому фето-фетальної трансфузії (СФФТ) є багатофакторною з судинними анастомозами в монохоріальній плаценті як анатомічною основою, гемодинамічними і гормональними чинниками, що призводять до різного рівня клінічної картини синдрому. Отримані результати дозволяють підвищити ефективність прогнозування і ранньої діагностики СФФТ, що сприяє своєчасній зміні тактики ведення вагітності і пологів з метою зниження частоти перинатальної патології.

Ключові слова: синдром фето-фетальної трансфузії, вагітність, прогнозування.

На сьогодні багатоплідну вагітність вважають чинником високого ризику щодо розвитку перинатальної патології у зв'язку з великою кількістю ускладнень, особливостями розвитку плодів і підвищеними вимогами до материнського організму [1, 8]. За даними ряду авторів [2, 9], при багатоплідній вагітності відзначають збільшення в 2–3 рази частоти внутрішньоутробної загибелі плодів, неонатальної і перинатальної смертності, а також частоти неврологічних і кардіологічних ускладнень у дітей.

При мимовільному настанні багатоплідної вагітності основним фактором, що впливає на перинатальні результати, є тип плацентациї [3, 10]. За даними літератури, найбільш несприятливий перебіг вагітності спостерігається при монохоріальному типі плацентациї, коли можливий розвиток такого ускладнення, як синдром фето-фетальної трансфузії (СФФТ) [4, 8]. СФФТ зустрічається з частотою 26% і характеризується високою перинатальною смертністю – 15–17% від всіх перинатальних втрат при багатоплідній вагітності [1, 9]. Розвиток СФФТ пов'язаний з наявністю судинних анастомозів в монохоріальній плаценті, що призводять до патологічного скидання крові від одного плода до іншого, при цьому один плід стає донором, а інший реципієнтом [8–10].

У сучасній літературі є невелика кількість робіт, присвячених вивченню прогностичних критеріїв розвитку СФФТ, проте існуючі підходи не завжди сприяють ранній діагностиці даного синдрому і визначенню оптимальної тактики ведення вагітності при монохоріальних двійнях [1, 10].

У літературі ми зустріли поодинокі повідомлення про вивчення функції діастолі лівого шлуночку при багатоплідній вагітності, а також про зіставлення показників функціонального стану серцево-судинної системи плода і СФФТ, що і послужило підставою для проведення даного наукового дослідження.

Усе наведене вище є обґрунтуванням проведення даного наукового дослідження.

Мета дослідження: підвищення ефективності прогнозування і ранньої діагностики синдрому фето-фетальної трансфузії при багатоплідній вагітності на основі динамічного вивчення доплерометричних та ехографічних показників і їх зіставлення з результатами морфологічних досліджень плаценти.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети проведено обстеження, аналіз перебігу вагітності, пологів, стан здоров'я новонароджених у 100 жінок з багатоплідною вагітністю двійнятами, яких було розподілено на наступні групи:

- 1 група (n=25) – вагітні з двійнятами і монохоріальним типом плацентації, в яких народилися близнята без синдрому фето-фетальної трансфузії (СФФТ);
- 2 група (n=25) – вагітні з двійнятами і монохоріальним типом плацентації, в яких СФФТ був визначений при ультразвуковому дослідженні, і близнята були народжені з ознаками СФФТ;
- група порівняння (n=50) – вагітних з двійнятами і біхоріальним типом плацентації.

Залежно від тяжкості СФФТ 2 групу було розподілено на дві підгрупи: у підгрупу 2.1 увійшли 15 жінок з монохоріальною вагітністю і компенсованим СФФТ, який був представлений початковими ультразвуковими ознаками СФФТ [5, 6] і підтверджений після народження близнят; у підгрупу 2.2 – 10 пацієнток з монохоріальною вагітністю, в яких СФФТ був представлений розгорненою клінічною картиною при ультразвуковому дослідженні і обстеженні новонароджених близнят. Даний розподіл на підгрупи проведено з метою вивчення зміни можливих прогностичних ультразвукових критеріїв СФФТ при різному ступені вираженості цього синдрому.

Крім того, 100 вагітних жінок з нормальним перебігом одноплідної вагітності (3 група) і 30 жінок (4 група) з діагностованим при ультразвуковому дослідженні синдромом затримки розвитку плода (СЗРП) ми включили в дослідження, результати якого відображено в подальшому. На підставі дослідження жінок з нормальним перебігом одноплідної вагітності були розроблені нормативні показники ультразвукового критерію часу ізоволюмічного розслаблення лівого шлуночку серця плода в різні терміни гестації. Групу жінок з одноплідною вагітністю і синдромом затримки розвитку плода ми розглядали як модель патології системи мати-плацента-плід в результаті зниження перфузії плаценти в умовах гіпоксії.

Обстеження всіх вагітних проводили згідно загальноприйнятих рекомендацій [1, 3]. Тип плацентації у всіх досліджуваних групах був визначений в терміні вагітності 12–14 тиж за сукупністю ультразвукових ознак [5, 6].

Оцінка загальносоматичного статусу ґрунтувалася на даних клінічного огляду, загальноприйнятих лабораторних аналізів і функціональних досліджень.

Поряд із загальноклінічним обстеженням проводилися ультразвукові, доплерометричні дослідження вагітних. Ультразвукові дослідження виконувалися на апараті «Siemens Sonoline G40» і «Aloka-SSD 2000» з використанням конвексного датчика 3,5 МГц і застосуванням кольорового доплерівського кватиркування на апараті «Siemens GM-650042E00».

Для неінвазивного оцінювання величини систоли артеріального тиску було проведено вимірювання показника часу ізоволюмічного розслаблення (ЧІР) в лівому шлуночку (ЛШ) плодів. Для виміру ЧІР в ЛШ плода візуалізували чотирикамерний зріз серця при поперечному скануванні. Допплерівський пробний об'єм поміщали в порожнину ЛШ безпосередньо під стулками клапана митри. Низькочастотний фільтр був встановлений на 100 Гц. Записи кровотоку оцінювали як задовільні, якщо кут між напрямом курсору і кровотоку не перевищував 10 градусів. Реєстрацію кривих швидкості кровотоку здійснювали в умовах рухового спокою і апное плодів. Допплерометричний показник розраховувався з трьох послідовних серцевих циклів при швидкості запису 100 см/с. На записі ЧІР вимірювали як відстань між артефактом закриття аортального клапана і моментом початку трансмітрального потоку крові.

За допомогою кольорового доплерівського кватиркування у плаценті були визначені судинні анастомози, що відносяться до групи компенсаторних [5, 6].

Патоморфологічне дослідження включало візуальне оцінювання, органомерію, оглядову мікроскопію і морфометрію за загальноприйнятими методиками [7]. Усі вивчені плаценти розподілені на групи, аналогічно групам обстежених жінок.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що клінічний перебіг багатоплідної вагітності залежить від типу плацентації, причому при монохоріальному варіанті вище частота таких ускладнень, як загроза переривання впродовж всієї гестації (76,0% в порівнянні з 64,0%), плацентарна дисфункція (74,0% проти 42,0%), передчасні пологи (88,0% в порівнянні з 54,0%) і сумарна частота перинатальної патології (92,0% проти 56,0%). При цьому наявність фето-фетальної трансфузії при монохоріальному типі плацентації є додатковим чинником ризику розвитку плацентарної дисфункції і передчасних пологів.

У новонароджених у випадку монохоріальних двійнят, які народилися з СФФТ, спостерігалось більше ускладнень в ранньому неонатальному періоді: важка гіпоксія (62,0% в порівнянні з 40,0%), неонатальна гіпербілірубінемія (68,0% проти 40,0%); ушкодження центральної нервової системи (76,0% в порівнянні з 42,0%), порушення ритму серця (72,0% проти 36,0%), що вимагає тривалішої інтенсивної терапії (на 12,1±1,2 днів) і постнатальної реабілітації (на 31,4±2,8 днів).

Для ранньої діагностики фето-фетального синдрому необхідно після 18 тижнів визначати різницю тиску між двома фетальними системами за зна-

ченням часу ізволюмічного розслаблення. При цьому різниця цього показника у донора і реципієнта більше 14 мм є ознакою початку фето-фетальної трансфузії.

Розвиток фето-фетального синдрому залежить від відстані між прикріпленням пуповини до плаценти, при цьому мережа компенсаторних (поверхневих) анастомозів при патологічному прикріпленні пуповини не забезпечує стійкість між двома системами кровообігу і призводить до розвитку даної патології, що дозволяє прогнозувати розвиток фето-фетального синдрому з 18 тиж вагітності.

При фето-фетальному синдромі у плодів-донорів спостерігається зниження скорочувальної здатності міокарду і падіння артеріального тиску, що проявляється в гіпотонії донора при декомпенсації даної патології. Позитивна кореляція між часом ізволюмічного розслаблення і гестаційним терміном плодів з клінікою фето-фетального синдрому відображає прогресивне порушення функції діастолі лівого шлуночка в результаті тяжкої гіпоксії.

Несприятливим прогностичним критерієм розвитку декомпенсованого СФФТ є зниження показника часу ізволюмічного розслаблення і підвищення резистентності кровотоку в артерії пуповини у плода-донора, а також збільшення розміру правої долі печінки в плода-реципієнта, що може служити показанням для дострокового розродження.

Патогенез фето-фетального синдрому є багатофакторним з різною вираженістю судинних анастомозів в монохоріальній плаценті як анатомічною основою, гемодинамічними і гормональними чинниками, що призводять до різного рівня клінічної картини даної патології.

Для практичної охорони здоров'я ми можемо рекомендувати наступне:

- монохоріальний тип плацентації багатоплідної вагітності є чинником ризику фето-фетального синдрому, що вимагає індивідуального ехографічного і доплерометричного спостереження під час вагітності і при розродженні;
- прогностичними критеріями розвитку фето-фетального синдрому є відстані між прикріпленням пуповини до плаценти, число поверхневих анастомозів, зниження показника часу ізволюмічного розслаблення, підвищення резистентності кровотоку в артерії пуповини в плода-донора, а також збільшення розміру правої долі печінки в плода-реципієнта;
- вагітним з багатоплідною вагітністю і монохоріальним типом плацентації має бути передбачена госпіталізація в критичні терміни (21–24 тиж, 28–32 тиж) і в терміні 34–35 тиж в перинатальний центр з вибором індивідуальної тактики ведення пологів і раннього неонатального періоду;
- наявність об'єктивних діагностичних критеріїв фето-фетального синдрому є показанням для дострокового абдомінального розродження.
- при веденні новонароджених з фето-фетальним синдромом необхідно динамічне ультразвукове дослідження центральної і церебральної гемодинаміки і готовність до можливого проведення часткового замінного переливання крові з подальшим заповненням об'єму циркулюючої крові, як у донора, так і в реципієнта.

ВИСНОВКИ

Таким чином, було доведено, що патофізіологія синдрому фето-фетальної трансфузії (СФФТ) є багатофакторною з судинними анастомозами в монохоріальній плаценті як анатомічною основою, гемодинамічними і гормональними чинниками, призводячи до різного рівня клінічної картини синдрому. Отримані результати дозволяють підвищити ефективність прогнозування і ранньої діагностики СФФТ, що сприяє своєчасній зміні тактики ведення вагітності і пологів з метою зниження частоти перинатальної патології.

Актуальные вопросы тактики ведения беременности при синдроме фето-фетальной трансфузии О.В. Мельник

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что патофизиология синдрома фето-фетальной трансфузии (СФФТ) является многофакторной с сосудистыми анастомозами в монохоральной плаценте как анатомической основой, гемодинамическими и гормональными факторами, которые приводят к различной клинической картине этого синдрома. Полученные результаты позволяют повысить эффективность прогнозирования и ранней диагностики СФФТ, что способствует своевременному изменению тактики ведения беременности и родов с целью снижения частоты перинатальной патологии.

Ключевые слова: синдром фето-фетальной трансфузии, беременность, прогнозирование.

Actual questions of tactics of conducting pregnancy at a syndrome feto-fetal transfusions O.V. Melnyk

Results of the spent researches testify, that patophysiology of SFFT is multifactorial with vascular anastomosis in monohorial placenta as an anatomic basis, haemodynamic and hormonal factors, which result to a various clinical picture of this syndrome. The received results allow to raise a forecasting effectiveness and early diagnostics SFFT that promotes timely change of tactics of conducting pregnancy and sorts for the purpose of frequency decrease perinatal pathology.

Key words: syndrome feto-fetal transfusions, pregnancy, forecasting.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Василевская Л. П. Многоплодная беременность : Метод. рекомендации / Л. П. Василевская, М. А. Фукс, Е. А. Чернуха. – М.: Медицина, 2007. – 32 с.
2. Воробей В. О. Профилактика прееклампсии та анемії при багатоплідній вагітності : автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.01 «Акушерство і гінекологія» / В. О. Воробей. – К., 2008. – 19 с.
3. Егорова О. А. Течение беременности и родов у женщин с многоплодием / О. А. Егорова // Вестник Рос. Асс. акушеров-гинекологов. – 2008. – № 1. – С. 34–35.
4. Завадська О. Ю. Плацентарна недостатність при багатоплідній вагітності: Автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.01 «Акушерство і гінекологія» / О. Ю. Завадська. – К., 2008. – 19 с.

5. Медведев М. В. Допплерометрия в акушерской практике / М. В. Медведев // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии. – 2012. – № 1. – С. 101–109.
6. Медведев М. В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике / М. В. Медведев. – М.: Видар, 2015. – С. 78–79.
7. Милованов А. П. Патология системы мать-плацента-плод / А. П. Милованов. – М.: Медицина, 2008. – 30 с.
8. Aghajanian P. Fetal middle cerebral artery Doppler fluctuations after laser surgery for twin-twin transfusion syndrome / P. Aghajanian, S. A. Assaf, L. M. Korst, D. A. Miller // J. Perinatol. – 2010. – Vol. 9. – P. 463–475.
9. Alexander J. Outcome of twin gestations with a single anomalous fetus / J. Alexander, R. Ramus, S. Cox, L. Gilstrap // J. Obstet. Gynecol. – 2007. – Vol. 47. – p. 849–852.
10. Angel J. Aggressive perinatal care for high-order multiple gestations: Does good perinatal outcome justify aggressive assisted reproductive techniques? / J. Angel, C. Kalter, W. Morales, C. Rasmussen // Amer. J. Obstet. Gynecol. – 2009. – Vol. 181. – P. 253–259.

УДК 618.414.1:618.2-055.28

Пути снижения аномалий родовой деятельности у многорожавших женщин при недоношенной беременности

Е. Набхан

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

Как показали результаты проведенных исследований, профилактика аномалий родовой деятельности у многорожавших женщин является достаточно сложным вопросом, для решения которого необходим комплексный патогенетический подход. Использование предлагаемой нами методики на основе применения препаратов фирмы «Neel» позволяет существенно снизить частоту аномалий родовой деятельности за счет проводимой коррекции функционального состояния фетоплацентарного комплекса.

Ключевые слова: многорожавшие женщины, аномалии родовой деятельности, профилактика.

Патология сократительной деятельности матки остается одной из основных проблем акушерства и проявляется аномалиями родовой деятельности, маточными кровотечениями и другими осложнениями в родах и послеродовом периоде. К группе высокого риска по развитию данной патологии относятся многорожавшие женщины, беременность и роды у которых активно изучаются в последнее время [1, 2, 4]. Однако в литературе имеются лишь отдельные научные сообщения [3], посвященные проблеме сократительной деятельности матки у многорожавших женщин, а также отсутствуют практические рекомендации по эффективной профилактике и лечению аномалий родовой деятельности у пациенток этой группы.

Цель исследования: разработка и внедрение усовершенствованной методики профилактики аномалий родовой деятельности у многорожавших женщин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели было изучено клиническое течение беременности и родов у 100 многорожавших женщин, которые были разделены на две группы: в первую группу вошли 50 многорожавших женщин, получавших общепринятые лечебно-профилактические мероприятия; во вторую группу были включены также 50 многорожавших женщин, которые получали предлагаемую нами методику. Контрольную группу составили 50 первородящих, родоразрешенных через естественные родовые пути.

Общепринятые лечебно-профилактические мероприятия проводились согласно рекомендаций И.З. Закирова и соавторов [2] и включали использование родовой подготовки с применением эстрогено-витамино-глюкозо-кальциевого фона, а также применение антиагрегантов (курантил, трентал) и антигипоксантов (рибоксин, АТФ).

Предлагаемая нами методика основана на использовании лечебно-профилактического комплекса антигемотоксических препаратов фирмы «Heel» в следующие сроки беременности:

- 20–23 нед – формирование фетоплацентарного комплекса;
- 27–30 нед – в эти сроки наиболее часто происходят преждевременные роды;
- 35–38 нед – начинается рододовая подготовка.

Рододовая подготовка препаратами Коензиме композитум и Гепар композитум назначается по следующей схеме – по одной ампуле внутримышечно через 1, 2, 3, 4 и 5 дней (всего на курс 5 инъекций в течение 20 дней). На следующий курс (35–38 нед) дополнительно используется препарат Церебрум композитум по такой же схеме (одна ампула через 1, 2, 3, 4 и 5 дней). При развитии преждевременного разрыва плодных оболочек в общепринятом комплексе родоразрешения (окситоцин или простагландин) необходимо дополнительное использование одной инъекции коензима композитум и церебрум композитум для коррекции плацентарной дисфункции и снятия патологической родовой доминанты.

Научным обоснованием предлагаемой методики является тот факт, что многорожавшие женщины имеют высокий уровень сопутствующей экстрагенитальной патологии (чаще всего заболевание желудочно-кишечного тракта и печени, а также нейроциркуляторную дистонию). Кроме того, у них регистрируется высокая частота акушерских осложнений (анемия беременных, преэклампсия и плацентарная дисфункция). Все это в совокупности приводит к высокой частоте аномалий родовой деятельности. Использование препарата Коензим композитум позволяет улучшить функциональное состояние фетоплацентарного комплекса, а Гепар композитум обеспечивает нормальное функциональное состояние печени и белок-синтезирующую функцию организма. Применение на следующем этапе препарата Церебрум композитум способствует нормализации функционального состояния гипоталамо-гипофизарной области и обеспечивает более качественную рододовую подготовку.

С целью установления факторов, способствующих развитию нарушений сократительной активности матки, изучали возраст, рост, вес, характер становления менструальной функции, соматический, гинекологический и акушерский анамнез, детально анализировали сведения о предыдущих беременностях и родах. Подробно изучали течение и осложнения данной беременности, родов, показания к операции кесарева сечения, послеоперационные осложнения, определяли кровопотерю в родах и во время операции. Состояние новорожденных оценивалось по шкале Апгар, фиксировали рост и массу тела новорожденных.

Для изучения особенностей сократительной деятельности матки составляли и анализировали партограммы. С целью более глубокого изучения патогенеза нарушений сократительной деятельности матки были проведены биохимические и морфологические исследования миомерия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст обследованных первой, второй и контрольной групп колебался от 20 до 36 лет. Анализ клинического течения I половины беременности выявил следующие особенности: частота ранних токсикозов в контрольной группе составила 10,0%; в первой – 26,0% и во второй – 28,0% соответственно. Наиболее выраженные различия между группами имели место после 20 недель беременности. Так, использование предлагаемой нами методики позволило снизить уровень преэклампсии (с 26,0% в первой группе до 14,0% во второй), плацентарной дисфункции (с 34,0% в первой группе до 16,0% во второй); гестационной анемии (с 48,0% в первой группе до 32,0% во второй). Применение разработанной нами методики клинически хорошо переносилось беременными, отсутствовали побочные эффекты и аллергические реакции.

Непосредственно при родоразрешении у женщин второй группы отмечено снижение частоты преждевременного разрыва плодных оболочек (с 42,0% в первой группе до 20,0% во второй), аномалий родовой деятельности (с 36,0% в первой группе до 18,0% во второй), дистресса плода (с 22,0% в первой группе до 12,0% во второй) и соответственно кесарева сечения (с 22,0% в первой группе до 10,0% во второй). При изучении структуры нарушений сократительной деятельности матки необходимо отметить, что уменьшение их частоты произошло за счет дискоординированной родовой деятельности (с 20,0% в первой группе до 4,0% во второй) и вторичной слабости родовой деятельности (с 14,0% в первой группе до 4,0% во второй).

Анализируя перинатальные исходы родоразрешения, можно указать на снижение частоты асфиксии новорожденных тяжелой (с 10,0% в первой группе до 2,0% во второй) и средней степени тяжести (с 16,0% в первой группе до 4,0% во второй), а также родовой травмы (с 6,0% в первой группе до 2,0% во второй). В раннем неонатальном периоде отмечено уменьшение уровня постгипоксической энцефалопатии (с 24,0% в первой группе до 8,0% во второй). Суммарная частота перинатальных потерь снизилась с 60,0% в первой группе до 20,0% при использовании предлагаемой нами методики.

Клинические результаты исследования были подтверждены данными дополнительных лабораторных и функциональных методов исследования, в первую очередь, за счет коррекции плацентарной дисфункции при применении разработанной методики.

ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, профилактика аномалий родовой деятельности у многорожавших женщин является достаточно сложным вопросом, для решения которого необходим комплексный патогенетический подход. Использование предлагаемой нами методики на основе применения препаратов фирмы «Heel» позволяет существенно снизить частоту аномалий родовой деятельности за счет проводимой коррекции функционального состояния фетоплацентарного комплекса.

Шляхи зниження аномалій пологової діяльності у жінок, які багато народжують, при недоношеній вагітності

Е. Набхан

Як показали результати проведених досліджень, профілактика аномалій пологової діяльності у жінок, які багато народжують, є досить складним питанням, для вирішення якого необхідний комплексний патогенетичний підхід. Використання запропонованої нами методики на основі застосування препаратів фірми «Heel» дозволяє істотно знизити частоту аномалій пологової діяльності за рахунок проведеної корекції функціонального стану фетоплацентарного комплексу.

Ключові слова: жінок, які багато народжують, аномалії пологової діяльності, профілактика.

Ways of decrease in anomalies of patrimonial activity at multigiving birth women at pregnancy

E. Nabhan

As have shown results of the carried out researches, the prophylaxis of anomalies of patrimonial activity at the multiparurient women is to a complex enough question, for which decision the complex pathogenetic approach is necessary. Use of procedure, offered us, on the basis of application of preparations of firm «Heel» allows essentially to lower frequency of anomalies of patrimonial activity at the expense of spent correction of a functional state of a fetoplacental complex.

Key words: the multiparurient women, anomaly of patrimonial activity, prophylaxis.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Белази Н. Порівняльні аспекти акушерської та перинатальної патології у жінок, які повторно і багато народжують / Н. Белази // Галицький лікарський вісник. – 2011. – № 1. – С. 90–91.
2. Закиров И.З. Течение и исход беременности и родов у многорожавших женщин / И.З. Закиров, Ш.О. Кенжаев // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 3. – С. 31–34.
3. Петров А.М. Клиника и патогенез нарушенной сократительной деятельности матки у многорожавших женщин / А.М. Петров // Сб. научн. тр., посв. 15-летию ИОЗМР АМН Туркменистана. – Ашгабат, 2004. – С. 27–35.
4. Хамидов М.Х. Исход беременности и родов для плода и новорожденного у перво-, повторно- и многорожавших / М.Х. Хамидов // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 7. – С. 44–46.

УДК 618.36:618.14-003.92

Особливості розродження жінок, які багато народжують, з рубцем на матці

Крістіна Жиме Нунга

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

Як свідчать дані наведеного дослідження, наявність рубця на матці є суттєвим фактором ризику розвитку плацентарної дисфункції. Особливо це виражено у випадку перенесених ускладнень після першої операції: гнійно-запальні порушення контрактильної здатності матки. Лікувально-профілактичні заходи, які використовують сьогодні при високому ризику розвитку плацентарної дисфункції у жінок з рубцем на матці, є недостатньо ефективними. Це диктує необхідність удосконалення лікувально-профілактичної методики.

Ключові слова: жінки, які багато народжують, кесарів розтин, рубець на матці, ускладнення.

Наступний кесарів розтин є одним з найбільш важливих питань проблеми абдомінального розродження. Так, за даними В.В. Абрамченко і Е.А. Ланцев (2012), 10 років тому з приводу рубця на матці оперовано тільки 5% жінок, а нині цей показник у структурі всіх показань становить 30–35%. Перебіг вагітності у жінок з рубцем на матці супроводжується низкою серйозних ускладнень: загроза переривання, неправильне розташування плода, низьке розташування плаценти тощо [1–4]. Крім того, одним із серйозних перинатальних ускладнень у жінок з рубцем на матці є поява синдрому затримки внутрішньоутробного розвитку плода [2]. Виникає дуже несприятлива ситуація – оперативно розроджують жінок з рубцем на матці гіпотрофічними плодами з низькою адаптаційною можливістю. Безумовно, основною причиною розвитку цього ускладнення є плацентарна дисфункція (ПД).

Незважаючи на значну кількість публікацій з цієї проблеми, питання ПД у жінок з рубцем на матці вивчені недостатньо і не в повному обсязі, хоч не викликає сумнівів той факт, що рубцеві трофічні зміни передньої стінки матки призводять до порушення матково-плацентарного кровообігу.

Усе наведене вище свідчить про необхідність проведення наукових досліджень, присвячених вивченню стану фетоплацентарного комплексу та розробленню лікувально-профілактичних заходів у вагітних з рубцем на матці.

Мета дослідження: з'ясувати особливості перебігу вагітності та пологів, післяпологового періоду, а також особливості функціонального стану фетоплацентарного комплексу у вагітних з рубцем на матці.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети та задач були обстежені у динаміці вагітності і в післяпологовий період 60 жінок, які багато народжують та були розроджені шляхом кесарева розтину. Ці жінки були розподілені на дві групи:

I група – 30 жінок, які багато народжують і були розроджені абдомінальним шляхом з приводу ПД у поєднанні з іншими відносними показниками: крупний плід, тазове передлежання, косе або поперечне положення;

II група – 30 жінок з рубцем на матці після кесарева розтину, які багато народжують, з факторами ризику ПД.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, функціональні та ендокринологічні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Як свідчать отримані дані, у першій половині вагітності не відзначено суттєвої різниці від наявності рубця на матці. При цьому слід зазначити той факт, що частота загрози переривання була незначно вище, ніж у загальній популяції (по 16,7%). Порівняно з цим, у другій половині вагітності найчастішим ускладненням була анемія (46,7 і 50,0%), хоча за групами цей показник не зазнавав достовірних різниць. Прояви ПД у жінок з рубцем на матці були на порядок вище порівняно з I групою: багатоводдя – 20,0%; маловоддя – 16,7% і затримка внутрішньоутробного розвитку плода – 20,0%. Ці клінічні особливості перебігу вагітності, особливо в другій її половині, свідчать про суттєвий ризик розвитку ПД у вагітних з рубцем на матці.

Розглядаючи питання розродження обстежених жінок, необхідно зазначити, що основна частина пацієнток була прооперована при доношеній вагітності: I група – 93,3% і II – 90,0%. Серед причин передчасного розродження можна виділити розрив плодових оболонок та загрозу неспроможності рубця на матці.

Серед основних показників до абдомінального розродження переважали дистрес плода (63,3%) та передчасний розрив плодових оболонок (36,7%). Крім того, у I групі жінок серед показників можна виділити крупний плід (56,7%) та тазове передлежання (33,3%). В поодиноких випадках мали місце поперечне і косе положення плода (9,5%), а також екстрагенітальна патологія (6,6%). Встановлені різниці серед основних показань до абдомінального розродження пов'язані, безумовно, з наявністю рубця на матці у жінок II групи.

Усі випадки розродження були виконані під ендотрахеальним наркозом з використанням міорелаксантів. У I групі хворих технічних труднощів під час операції не відзначено. На відміну від цього, при повторному абдомінальному розродженні в 10,0% випадків мали місце технічні труднощі у зв'язку зі спайковим процесом і в 6,7% – утруднення при витяганні плода. Дренування черевної порожнини проведено в 33,3% випадків. Кесарів розтин проводили за методикою Гусакова в 96,7% і лише в 3,3% – корпоральне з приводу загрози неспроможності поперечного корпорального рубця. Операційна крововтрата була ідентичною у всіх групах: I – 573,2±41,4 мл і II – 612,8±57,3 мл ($p>0,05$). Тривалість операції складала в середньому 57,2±5,1 хв у I групі та 67,3±5,2 хв – у II групі. Достовірних різниць між групами не спостерігали.

Отримані дані свідчать про те, що в контрольній групі середня маса новонароджених становить від 3001 г до 3200 г (33,3%). У I групі обстежених частіше інших мали місце два показники: від 2801 г до 3000 г (20,0%) і від 3001 г до 3200 г (20,0%). У вагітних жінок з рубцем на матці у 26,7% випадків була відмічена маса новонароджених від 2801 г до 3200 г. Поодинокі випадки дітей з низькою масою тіла (від 2000 г до 2400г) пов'язані з необхідністю передчасного розродження жінок з рубцем на матці у зв'язку з розривом плодових оболонок або загрозою неспроможності рубця на матці.

При оцінюванні стану новонароджених у контрольній групі жінок асфіксія середнього ступеня мала місце у 6,7%, а показник за шкалою Апгар 7–9 балів – в 93,3% спостережень. Під час першого абдомінального розродження з приводу ПД з важким ступенем асфіксії було витягнуто 6,7% новонароджених, у середньому – 33,3%, а в легкому – 60,0% дітей. Порівнюючи між собою дані показники у вагітних з рубцем на матці слід вказати на той факт, що частота важкого ступеня асфіксії була на вище (16,7% проти 6,7%). На відміну від цього, показник середнього ступеня не мав достовірних різниць (33,3% і 40,0% відповідно), а легкого був менше в II групі (60,0% порівняно з 43,3%). Надалі через 1, 5 і 30 хв усі новонароджені в контрольній групі знаходились в задовільному стані. У ці самі терміни у I групі також не відзначали випадків важкої асфіксії, а показник частоти середнього ступеня асфіксії прогресивно знижувався з 33,3% до 16,7%, 10,0 і 6,7% відповідно по групах.

Зіставляючи отримані значення показників у жінок після повторного кесарева розтину слід зазначити, що рівень важкого і середнього ступеня асфіксії знижувався менш виражено: 10,0%; 6,7%; а також 33,5%; 26,7% і 23,3% відповідно. Ці дані свідчать про виражену різницю стану новонароджених у випадку наявності рубця на матці.

Захворюваність новонароджених у контрольній групі зустрічалася в поодиноких випадках (3,3%) – кон'юнктивіт. Серед особливостей неонатальної патології у дітей з I групи можна виділити суттєвий рівень постгіпоксичної енцефалопатії (13,3%) і кон'юнктивіту (10,0%). Решта нозологічних форм зустрічалась в поодиноких випадках (від 3,3% до 6,7%). Порівнюючи між собою захворюваність новонароджених після першого і повторного кесарева розтину, слід вказати на суттєву різницю таких показників, як постгіпоксична енцефалопатія (13,3% проти 26,7%), геморагічний синдром (6,7% проти 20,0%) та жовтяниця (6,7% проти 20,0%). Отримані дані ми, безумовно, пов'язуємо з суттєвою різницею стану фетоплацентарного комплексу при першому і повторному абдомінальному розродженні.

Для повної характеристики фетоплацентарного комплексу ми провели ехографічні дослідження плаценти і внутрішньоутробного розвитку плода, кардіотокографічні і доплерометричні дослідження, а також визначення вмісту основних ендокринологічних показників.

Динаміка фетометричних змін є дуже цінним інформативним тестом в оцінці стану фетоплацентарного комплексу. З цілого ряду таких показників ми вважали за доцільне вивчити чотири: розміри голови плода (біпаріетальний, лобово-потилічний, периметр та площу); діаметр живота, три розміри грудної клітини (поперечний, передньо-задній та середній), а також середню довжину трубчастих кісток (стегнової, плечової, ліктьової та променевої; великої та малої голікової).

Резюмуючи результати динамічних біометричних досліджень необхідно відмітити той факт, що наявність рубця на матці є суттєвим фактором ризику розвитку ПД з ЗРП, причому за асиметричним варіантом (достовірно зниження всіх розмірів, що вивчалися). Крім того, тут необхідно відмітити недостатню ефективність використовуваних лікувально-профілактичних методик щодо ведення жінок з рубцем на матці, що, безумовно, вказує на необхідність їх удосконалення.

Як свідчать результати доплерометричних досліджень, проведених з урахуванням факторів ризику, однією з основних причин розвитку плацентарної недостатності у вагітних з рубцем на матці є перенесені після першої операції гнійно-запальні ускладнення чи порушення контрактильної здатності матки. Даний факт має безумовно велике прогностичне значення, а також вказує на необхідність удосконалення існуючих лікувально-профілактичних заходів.

Для повного оцінювання функціонального стану фетоплацентарного комплексу вважали за доцільне проведення ендокринологічних досліджень. Встановлені нами зміни ендокринологічного статусу свідчать про те, що у вагітних з рубцем на матці має місце виражена плацентарна недостатність з гіпофункцією плаценти як органа ендокринної системи. Характерною особливістю тут є той факт, що гіпостерогенія має місце вже в 28 тиж вагітності, в той час як ехографічні та доплерометричні зміни – тільки з 32–33 тиж. Це свідчить про необхідність комплексної корекції ПД в цій групі хворих вже після 20 тиж, тобто після формування фетоплацентарного комплексу.

ВИСНОВКИ

Таким чином, як свідчать дані наукової дослідження, наявність рубця на матці є суттєвим фактором ризику розвитку ПД. Особливо це виражено у випадку перенесених ускладнень після першої операції: гнійно-запальні і порушення контрактильної здатності матки. Лікувально-профілактичні заходи при високому ризику розвитку ПД у жінок з рубцем на матці, які існують і використовуються на сьогодні, є недостатньо ефективними. Це диктує необхідність удосконалення лікувально-профілактичної методики ведення цих вагітних.

Особенности родоразрешения многорожавших женщин с рубцом на матке Кристина Жиме Нунга

Как свидетельствуют данные нашей научной работы, наличие рубца на матке является существенным фактором риска развития плацентарной дисфункции. Особенно это выражено в случае перенесенных осложнений после первой операции: гнойно-воспалительные и нарушения сократительной способности матки. Лечебно-профилактические мероприятия, которые используются в настоящее время при высоком риске развития плацентарной дисфункции у женщин с рубцом на матке, недостаточно эффективны. Это диктует необходимость совершенствования лечебно-профилактической методики.

Ключевые слова: многорожавшие женщины, кесарево сечение, рубец на матке, осложнения.

Features delivery multigiving birth women with a cut on a uterus Christina Zhime Nunga

As the data of our scientific work, presence cut on a uterus testify is an essential risk factor of development placental dysfunction. Especially it is expressed in case of the transferred complications after the first operation: pyoinflammatory and infringements contractile abilities of a uterus. Now in use treatment-and-prophylactic actions at high risk of development placental dysfunction at women with cut on a uterus are insufficiently effective. It dictates necessity of improvement of a treatment-and-prophylactic technique.

Key words: multigiving birth women, cesarean section, cut on a uterus, complications.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамченко В.В. Кесарево сечение / В.В. Абрамченко, Е.А. Ланцев. – СПб.: Всесоюз. молодеж. кн. центр. Фил. «Васильевский остров», 2012. – 147 с.
2. Бейлин А.Л. Кесарево сечение при миоме матки / А.Л. Бейлин, Н.Е. Кретова, П.А. Каллаева // Вопросы охраны материнства и детства. – 2013. – № 4. – С. 55–58.
3. Кулаков В.И. Миомэктомия и беременность / В.И. Кулаков, Г.С. Шмаков. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 344 с.
4. Babknia A. Pregnancy success following abdominal myomectomy for infertility / A. Babknia, J.A. Rock, H.W. Jones // Fertil. and Steril. – 2013. – Vol. 30, N 6. – P. 644.

Влияние типа аномалий развития матки на течение гестационного периода

А.П. Садовой

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

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

Ключевые слова: аномалии развития матки, осложнения беременности.

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

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

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

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

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

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

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Рассматривая особенности течения беременности у женщин с аномалиями развития матки в зависимости от типа порока матки, все пациентки были разделены на 5 подгрупп в зависимости от типа порока развития матки:

- 1.1 подгруппа седловидной матки – 44 (29,3%) женщины;
- 1.2 подгруппа двурогой матки – 56 женщин (37,3%) (среди них слияние рогов матки в верхней трети у 14, в средней трети у 31, в нижней трети у 11 пациенток);
- 1.3 подгруппа удвоения матки – 18 (12,0%) женщин;
- 1.4 подгруппа внутриматочной перегородки – 17 (11,3%) женщин (из них у 3 пациенток полная, у 14 неполная перегородка матки);
- 1.5 подгруппа однорогой матки – 15 женщин (10,0%).

Кроме того, подгруппа двурогой матки 1.2 была разделена на три, в зависимости от уровня слияния рогов матки: в верхней 1.2.1, средней – 1.2.2 и нижней трети – 1.2.3.

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

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

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

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

Случаев ЗРП второй и третьей степени в группе контроля не отмечено, а в основной группе ЗРП третьей степени диагностировано только в двух случаях в подгруппе седловидной матки, при этом в одном случае ЗРП сформировалось на фоне тяжелой преэклампсии, а в другом – при отягощенной акушерском анамнезе (длительное бесплодие и привычное невынашивание в анамнезе). В подгруппах женщин с внутриматочной перегородкой, двурогой маткой со слиянием рогов в верхней и нижней трети ЗРП второй и третьей степени не диагностирована. ЗРП второй степени была отмечена в подгруппе женщин с двурогой маткой со слиянием маточных рогов в средней трети, а также в подгруппах седловидной, однорогой матки и удвоения матки. При этом, если в подгруппах женщин с однорогой маткой и удвоением матки, большинство пациенток, у которых сформировалась ЗРП второй степени (10 случаев – 6,7%), были первобеременными и отставание темпов роста плода преимущественно связано с анатомическими особенностями матки, то в подгруппе женщин с седловидной маткой и двурогой матки со слиянием в средней трети формирование ЗРП второй степени проходило на фоне тяжелой преэклампсии (у 4 из 6 женщин), у одной пациентки – на фоне преэклампсии средней степени тяжести, а у другой – при привычном невынашивании в анамнезе.

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

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

Неправильное положение и предлежание плода в контрольной группе встречалось только в 3,3% случаев, в то время как во всех основных подгруппах удельный вес был статистически выше, кроме подгрупп женщин с двурогой матки со слиянием рогов в верхней и нижней трети. Наибольший удельный вес неправильного положения и предлежания плода регистрируется в подгруппе однорогой матки (60,0%). Характерно, что во всех подгруппах, кроме подгруппы седловидной матки, в структуре неправильного положения и предлежания плода до-

минируют варианты тазового предлежания. Наибольший удельный вес косоугольного или поперечного положения плода (32,8%) диагностирован в подгруппах женщин с седловидной и двурогой маткой со слиянием рогов в средней трети, что статистически больше по сравнению с группой контроля (3,3%; $p < 0,001$).

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

ВЫВОДЫ

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

Вплив типу аномалій розвитку матки на перебіг гестаційного періоду А.П. Садовий

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, фоном для них є не лише аномалії як такі, але і супутні гінекологічні захворювання. Отримані результати зумовлюють необхідність подальшого вивчення даної проблеми, особливо в аспекті поліпшення перинатальних результатів розродження.

Ключові слова: аномалії розвитку матки, ускладнення вагітності.

Influence of type of anomalies of development of uterus on current gestation period A. P. Sadovoj

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

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

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адамян Л.И. Оперативная гинекология детей и подростков / Л.И. Адамян, Е.Д. Богданова. – М: Элком, 2009. – 208 с.
2. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков / Е.А. Богданова. – М: Медицинское информационное агентство, 2010. – 332 с.
3. Коколина В.Ф. Гинекология детского возраста / В.Ф. Коколина. – М: Медпрактика-М, 2009. – 267 с.
4. Мартыш Н.С. Клинико-эхографические особенности аномалий развития матки и влагалища / Н.С. Мартыш // Sono Ace International. – 2010. – № 6. – С. 60–71.
5. Милованов А.П. Патология системы мать-плацента-плод / А.П. Милованов. – М.: Медицина, 2009. – 447 с.

УДК 618.36-06:618.145-007.415-071.1

Плацентарная дисфункция у женщин с эндометриозами в анамнезе

Н.П. Сухоставец

Медицинский институт Сумского государственного университета
МОН Украины

Результаты проведенных исследований показали, что беременность и роды у женщин с эндометриозом в анамнезе является достаточно серьезной научной проблемой. Одним из наиболее важных направлений является изучение функционального состояния фетоплацентарного комплекса и разработка диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: эндометриоз, плацентарная дисфункция.

В современных условиях наблюдается тенденция к увеличению распространенности генитального эндометриоза, особенно среди женщин молодого репродуктивного возраста, что существенно снижает качество их жизни [1–6]. Частота бесплодия при данной патологии достигает 80%, причем в настоящее время нет единого мнения о причинах бесплодия при данном заболевании, особенно при сохраненном двухфазном менструальном цикле и проходимых маточных трубах [2, 4].

Несмотря на значительное число научных публикаций в данном научном направлении, одним из наиболее неизученных вопросов является беременность и роды у женщин с эндометриозом в анамнезе.

Гормональный гомеостаз, способствующий нормальному развитию плода и плаценты, обеспечивается единой системой мать-плацента-плод, где эндокринная функция каждого из ее звеньев обладает относительной самостоятельностью и, вместе с тем, находится в функциональной взаимосвязи, позволяющей определить резервы фетоплацентарного комплекса (ФПК).

В патогенезе возникновения и развития патологического процесса ведущая роль принадлежит нарушениям нейроэндокринной регуляции ФПК, в связи с чем определение белковых и стероидных гормонов особенно важно для диагностики патологического состояния, оценки степени его тяжести и возможности мобилизации приспособительных реакций.

Цель исследования: изучение особенностей плацентарной дисфункции у женщин с эндометриозом в анамнезе на основе изучения функционального состояния фетоплацентарного комплекса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели было изучено содержание эстриола, прогестерона, плацентарного лактогена в периферической крови у 106 беременных, ранее леченных по поводу генитального эндометриоза (у 53 – получавших традицион-

ную сохраняющую терапию (1 группа) и у 53 – в сочетании с гестагенами, антиагрегантами и антикоагулянтами (2 группа) в критические сроки. В каждой группе были выделены по три подгруппы с наличием антител (АТ) к кардиолипинам (КЛ) – по 28 беременных; с наличием АТ к КЛ и ДНК – по 13 беременных; с наличием АТ к КЛ, ДНК и ХГЧ – по 12 беременных. Контрольную группу составили 30 здоровых женщин, беременность у которых протекала без осложнений и закончилась физиологическими срочными родами через естественные родовые пути.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Эстриол, являясь продуктом единой фетоплацентарной системы, служит показателем функционального состояния плода, так и плаценты.

Полученные результаты свидетельствуют, что увеличение эстриола в сроке 20–24 нед свидетельствует о компенсированном состоянии метаболических процессов в системе мать–плацента–плод после окончания периода плацентации, хотя компенсаторно-приспособительные механизмы явно испытывают напряжение. В меньшей степени по содержанию эстриол повышен у беременных с наличием АТ к ХГЧ. Именно в этой группе быстрее происходит срыв компенсаторных процессов с падением уровня эстриола к 30–33 нед. Традиционная сохраняющая терапия не приводит к снятию напряжения ФПК и ведет к постепенному снижению эстриола.

Результаты изучения содержания прогестерона свидетельствуют, что гестационный процесс у женщин, ранее леченных по поводу генитального эндометриоза, протекает на фоне прогестероновой недостаточности с ранних сроков, особенно при наличии АТ к ХГЧ, что требует своевременной коррекции гестагенами в комплексе с антиагрегантами и антикоагулянтами. Отсутствие повышения прогестерона в сроке 20–24 нед свидетельствует о недостаточном его влиянии на формирование плацентарной недостаточности.

Плацентарный лактоген (ПЛ) в большей степени отражает функциональное состояние плаценты.

Полученные данные указывают, что ПЛ участвует в процессах формирования плацентарной недостаточности, проявляясь в выраженной напряженности ФПК в сроке 20–24 нед у беременных без АТ к ХГЧ с последующей тенденцией к декомпенсации к сроку 30–33 нед. Наличие АТ к ХГЧ способствует более раннему нарушению становления плацентарной недостаточности и более выраженной декомпенсацией к 30–33 нед беременности.

Высокая эмоциональная и физическая нагрузка в период изгнания сопровождается увеличением уровня кортизола в крови новорожденного, что способствует его адекватной адаптации в ранний неонатальный период.

Представленные данные убедительно показывают, что гестационный процесс у женщин, леченных по поводу ГЭ, протекает на фоне сниженной гормонопродуцирующей функции ФПК, в первую очередь, эстриола и прогестерона, особенно при наличии АТ к ХГЧ, а также высокого напряжения ФПК в сроке 20–24 нед за счет увеличения уровней эстриола и ПЛ. Раннее включение в комплексную терапию угрожаящего самопроизвольного выкидыша гестагенов, антиагрегантов и антикоагулянтов приводит к адекватному функционированию ФПК и повышению адаптационных возможностей плода в ранний неонатальный период.

ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, беременность и роды у женщин с эндометриозом в анамнезе являются достаточно серьезной научной проблемой. Одним из наиболее важных направлений является изучение функционального состояния фетоплацентарного комплекса и разработка диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Плацентарна дисфункція у жінок з ендометріозом в анамнезі Н.П. Сухоставець

Результати проведених досліджень показали, що вагітність і пологи у жінок з ендометріозом в анамнезі є досить серйозною науковою проблемою. Одним з найбільш важливих напрямків є вивчення функціонального стану фетоплацентарного комплексу та розроблення діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: ендометріоз, плацентарна дисфункція.

The placental dysfunction at women with an endometrioma in the anamnesis. N.P. Suhostavets

Results of the lead researches have shown, that pregnancy and delivery at women with an endometriosis in the anamnesis is enough a serious scientific problem. One of the most important directions is studying a functional condition fetoplacental complex and development of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: endometrioma, placental dysfunction.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамьян Л.В. Современные подходы к лечению эндометриоза / Л.В. Адамьян, М.В. Бобкова // Акушерство и гинекология. – 2015. – № 3. – С. 10–14.
2. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. Изд. 2 / В.П. Баскаков. – Л.: Медицина, 2009. – 240 с.
3. Давыдов А.И. Генитальный эндометриоз / А.И. Давыдов, В.М. Пашков // Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2010. – С. 241–261.
4. Коханевич Е.В. Современные методы диагностики и лечения генитального эндометриоза / Е.В. Коханевич, С.В. Дудка, И.О. Судомо // Зб. наук. праць асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «Фенікс», 2001. – С. 340–342.
5. Antoni J. Duleba Diagnosis of endometriosis / J. Antoni // Obstet. Gynecol. Clin. – 2008. – Vol. 24. – P. 331–332.
6. Barbieri R.L. Etiology and epidemiology of endometriosis / R.L. Barbieri // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2012. – Vol. 162, № 2. – P. 565–567.

Клинические аспекты патологической прибавки массы тела и метаболического синдрома до и во время беременности

С.Ю. Вдовиченко, Т.Д. Фахрутдинова

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

Результаты проведенных исследований показали, что частота метаболического синдрома у женщин с ожирением еще до беременности составляет 89,2%, а число компонентов метаболического синдрома коррелирует со степенью ожирения. Частота инсулинорезистентности у пациенток с 1 ст. ожирения составляет 18,4%; со 2 ст. – 29,3% и с 3 ст. – 70,0%. Полный метаболический синдром – сочетание четырех основных компонентов метаболического синдрома – в 70,0% наблюдений, обнаруживается у женщин с 3 ст. ожирения; со 2 ст. – у 48,8% и с 1 ст. – только у 18,4% обследованных. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке тактики ведения пациенток на прегравидарном этапе, а также во время гестационного периода и родоразрешения.

Ключевые слова: прегравидарный период, метаболический синдром.

В последнее десятилетие значительно возрос интерес ученых всего мира к взаимосвязи метаболических нарушений с ожирением и ростом сердечнососудистых заболеваний. Так, ожирение и сахарный диабет 2-го типа признаны ВОЗ неинфекционными эпидемиями нашего времени в связи с широкой распространенностью среди населения, высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний, ранней инвалидизацией и преждевременной смертностью.

Известно, что ожирение – избыточное отложение жира в организме – может быть либо самостоятельным заболеванием, либо синдромом. Актуальность проблемы ожирения заключается еще и в том, что количество лиц, имеющих избыточную массу тела, прогрессивно увеличивается, а прирост за последние 10 лет составил 10%. В Украине, как и в экономически развитых странах, треть населения имеют избыточную массу тела.

В исследованиях акушеров имеется значительное число работ, посвященных влиянию ожирения на течение беременности и родов [1–3], а изучение основных метаболических показателей бывает очень редко. В научной литературе мы не нашли работ, которые бы связывали ожирение у беременных с наличием у них метаболического синдрома. Учитывая, что ожирение, особенно висцеральная форма, играет большую роль в патогенезе метаболического синдро-

ма, целью исследования было изучить особенности клинической характеристики женщин с патологической прибавкой массы тела и метаболическим синдромом на прегравидарном этапе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 120 беременных с ожирением, поступивших в отделение патологии беременных с различными осложнениями беременности, причем ранее в связи с ожирением женщины не обследовались и не лечились.

По поводу беременности все женщины состояли на учете в женской консультации. При этом до 12 нед беременности стали на учет 89 (74,2%), в более поздние сроки – 31 (25,8%) пациентка.

С целью проведения сравнительного анализа контрольную группу составили 45 беременных без нарушения жирового обмена.

Критерии включения в исследование: беременные с алиментарно-конституциональным ожирением, индекс массы тела у которых составил >30 кг/м².

Критерии исключения:

- эндокринный генез ожирения (консультация и обследование эндокринологом);
- хроническая сердечная недостаточность;
- сахарный диабет;
- заболевания щитовидной железы;
- использование препаратов, влияющих на углеводный и жировой обмен.

В зависимости от степени ожирения 120 беременных были разделены на три группы:

- I группа – 49 беременных с 1 ст. ожирения;
- II группа – 41 беременная со 2 ст. ожирения;
- III группа – 30 беременных с 3 ст. ожирения.

В комплекс проведенных исследований были включены антропометрические измерения, клинико-лабораторные методы и критерии выявления компонентов метаболического синдрома:

- ожирение – ИМТ > 30 кг/м²;
- артериальная гипертония – систолическое давление > 140 мм рт.ст. и диастолическое > 90 мм рт.ст.;
- гипердислипидемия – уровень в сыворотке крови: триглицериды (ТГ) – более 2 ммоль/л; общий холестерин (ОХ) – более 5 ммоль/л; липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) – более 55 ЕД/л и липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) – ниже 1 ммоль/л;
- инсулинорезистентность – показатель индекса Саго < 0,33.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Как свидетельствуют результаты клинической характеристики обследованных, возраст женщин был от 21 года до 30 лет. В диапазоне старше 30 лет было несколько пациенток в группе беременных с ожирением 3 ст.

При изучении социального статуса было установлено, что каждая вторая женщина (48,3%) связана с пищевой промышленностью, сюда же вошли женщины, работающие в сфере пищевых предприятий (кафе, рестораны, продовольственные магази-

ны). Далее по частоте были государственные служащие и домохозяйки. Это объясняется, по-видимому, тем, что причиной ожирения у них, с одной стороны, является доступность пищи и переизбытка, а с другой – неправильной организацией питания.

Масса тела женщин с ожирением колебалась от 76 до 137 кг. Следует отметить, что при индивидуальном анализе оказалось, что масса тела увеличивалась в зависимости от продолжительности ожирения, что особенно было заметно при сопоставлении со степенью ожирения. Так, при 1 ст. продолжительность ожирения составила $8,0 \pm 0,6$ года; при 2 ст. – $10,6 \pm 1,0$ года и при 3 ст. – $13,6 \pm 1,2$ года.

При анализе анамнестических данных обращало на себя внимание, что у 46 женщин (38,3%), то есть более чем у каждой третьей ожирением страдали один или оба родителей.

Были выявлены также особенности питания у женщин с ожирением. Так, наибольшее число женщин – 93 (77,5%) не соблюдали режим питания, причем принимали пищу два раза в день, последний прием был обильным и после 20.00 часов, а при более частом приеме пищи это были бутерброды. Пристрастие к жирной пище наблюдали 76 женщин (69,3%), которые употребляли масло, углеводы (главным образом картофель). При опросе эти женщины указывали на малоподвижный образ жизни. Любителями сладкого и различного вида выпечек было 93,0% женщин. Это подтверждают и данные анамнеза женщин контрольной группы, среди которых было значительное число домохозяек, с организованным режимом питания, но малоподвижным образом жизни.

Анализируя структуру экстрагенитальных заболеваний, обращала на себя внимание значительная частота заболеваний дыхательной системы (до 10,0%); желудочно-кишечного тракта (14,3%), частота которых была почти одинаковая во всех трех группах женщин с ожирением. Заболевания пищеварительного тракта были представлены в основном гастритами и гастродуоденитами, а сердечно-сосудистой системы – недостаточностью митрального клапана. Высокая частота варикозной болезни и синдрома обструктивного апноэ, видимо, связана с избыточной массой тела у обследованных пациенток.

Из анамнеза было выяснено, что почти каждая пятая женщина (23,3%) переболела хроническим сальпингофоритом; 27,1% лечились по поводу эрозии шейки матки; у 15,8% были дисфункциональные маточные кровотечения; первичное бесплодие было у 5,0%, а 2,5% пациенток оперированы по поводу доброкачественных образований яичников.

Возраст менархе колебался от 11 до 16 лет и не имел различия у женщин с ожирением в зависимости от степени ожирения. Регулярный менструальный цикл был у 101 женщины (84,2%); у 5 (4,2%) отмечалась олигоменорея с задержками до трех месяцев; у 15 (12,6%) в анамнезе были дисфункциональные маточные кровотечения; у 5 из них (4,2%) было проведено диагностическое выскабливание с последующей гормональной коррекцией нарушений менструальной функции.

Анализируя генеративную функцию можно сделать вывод, что большинство женщин были повторнобеременными и повторнородящими. Кроме того, у женщин с ожирением 3 ст. в 4 раза чаще, чем у женщин без ожирения и в 2,5 раза чаще, чем у женщин со 2 и 1 степенями ожирения имели место самопроизвольные аборты. Не развивающаяся беременность у женщин с 3 ст. ожирения встречалась втрое чаще, чем у женщин с ожирением 1 ст. и в 2,5 раза чаще, чем у пациенток без ожирения.

Частота осложнений в течение предыдущих беременностей значительно выше была у женщин с ожирением 3 ст. Также обращает на себя внимание высокий процент преэклампсии и, видимо, как его следствие – гипотрофии плода, которая может быть объяснена значительной частотой угрозы прерывания беременности, что в итоге приводило к нарушению маточно-плацентарного и плодового кровообращения. На 3,3% больше у женщин основной группы роды происходили раньше срока, чем у рожениц контрольной группы; на 20,2% чаще были роды оперативными (кесарево сечение и акушерские щипцы), кроме того, у 2,5% рожениц основной группы был разрыв промежности 3 степени; у 19,6% – слабость родовой деятельности, против 6,5% в контрольной группе.

ВЫВОДЫ

Таким образом, как свидетельствуют результаты проведенных исследований, частота метаболического синдрома у женщин с ожирением еще до беременности составляла 89,2%, а число компонентов метаболического синдрома коррелировало со степенью ожирения. Частота инсулинорезистентности у пациенток с 1 ст. ожирения составила 18,4%; со 2 ст. – 29,3% и с 3 ст. – 70,0%. Полный метаболический синдром – сочетание четырех основных компонентов метаболического синдрома – в 70,0% наблюдений обнаруживали у женщин с 3 ст. ожирения; со 2 ст. – у 48,8% и с 1 ст. – только у 18,4% обследованных. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке тактики ведения пациенток на прегравидарном этапе, а также во время гестационного периода и родоразрешения.

Клінічні аспекти патологічної прибавки маси тіла і метаболічного синдрому до і під час вагітності С.Ю. Вдовиченко, Т.Д. Фахрутдинова

Результати проведених досліджень показали, що частота метаболічного синдрому у жінок з ожирінням ще до вагітності становить 89,2%, а число компонентів метаболічного синдрому корелює зі ступенем ожиріння. Частота інсулінорезистентності у пацієнток з 1 ст. ожиріння становить 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. – у 48,8% і з 1 ст. – тільки у 18,4% обстежених. Отримані результати необхідно врахувати під час розроблення тактики ведення пацієнток на прегравидарному етапі, а також під час гестаційного періоду і пологорозрешення.

Ключові слова: прегравидарний період, метаболічний синдром.

Clinical aspects of pathological increase of weight of body and metabolic syndrome to and during pregnancy S.Ju. Vdovychenko, T.D. Fahrutdinova

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: *pregravidare period, a metabolic syndrome.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРЫ

1. Аржанова О.Н. Нарушение механизмов адаптации при гестозе и методы их коррекции / О.Н. Аржанова // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2007. – № 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. Стрижова Н.В. Частота метаболического синдрома у женщин с ожирением. Особенности течения беременности, родов, послеродового и раннего неонатального периодов / Н.В. Стрижова, А.С. Гавриленко, А.В. Саркисова // Акушерство и гинекология. – 2014. – № 6. – С. 27–31.

УДК 618.5-02:612.453.018

Вплив партнерських пологів на характер пологової діяльності при багатоплідній вагітності

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 самий час виникає багато дискусійних питань, вирішенню яких необхідно присвятити ще не одне наукове дослідження. Це зумовлює необхідність проведення наукових досліджень у даному напрямку.

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

На сьогодні захист материнства став перетворюватися в завдання, яке стоїть перед державою, оскільки перехід до ринкової економіки і зумовлені ним соціально-економічні перетворення негативно вплинули на багато медико-соціальних аспектів сім'ї, материнства і дитинства. На тлі кризової демографічної ситуації спостерігається зростання безпліддя в шлюбі, низька народжуваність, зниження рівня загального і репродуктивного здоров'я підлітків, зростання соматичної патології у вагітних, низький рівень нормальних пологів, високі показники материнської та перинатальної смертності, зростаюча кількість хворих дітей [1–5].

Не викликає сумнівів той факт, що внаслідок ліберально-демократичних змін, що відбулися у країні, етико-правового регулювання медичної діяльності актуальним є питання щодо необхідності гуманізації вітчизняного акушерства, зокрема так звані партнерські пологи, тобто коли на пологах присутній і/або бере участь в них близька рододілля/роділлі людина, як правило, її чоловік [1–5].

Очевидно, що при наявності дійсно позитивних ефектів від присутності на пологах чоловіка жінки, що народжує, доцільні певні зміни в існуючій системі допомоги під час пологів. Проте партнерські пологи, які почали поширюватися переважно у великих містах України – досить нова і мало апробована соціальна практика, яка вимагає різнобічного аналізу, що і визначає актуальність цього дослідження.

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

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети було проаналізовано 1795 партнерських пологів за останні чотири 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% у 2008 р. до 14,7% у 2011 р.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Серед усіх 1795 партнерських пологів відносна частота фізіологічних пологів склала 70,7%, ускладнених – 13,2% і патологічних – 16,1% відповідно. З огляду на сумарну частоту кесарева розтину (17,0%) тільки у 12,3% спостережень під час пологів через природні родові шляхи мали місце різні ускладнення і патологічні стани, що набагато менше у порівнянні із загальною статистикою розроджень.

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

Отримані результати перинатальних наслідків розродження доцільно порівняти зі ступенем перинатального ризику, який оцінювали ще до вагітності. При цьому низький ступінь перинатального ризику мав місце у 68,6% випадків, високий – 30,6% і вкрай високий – в 0,8% спостережень. На нашу думку, завдяки використанню сімейно-орієнтованих технологій вдалося при високому ступені перинатального ризику (30,6%) домогтися більш низької частоти народження дітей з асфіксією середнього ступеня тяжкості (3,5%). При вкрай високому ступені перинатального ризику (0,8%), рівень важкої асфіксії був у 4 рази нижче (0,2%), а перинатальні втрати були відсутні.

Під час оцінювання клінічного перебігу партнерських пологів звертають на себе увагу ще кілька цікавих моментів:

- частота патологічної крововтрати (від 600 до 999 мл) склала 119 випадків на 1795 пологів (6,6%), а розродження 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 кесарева розтину (17,0%), що були проведені з використанням даного виду знеболювання;

- вимушене застосування епізіотомії і травматизм промежини спостерігалися у кожному третьому випадку (33,7%), що є досить високим показником для загальної популяції розродження;
- частота передчасного розриву плодових оболонок була досить низькою – 84 випадки на 1795 пологів (4,6%), що поки важко пояснити, враховуючи вищі показники в загальній популяції розродження;
- травматизм шийки матки був набагато нижче у порівнянні з промежиною – 118 випадків на 1795 пологів (6,5%);
- відносна частота дистресу плода (одне з основних показань до абдомінального розродження) склала 187 спостережень на 1795 пологів (10,4%);
- неспроможність рубця на матці після попереднього кесаревого розтину мала місце в 72 випадках на 1795 пологів (4,0%), причому спостережень розродження жінок з рубцем на матці через природні родові шляхи не відзначено;
- частота аномалій пологової діяльності (2,5%) практично не відрізнялася від рівня клінічно вузького таза (2,5%), що вимагає додаткового аналізу;
- серед усіх 1795 партнерських пологів за останні 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 та здоров'я новонароджених) свідчать про те, що партнерські пологи є серйозним резервом в зниженні частоти акушерської та перинатальної патології. Разом з тим, виникає велика кількість дискусійних питань, вирішенню яких необхідно присвятити ще не одне наукове дослідження. Це диктує необхідність проведення наукових досліджень у даному напрямку.

Влияние партнерских родов на характер родовой деятельности при многоплодной беременности 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.

**Influence of partner labours on character of patrimonial activity
at multipara pregnancy**
T.A. Shynkaruk

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

Key words: *partner labours, obstetrical and perinatal outcomes.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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

УДК 618.1-005.2-08:615.357

**Зміни клініки передменструального
синдрому при використанні
гормональних рилізінг-систем**

Н.В. Адамчук

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

Результати проведених досліджень свідчать про високу контрацептивну ефективність гормональних рилізінг-систем, низький рівень різних побічних ефектів, а також про зниження частоти клінічних проявів передменструального синдрому.
Ключові слова: *гормональні рилізінг-системи, передменструальний синдром.*

Розроблення і впровадження методів збереження репродуктивного здоров'я жінки, у тому числі методів контрацепції, визнані пріоритетним напрямком сучасної медицини, і цей напрям постійно розвивається у всьому світі. Загальновизнано, що серед численних методів контрацепції найбільш ефективним і прийнятним методом попередження небажаної вагітності є гормональна контрацепція (ГК) [1–4].

На сьогодні прогрес в області гормональної контрацепції призвів до створення не тільки ряду пероральних засобів, а й принципово нових – гормональних рилізінг-систем (ГРС) пролонгованої дії з різними способами уведення (черезшкірний, вагінальний, внутрішньоматковий), що істотно розширило можливості контрацепції [1–4].

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

З огляду на те, що ГРС були створені і стали впроваджуватися у клінічну практику нещодавно, відомості літератури щодо особливості їхнього впливу на репродуктивне здоров'я, особливо на клінічний перебіг передменструального синдрому (ПМС), нечисленні і суперечливі.

Усе наведене вище послужило підставою для проведення даного дослідження.

Мета дослідження: вивчення впливу гормональних рилізінг-систем на клінічний перебіг передменструального синдрому.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети нами відібрані 150 фертильних жінок репродуктивного віку від 18 до 40 років (середній вік 31,2±0,6 року), які не мали протипоказань до застосування контрацептивних рилізінг-систем відповідно до критеріїв ВООЗ (2008).

Критерії включення у дослідженні:

- соматично і психічно здорові фертильні жінки репродуктивного віку від 18 до 40 років;
- регулярне статеве життя;
- бажання використовувати контрацепцію;
- відсутність вживання гормональних контрацептивів у попередні 3 міс.

Критерії виключення (ВООЗ, 2008) для призначення гормональних рилізінг-систем: наявність множинних факторів ризику серцево-судинних захворювань, артеріальна гіпертонія (АТсист. >160 мм рт.ст., АТдіаст. >100 мм рт.ст.), тромбофлебіт, тромбоемболічні захворювання, порушення мозкового кровообігу, цереброваскулярні інсульти, інфаркт міокарда (в анамнезі), хірургічні операції з тривалою іммобілізацією, тромбогенні мутації (фактор V Лейдена, недостатність протеїну S тощо), захворювання клапанів серця з ускладненнями, мігрень з неврологічною симптоматикою, цукровий діабет з судинними ускладненнями або в поєднанні з іншими судинними захворюваннями або тривалістю понад 20 років, гостре захворювання печінки (гепатит), цироз печінки в стадії декомпенсації, доброякісні або злоякісні пухлини печінки, маткові кровотечі неясної етіології, рак грудної залози, грудне вигодовування до 6 тиж після пологів, вагітність, куріння (15 і більше сигарет на день) у віці старше 35 років; цервікальні інтраепітеліальні неоплазії, випадання шийки матки, грижа сечового міхура, грижа прямої кишки, важкі хронічні запори; ожиріння (маса тіла більше 90 кг), захворювання шкіри (у тому числі алергічні); запальні захворювання органів малого таза в даний час, інфекції, що передаються статевим шляхом (ПСПШ), туберкульоз внутрішніх статевих органів, більше одного статевого партнера, вроджена аномалія статевих органів (дворога матка, сідлоподібна матка, однорога матка, перегородка в матці), міома матки (субмукозний вузол або вузол, деформуючий порожнину матки), трофобластичне захворювання, міхурове занесення, хоріокарцинома в анамнезі).

Після скринінгу та оцінки відповідності критеріям включення-виключення усі 150 жінок випадковим чином були розподілені на три групи. Використовували парні вибірки. До першої групи увійшли 50 жінок, до другої – 50, до третьої – 50 пацієнток.

Жінки першої групи використовували вагінальне кільце «Нова Ринг»; другої групи – нашірний пластр «Евра»; жінкам третьої групи була введена внутрішньоматкова гормональна система «Мірена».

Пацієнтки були обстежені за допомогою комплексу сучасних і інформативних методів дослідження: загальноклінічне, гінекологічне обстеження, обстеження за тестами функціональної діагностики, УЗД органів малого таза і молочних залоз, визначення показників гемостазу (концентрація фібриногену, протромбіновий індекс, тромбоеластограма, індекс тромбодинамічного потенціалу тромбоеластограми, кількість тромбоцитів, агрегаційна активність тромбоцитів, колаген-агрегація, АДФ-агрегація) і ліпідного спектра крові, бактеріоскопічне і культуральне дослідження вмісту піхви, цитологічне дослідження мазків з шийки матки, розширена кольпоскопія.

Оцінювали ефективність і правильність застосування, задоволеність використанням, наявність побічних ефектів та ускладнень, а також вплив на клінічний перебіг ПМС.

Пацієнтки були детально поінформовані про методи контрацепції. Їм були роз'яснені можливості та особливості методу. Усі пацієнтки надали інформовану згоду на участь у дослідженні, що проводиться.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При вивченні менструальної функції встановлено, що у 92,5% пацієнток менархе наступило своєчасно – у віці від 11 до 14 років, і тільки у 7,5% жінок відзначено пізніше становлення менструальної функції.

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

У більшості пацієнток (76,0%) в анамнезі були вагітності, пологи (68,5%). У 56,5% жінок вагітність закінчилася медичним абортom, у 12,0% – мимовільним викиднем. Було виявлено, що раніше 17,5% жінок вживали з метою контрацепції комбіновані оральні контрацептиви, 22,0% пацієнток використовували ВМС, 38,0% – бар'єрні методи контрацепції: хімічні сперміциди (таблетки, креми, гелі), 20,0% – презервативи, 23,5% жінок застосовували природні методи контрацепції: «календарний» метод і перерваний статевий акт.

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

Різні екстрагенітальні захворювання раніше перенесли 56,0% пацієнток першої групи, 54,0% пацієнток другої групи і 56,0% – відповідно третьої групи. Основними варіантами були: вегето-судинна дистонія, гастрит, пієлонефрит, патологія щитоподібної залози, бронхіт тощо.

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

При анкетуванні на симптоми передменструального синдрому (ПМС) скаржилися 24,0% пацієнток першої групи, 26,0% пацієнток другої і 30,0% жінок третьої групи, причому найбільш частими скаргами були дратівливість, плаксивість, агресивність, погіршення сну, головний біль, запаморочення, нудота, тахікардія, коливання АТ, набухання грудних залоз, набряки, метеоризм.

Надалі в результаті обстеження діагноз ПМС був поставлений на підставі наявності циклічного характеру виникнення перелічених симптомів ПМС та їхнього зникнення з настанням менструації або відразу після її закінчення, а також виключення схожою за симптоматикою патології.

Скарги на хворобливі менструації (дисменорея) пред'являли 39,5% пацієнток. Середній вік цих пацієнток склав $20,1 \pm 3,1$ року. Органічні захворювання репродуктивної системи були виключені. Для оцінювання ступеня тяжкості первинної дисменореї використовували загальноприйняті критерії.

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

Результати дослідження підтвердили високу контрацептивну ефективність вагінального кільця, нашкірного пластиру, ВМС «Мірена». При застосуванні кожної з названих рилізінг-систем при спостереженні протягом від двох до п'яти років у жодної пацієнтки не настала вагітність (Індекс Перля = 0).

Оцінювання прийнятності гормональних рилізінг-систем підтвердило дані про те, що загальний стан пацієнток у процесі контрацепції залишався задовільним. Частота і характер побічних реакцій у цілому відрізнялися за групами і були специфічними для кожної рилізінг-системи. Так, при застосуванні вагінального кільця спостерігали посилення вагінальної секреції (14,0%), нашкірного пластиру – масталгії і шкірні реакції в місці аплікації пластиру (14,0%), ВМС «Мірена» – порушення менструального циклу у вигляді міжменструальних кров'янистих виділень (28,0%). Більшість побічних реакцій зустрічалася у період адаптації (у перші 3–4 міс) застосування ГРС, при збільшенні тривалості застосування їхнє число значно знижувалося. Отримані результати свідчать про необхідність проведення досліджень у цьому напрямку для оцінювання неконтрацептивних і лікувальних ефектів ГРС, особливо у плані їхнього впливу на клінічний перебіг ПМС.

На сьогодні неконтрацептивні, лікувальні ефекти ГРС практично не вивчено. Разом з тим відомо, що однією з неконтрацептивних переваг ГК є їхній можливий вплив на симптоми ПМС. В даний час вважають, що вирішальним у генезі ПМС є не рівень статевих гормонів, який не відрізняється від такого у здорових жінок, а коливання їхнього вмісту протягом менструального циклу. У більшості досліджень у жінок, які застосовують ГК, було виявлено зменшення симптомів ПМС. У низці досліджень було показано, що механізм лікувальної дії естроген-гестагенних рилізінг-систем – ідентичний контрацептивному і заснований на пригніченні овуляції у результаті зниження циклічної секреції гонадотропінів. Однак ці дані суперечливі.

Були отримані дані щодо ефективності призначення ГРС у пацієнток з симптомами ПМС. Так, при вивченні комбінованих естроген-гестагенних рилізінг-систем (кільце, пластир) виявлено їхній позитивний вплив (зменшення вираженості або зникнення) симптомів ПМС відповідно у 92,0% жінок з ПМС.

Під час застосування вагінального кільця і нашкірного пластиру відзначено достовірно більш виражене зниження частоти проявів більшості симптомів ПМС вже до кінця другого-третього циклу використання. Більш швидко у порівнянні з КОК реалізація ефекту, заснованого на пригніченні овуляції в результаті зниження циклічної секреції гонадотропінів, відсутність добових коливань рівня гормонів крові пояснює певною мірою більш швидке і ефективне купірування симптомів ПМС у пацієнток, які використовують естроген-гестагенні системи. У зв'язку з цим вважаємо за доцільне призначення естроген-гестагенних рилізінг-систем пацієнткам, які страждають на ПМС.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень вказують на високу контрацептивну ефективність гормональних рилізінг-систем, низький рівень різних побічних ефектів, а також на зниження частоти клінічних проявів передменструального синдрому.

Изменения клиники предменструального синдрома при использовании гормональных рилізінг-систем Н.В. Адамчук

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой контрацептивной эффективности гормональных рилізінг-систем, низком уровне различных побочных эффектов, а также о снижении частоты клинических проявления предменструального синдрома.

Ключевые слова: гормональные рилізінг-системы, предменструальный синдром.

Clinic changes premenstrual syndrome at use of hormonal rilizing-systems N. V. Adamchuk

Results of the spent researches testify to high contraceptive efficiency hormonal rilizing systems, low level of various by-effects, and also about decrease in frequency clinical displays premenstrual syndrome.

Key words: hormonal rilizing-systems, premenstrual syndrome.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Влияние гормональных контрацептивов на состояние шейки матки / «Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы» / Под ред. В.Н. Прилепской. – М.: Медпрессинформ, 2015. – С. 895–911.
2. Прилепская В.Н. Комбинированные оральные контрацептивы / В.Н. Прилепская, Н.М. Назарова // Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии // Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Серова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014 – С. 298–304.
3. Прилепская В.Н. Трансдермальная контрацептивная система ЕВРА: новый подход к контрацепции / В.Н. Прилепская, Н.М. Назарова // Фарматека. – 2014. – № 15. – С. 8–10.
4. Прилепская В.Н. Современные методы контрацепции / В.Н. Прилепская, Е.А. Межевитинова // Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. – М.: Литтерра, 2013. – С. 895–911.

УДК 618.31-071.1-06:616.89-055.2

Вплив позаматкової вагітності на якість життя жінок

П.Р. Волосовський

Івано-Франківський національний медичний університет

Результати проведених досліджень свідчать, що хірургічне лікування чинить специфічний вплив на якість життя пацієнок за багатьма параметрами. Використання отриманих результатів у практичній охороні здоров'я дозволить розробити більш ефективну методику реабілітації пацієнок після хірургічного лікування позаматкової вагітності.

Ключові слова: трубно вагітність, хірургічне лікування, якість життя.

На сьогодні позаматкова вагітність становить від 2% до 20% у структурі гінекологічних захворювань, а з усіх форм даної патології найбільш часто зустрічається трубно [1–5].

У сучасній практиці частіше застосовують радикальні (тубектомія), ніж органозберігаючі хірургічні та хірургічні методи лікування трубно вагітності, а замість традиційної лапаротомії все частіше використовують лапароскопічний доступ [1, 4].

Віддалені результати лікування не можна вважати сприятливими, оскільки у пацієнок, які перенесли лапаротомію і односторонню тубектомію у 50–75% випадків у подальшому діагностують безпліддя, а 17% з них схильні до ризику повторної трубно вагітності [2, 3]. Крім того, залишена маткова труба неповноцінна більше ніж у половини хворих, а нейроендокринні порушення спостерігаються у 76% випадків [1, 4, 5].

Наведене вище спонукає до вивчення найближчих та віддалених результатів хірургічного лікування позаматкової вагітності, особливо вплив різних методів хірургічного лікування на якість життя (ЯЖ) жінок, що і є метою даного наукового дослідження.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Оцінка ЯЖ була проведена у 122 жінок Жінки були розподілені на дві групи. У контрольну групу увійшли 30 пацієнок, в основну – 92 жінок, які були прооперовані з приводу ектопічної вагітності (ЕВ). Пацієнтки контрольної групи були обстежені одноразово. ЯЖ хворих основної групи оцінювали на 3-ю, 14-у добу після операції, а також через 3 і 12 міс. Простежити ЯЖ у динаміці в усі зазначені терміни і скласти відповідний «динамічний» профіль вдалося у 51 пацієнтки. Решта жінок з різних причин (зміна місця проживання, незацікавленість та ін.) не приходили в зазначений час на наступні обстеження.

Отриманий матеріал та його різнобічний аналіз дозволив оцінити ЯЖ пацієнок в різні терміни, а також зміни його параметрів та інтегрального значення інтегрального показника якості життя (ІПЯЖ) у динаміці для різних груп.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Необхідною умовою вважається перевірка зрозумілості опитувальника стосовно досліджуваної патології, простоти його заповнення, правильності формулювання. Відсутність єдиної методики дає можливість творчо підходити до вирішення цього питання. Одержані за допомогою опитувальника чисельні значення показників можуть бути використані для порівняння методів діагностики, лікування та інтерпретації його результатів, впливу на ЯЖ пацієнтів.

Розгляд показників ЯЖ, отриманих у контрольній групі жінок (n=30), засвідчило їхню статистично значущу відміну від основної групи (n=92), при цьому менше числове значення вказує на більш високу ЯЖ. Найбільші відмінності, а значить і більш висока чутливість, відзначені за шкалами «безпліддя», «самооцінка здоров'я», «соціальна роль», «косметичний ефект», «емоційні переживання до операції», «емоційний стан», «сексуальність», «фінансові питання лікування» і «спайковий процес». Наведені дані були отримані шляхом знаходження середніх статистичних показників у всіх групах дослідження у різні терміни після операції.

Аналіз даних, отриманих за шкалами «фізична працездатність», «розумова працездатність», «самооцінка ЯЖ» і «порушення менструальної функції» за допомогою ЯЖЕВ не виявили статистично значущих відмінностей, однак показники відповідних шкал були однаковими для основної (16,3±1,8 і 13,5±1,1) і контрольної (15,3±1,2 і 14,3±1,2) груп, а коефіцієнт кореляції при цьому дорівнював -0,91. При перевірці отриманих даних враховували відмінності у системах підрахунку значень двох опитувальників: шкали РН і МН мають діапазон значень 10–30 і 5–30 балів відповідно, а ФР і УР (ЯЖЕВ) – від 2 до 10 балів, а також і зворотний знак залежності. Однак дослідження цих показників у динаміці для різних груп пацієнок виявило свої особливості і достовірні відмінності, що свідчить про динамічний змін ЯЖ пацієнок після лікування і достатню інформативність відповідних шкал.

Для оцінювання діагностичної чутливості ЯЖЕВ було визначено число жінок з ЕВ, у яких числові показники за шкалами достовірно відрізнялися від середніх значень відповідних шкал, отриманих в контрольній групі. За всіма шкалами були отримані високі значення чутливості – від 0,75 (75%) до 1,0 (100%), тобто нами підтверджена висока діагностична чутливість всіх показників ЯЖЕВ і інтегрального значення ІПЯЖ.

Для оцінювання правильності питань за шкалами використовується метод оцінки внутрішньої постійності запитувальника з використанням коефіцієнта α -Кронбаха, що вказує на кореляцію числового значення одного питання з іншими в межах однієї шкали, причому прийнятним вважається значення коефіцієнта $\geq 0,7$. Був проведений аналіз α -показника за 31 питанням, віднесеним до дев'яти основних шкал, при цьому враховували, що питання «Наскільки

сильно впливає Ваше безпліддя на Ваші стосунки з чоловіками?» було віднесено відразу до декількох шкал. Конструктивну достовірність (міжшкальна кореляція) ЯЖЕВ оцінювали за допомогою методу Пірсена. Для цього визначали коефіцієнт кореляції між питанням однієї шкали і середніми показниками інших шкал опитувальника.

Середній час заповнення анкети склав у контрольній групі $11,5 \pm 2,1$ хв, тоді у пацієнток основної групи на 3 хв менше – $7,3 \pm 1,8$ хв. Було зафіксовано, що на питання ЯЖЕВ жінки відповідають більш охоче і при цьому не замислюються, відзначаючи деяку одноманітність формулювання питань.

Розроблений нами опитувальник ЯЖЕВ відповідає усім необхідним вимогам: оцінює і фізичне, і емоційне здоров'я; групи питань розкривають сутність патології – ектопічної вагітності; питання оцінюють стан хворої за останні 2 тиж (не більше); опитувальник короткий і простий для розуміння; хвора може відповісти на питання без сторонньої допомоги; відповіді на питання перетворюються у цифровий вираз для подальшого статистичного оброблення. Окрім того, доведено достовірність даних дослідження, внутрішня постійність, конструктивна достовірність і висока діагностична чутливість.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать, що хірургічне лікування чинить специфічний вплив на якість життя пацієнток за багатьма параметрами. Використання отриманих результатів у практичній охороні здоров'я дозволить розробити більш ефективну методику реабілітації пацієнток після хірургічного лікування позаматкової вагітності.

Влияние внематочной беременности на качество жизни женщин П.Р. Волосовский

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что хирургическое лечение оказывает специфическое влияние на качество жизни пациенток по многим параметрам. Использование полученных результатов в практическом здравоохранении позволит разработать более эффективную методику реабилитации пациенток после хирургического лечения внематочной беременности.

Ключевые слова: трубная беременность, хирургическое лечение, качество жизни.

Influence of the transferred extra-uterine pregnancy on quality of a life of women P.R. Volosovsky

Results of the lead researches testify, that surgical treatment renders specific influence on quality of a life of patients on many parameters. Use of the received results in practical public health services will allow to develop more effective technique of rehabilitation of patients after surgical treatment of extrauterine pregnancy.

Key words: trumpet pregnancy, surgical treatment, quality of a life.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ветров В.В. Эндовидеохирургия в гинекологической практике / В.В. Ветров, Т.Ю. Жемчужина // Журнал акушерства и женских болезней. – 2009. – № 4. – С. 78–82.
2. Духин А.О. Репродуктивное здоровье пациенток после хирургического лечения внематочной беременности / А.О. Духин, А.Х. Каранашева // Вестник Российского университета дружбы народов. – М.: Изд-во РУДГ, 2012. – № 1. – С. 255–262.
3. Рутенбург Г.М. Лечение ненарушенной трубной беременности путем внутриутробного введения метотрексата при лапароскопической операции / Г.М. Рутенбург, И.В. Чуйко, Т.Ю. Жемчужина // Современные аспекты медицины и здравоохранения. – 2007. – № 1. – С. 149–153.
4. Семко А.Ф. Трубная беременность после вспомогательных репродуктивных технологий: диагностика, лечение и реабилитация / А.Ф. Семко // Репродуктивное здоровье женщины. – 2006. – № 2, ч. 1. – С. 135–137.
5. Стрижелецкий В.В. Лапароскопические технологии в неотложной хирургии / В.В. Стрижелецкий, А.Б. Борнисов, А.Ю. Рывкин // Эндоскопическая хирургия. – 2008. – № 1. – С. 51–53.

УДК 618.3-008.6:618.5

Роль нарушений гемостаза в генезе повторной преэклампсии

Д. О. Говсеев

Городской клинический родильный дом № 5, г. Киев

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной роли тромбофилии в патогенезе развития преэклампсии: Частота тромбофилии у пациенток ретроспективной группы достоверно выше, чем у женщин контрольной группы. Это является научным обоснованием разработки усовершенствованного алгоритма лечебно-профилактических мероприятий на основе патогенетически обоснованной медикаментозной коррекции. Полученные результаты будут представлены в следующем научном сообщении.

Ключевые слова: преэклампсия, клиника, гемостаз.

Изучение проблемы преэклампсии (ПЭ) по-прежнему остается актуальной, поскольку она является ведущей причиной материнских и перинатальных потерь, занимает существенное место среди осложнений, негативно влияющих на репродуктивное здоровье матери и ребенка [1–3]. Кроме того, актуальность этой проблемы обусловлена также негативными отдаленными последствиями ПЭ для материнского организма [4–6]. По мнению многих авторов [7–10], у большинства женщин, перенесших данное акушерское осложнение, формируются хроническая патология почек, гипертоническая болезнь, эндокринные нарушения, однако данные о частоте повторной ПЭ очень противоречивы и носят достаточно дискуссионный характер. Сегодня нет четких критериев и тестов, с помощью которых можно было бы оценить риск развития повторной ПЭ, прогноз течения беременности и родов у женщин этой группы.

Несмотря на многочисленные научные исследования по проблеме ПЭ, многие вопросы остаются до конца не решенными. По нашему мнению, в первую очередь это касается клинко-гемостазиологических аспектов у женщин с повторной ПЭ.

Цель исследования: изучение клинко-гемостазиологических аспектов у женщин с повторной преэклампсией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было проведено клинко-гемостазиологическое обследование 150 пациенток. Ретроспективную группу составили 60 женщин с ПЭ и/или потерей плода в анамнезе. Ретроспективная группа разделена на две подгруппы: подгруппа I – 30 пациенток с потерей плода, у которых ПЭ наблюдали до 29 недель; подгруппа II – 30 пациенток, которых родоразрешили от 29 до 34 нед в связи с начавшейся ПЭ. Возраст обследованных – от 20 до 40 лет. Все пациентки обследованы ретроспективно, обследование включало клинические, лабораторные и инструментальные методы,

анализ акушерско-гинекологического, тромботического, в том числе и семейного тромботического анамнеза.

В проспективную часть исследования из ретроспективной были включены 30 пациенток с ПЭ в анамнезе, обратившихся на этапе планирования беременности (Ia подгруппа), а также 30 пациенток с ПЭ в анамнезе, обратившиеся уже будучи беременными (на сроке от 6 до 13 нед) – IIa подгруппа. Все пациентки Ia подгруппы обследовались с фертильного цикла, а пациентки IIa подгруппы – с момента обращения. Была проведена комплексная профилактическая подготовка к беременности в зависимости от результатов клинко-гемостазиологического обследования и анамнестических данных. Пациентки проспективной группы были под наблюдением в течение всего гестационного периода до родоразрешения. Контрольную группу составили 30 женщин с неосложненным течением беременности, неотяженным акушерско-гинекологическим и тромботическим анамнезом.

Среди пациенток ретроспективной группы было 10,0% первобеременных, 16,7% повторобеременных, 10,0% первобеременных первородящих, 43,3% повторобеременных первородящих, 16,7% повторобеременных повторородящих.

При анализе акушерской патологии у обследованных пациенток выявлена высокая частота акушерских осложнений: угроза прерывания беременности имела место у 100% пациенток I и II подгрупп (поскольку ПЭ позволяет поставить диагноз угрозы прерывания беременности), нарушение маточно-плацентарного кровотока имело место у большинства пациенток обеих групп и отмечалось у 83,3% беременных. Синдром задержки развития плода был диагностирован у 80,0% пациенток I подгруппы и у 30,0% пациенток II подгруппы. У 16,7% пациенток I подгруппы имела место антенатальная гибель плода. Преждевременные роды зарегистрированы у 23,3% пациенток I подгруппы и у 70,0% II подгруппы. У 10,0% женщин послеродовый период осложнился кровотечением, у 6,7% – тромбозом. У 100% пациенток беременность протекала на фоне ПЭ.

Все женщины II подгруппы в связи с ПЭ были родоразрешены экстренно путем операции кесарева сечения: 10,0% женщин на сроке 28–31 нед, 23,3% – на сроке 32–33 нед, 30,0% – 34–37 нед, 40,0% – на сроке 38–40 нед и 6,7% женщин – на сроке 40 нед. Общая кровопотеря составила 350–500 мл у 40,0% родильниц, 500–1000 мл – у 50,0%, более 1000 мл (1200–2400 мл) – у 10,0% пациенток.

Как видно из полученных результатов, особенностью репродуктивной функции обследованных пациенток явилась высокая частота неблагоприятных исходов и осложнений беременности.

В I подгруппе гинекологический анамнез представляется следующим: инфекционные заболевания выявлены у 10,0% пациенток, миома матки – у 33,3%, эндометриоз встречался у 30,0% женщин, хроническое воспаление придатков матки (хронический сальпингоофорит) был выявлен у 43,3%, эрозия шейки матки – у 33,3%, дисфункция яичников – у 63,3% пациенток.

Во II подгруппе в процентном соотношении гинекологическая патология была распределена следующим образом:

- инфекционные заболевания – у 13,3% пациенток;
- миома матки – у 33,3%;
- эндометриоз – у 30,0%;

- хроническое воспаление придатков матки (хронический сальпингоофорит) – у 43,3%;
- эрозия шейки матки – у 33,3%;
- дисфункция яичников – у 63,3% пациенток.

Итак, можно заметить, что и в I, и во II подгруппах достаточно высокая частота дисфункции яичников и хронического сальпингоофорита – 56,7% и 36,7% соответственно.

Из полученных данных следует, что самыми частыми экстрагенитальными патологиями в обеих группах были анемия – 36,7% и артериальная гипертензия – 13,3%, тромбозы в анамнезе – у 10,0% пациенток.

В связи с тем, что в исследовании рассматриваются вопросы тромбофилии, особое внимание было уделено семейному тромбофобическому анамнезу пациенток: тромбофобическим осложнениям у кровных родственников, возникшим до 55 лет.

Так, самой распространенной патологией при анализе семейного тромбофобического анамнеза явилось варикозное расширение вен нижних конечностей – 56,7%. На втором месте по частоте встречаемости стоял инфаркт миокарда – 43,3%. Инсульт отмечался у родственников обследованных пациентов в 36,7% случаев, а тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – в 10,0%. Также имело место и сочетание нескольких тромбофобических осложнений у одного из родственников.

Перспективную группу составили 60 пациенток с ПЭ в анамнезе, которые были консультированы и обследованы до наступления беременности (в рамках ретроспективной группы). Из 60 пациенток 30 готовились нами к беременности и велись с ранних сроков вплоть до родоразрешения и послеродового периода, остальные 30 обратились в сроке беременности 6–13 нед. У 33,3% из этих женщин имели место признаки угрозы прерывания беременности (повышенный тонус матки, тянущие боли внизу живота).

У всех обследованных был отягощен акушерский анамнез: ЗРП отмечался у 60,0%, антенатальная гибель плода имела место у 6,7% беременных, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) – у 26,7% и отслойка хориона – у 33,3%; предыдущая/ие беременность/и у всех пациенток протекала/и с ПЭ.

Консультирование, клинико-гемостазиологическое обследование, ведение беременности, необходимое лечение, родоразрешение происходили на базе родильного дома № 5 г. Киева.

Клиническое обследование пациенток включало сбор личного и семейного анамнеза, оценку менструальной и репродуктивной функции, изучение акушерско-гинекологического и тромбофобического анамнеза, экстрагенитальной патологии; особое внимание уделялось анализу особенностей течения предыдущих беременностей, осложнившихся ПЭ. В проспективно обследованных группах осуществлялся динамический контроль течения настоящей беременности и ее исходов для матери и плода. Лабораторное обследование включало динамическую оценку общего анализа крови, общего анализа мочи, биохимического анализа крови. У всех пациенток было проведено исследование системы гемостаза, включая стандартную коагулограмму, тромбоэластографию (ТЭГ), оценку функции тромбоцитов, определение глобальной функции протеина С, определение уровней D-димера, раство-

римых комплексов мономеров фибрина (РКМФ), гомоцистеина, АФА и их кофакторов, определение генетических форм тромбофилии, генетических полиморфизмов компонентов системы гемостаза, в том числе полиморфизмов провоспалительных цитокинов.

Критерии включения в исследование:

- планирующие беременность пациентки или уже беременные (срок беременности до 12 нед) в возрасте от 18 до 40 лет;
- наличие отягощенного акушерского анамнеза – предыдущая/ие беременность/и была осложнена ПЭ;
- добровольное согласие на участие в исследовании – подписание формы информированного согласия на участие в исследовании.

Критерии исключения из исследования:

- сопутствующая тяжелая экстрагенитальная патология (почечная недостаточность, печеночная недостаточность, артериальная гипертензия, резистентная к терапии, декомпенсированные пороки сердца, сердечная недостаточность, психические расстройства, туберкулез, злокачественные новообразования и т. д., при которых беременность противопоказана);
- хронический алкоголизм, злоупотребление препаратами или наркотическая зависимость, психические заболевания, тяжелые неврозы или любые другие состояния, которые, по мнению исследователя, могли привести к несоблюдению испытываемой условий настоящего протокола;
- любые клинически значимые состояния, которые, по мнению исследователя, могли повлиять на безопасность испытываемой, результаты оценок, проводимых в рамках исследования, или нарушить процесс проведения исследования;
- имеющиеся в настоящее время заболевания или состояния, которые могли повлиять на интерпретацию данных по безопасности и эффективности исследуемой терапии или являющиеся противопоказанием к ней – признаки кровотечения или повышенный риск кровотечения, связанный с нарушением гемостаза, за исключением ДВС-синдрома;
- органические поражения со склонностью к кровоточивости (например, острая язва желудка или двенадцатиперстной кишки);
- гепарин-индуцированная тромбоцитопения (типа II);
- в анамнезе травмы или оперативные вмешательства на ЦНС;
- септический эндокардит;
- тромбоцитопения < 100/мкл, не связанная с ДВС-синдромом;
- гиперчувствительность к одному или более из исследуемых препаратов или их компонентам.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Были представлены данные о структуре генетической тромбофилии у пациенток ретроспективной и контрольной групп. Полученные результаты свидетельствуют, что частота тромбофилии по сравнению с контрольной группой и в I, и во II высокая.

Так, мутация фактора V Leiden в гомозиготной форме была выявлена у 3,3% пациенток I и II подгрупп. У женщин с гомозиготной формой мутации в анамнезе бы-

ли тромбозы, а у их матерей была обнаружена мутация V Leiden, а также ПЭ в анамнезе. В гетерозиготной форме данная мутация обнаружена у 16,7% и у 6,7% пациенток I и II подгрупп, соответственно. Что же касается частоты данной мутации в контрольной группе, то она не обнаружена ни у одной из обследованных.

Полиморфизм протромбина в гомозиготной форме отсутствовал в основных подгруппах и в контрольной группе. Что касается гетерозиготной формы данного полиморфизма, то распределение было следующим: из 60 пациенток он обнаружен у 2 (3,3%) в I подгруппе и у 3,3% – во II подгруппе. В контрольной группе гетерозиготной формы не было ни у одной из обследованных.

Гомозиготная форма полиморфизма PAI-1 у обследованных пациенток выявлена в 26,7%: в I подгруппе – у 36,7%, во II – у 20,0% пациенток. В контрольной группе данный полиморфизм был обнаружен у 6,7% обследованных. Гетерозиготная форма встречалась у 40% пациенток: 53,3% и 26,7% в I и II подгруппах соответственно.

Что же касается полиморфизма гена фибриногена, то гомозиготная форма выявлена всего у 6,7% пациенток – у 10,0% и у 3,3% в I и II подгруппах соответственно, в контрольной группе – у 3,3%; гетерозиготная форма – 13,3%, 20,0% и 3,3% соответственно.

Самым частым из исследуемых полиморфизмов был полиморфизм гена MTHFR: из всех обследованных ретроспективной группы гомозиготная форма данного полиморфизма встречалась в 26,7% случаях: у 33,3% в I подгруппе и у 20,0% во II. В контрольной группе гомозиготный полиморфизм встречался у 16,7% пациенток. Что же касается таковых цифр для гетерозиготной формы, то они следующие: 50,0%; 70,0% и 23,3% соответственно. Всем пациентам с данными полиморфизмами проводили исследование крови на наличие гипергомоцистеинемии. У всех пациенток с гомозиготным полиморфизмом данного гена имела место гипергомоцистеинемия (средней или тяжелой степени тяжести), в контрольной группе у 6,7% – гипергомоцистеинемия средней степени тяжести. Из всех участниц с гетерозиготной формой полиморфизма MTHFR гипергомоцистеинемия выявлена у 23,3% (в легкой или средней степени), в контрольной группе у 6,7% – гипергомоцистеинемия легкой степени тяжести.

Полученные результаты свидетельствуют, что в I группе частота антифосфолипидного синдрома (АФС) более чем в два раза превышала таковую во II группе.

Стоит отметить тот факт, что при анализе структуры тромбофилии у пациенток обращает на себя внимание наличие большого числа мультигенных форм тромбофилии. Из всех пациенток ретроспективной группы таковые встречались у 83,3%: в I группе у 90,0%; во II – у 73,3% пациенток. Генетическая тромбофилия имела место у 86,7% обследованных.

Что же касается комбинированных форм (то есть сочетания генетической тромбофилии и АФА), то в контрольной группе не было выявлено ни одного случая, в I группе – у 36,7% пациенток, а во II группе – у 16,7%.

Следовательно, можно отметить, что при анализе спектра тромбофилических состояний у пациенток ретроспективной группы выявлена очень высокая частота различных генетических и приобретенных форм тромбофилии по сравнению с контрольной группой.

Тромбофилические состояния у пациенток ретроспективной группы обнаружено в 86,7% по сравнению с контрольной группой – 13,3% случаев. Также достоверно выше частота мультигенных тромбофилий у пациенток ретроспективной группы по сравнению с контрольной группой – 83,3% против 10,0%. Антифосфолипидные антитела (АФА) у всех обследованных пациенток ретроспективной группы выявлены в 23,3% случаев, а у обследованных контрольной группы – лишь в 6,7%. Гипергомоцистеинемия у пациенток I и II групп выявлена в 50,0%, а в контрольной группе – в 13,3%, причем в контрольной группе не было ни одного случая тяжелой формы гипергомоцистеинемии.

Кроме того, в контрольной группе достоверно реже выявлялись гомозиготные формы тромбофилии, не было выявлено ни мутации фактора V Leiden, ни мутации протромбина G20210A – наиболее тромбогенных мутаций.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной роли тромбофилии в патогенезе развития ПЭ: частота тромбофилии у пациенток ретроспективной группы достоверно выше, чем у пациенток контрольной группы. Это является научным обоснованием разработки усовершенствованного алгоритма лечебно-профилактических мероприятий на основе патогенетически обоснованной медикаментозной коррекции. Полученные результаты будут представлены в следующем научном сообщении.

Роль порушень гемостазу в генезі повторної преєклампсії Д.О. Говсеєв

Результати проведених досліджень свідчать про істотну роль тромбофілії в патогенезі розвитку преєклампсії: частота тромбофілії у пацієнток ретроспективної групи достовірно вище, ніж у жінок контрольної групи. Це є науковим обґрунтуванням розроблення удосконаленого алгоритму лікувально-профілактичних заходів на тлі патогенетично обґрунтованої медикаментозної корекції. Отримані результати будуть наведені у наступному науковому повідомленні.

Ключові слова: преєклампсія, клініка, гемостаз.

Role of infringements of hemostasis in genesis of repeated preeclampsia D.A. Govseev

Results of the spent researches testify to an essential role thrombophilia in pathogenesis development preeclampsia: frequency thrombophilia at patients of retrospective group authentically above, than at women of control group. It is a scientific substantiation of working out of advanced algorithm of treatment-and-prophylactic actions on a basis pathogenetical well-founded medicamentous correction. The received results will be presented by us in the following scientific message.

Key words: preeclampsia, clinic, a hemostasis.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Венцківський Б.М. Ведення вагітності та пологів при прееклампсії, їх прогнозування, діагностика, лікування і профілактика: Метод. рекомендації / Б.М. Венцківський, В.Є. Дашкевич. – К., 2009. – 32 с.
2. Степанковская Г.М. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии / Г.М. Степанковская, Б.М. Венцковский. – К.: Здоров'я, 2010. – 672 с.
3. Венцківський Б.М. Гестози вагітних: Навч. посібник / Б.М. Венцківський, В.М. Запорожан, А.Я. Сенчук. – К.: Аконті, 2012. – 112 с.
4. Коломійцева А.Г. Поздние гестозы беременных / А.Г. Коломійцева // Вісник асоц. акушерів-гінекологів України. – 1999. – № 3. – С. 79–89.
5. Степанківська Г.К. Акушерство / Г.К. Степанківська, О.Т. Михайленко. – К.: Здоров'я, 2000. – 580 с.
6. Венцковский Б.М. Современные принципы лечения позднего токсикоза беременных / Б.М. Венцковский, В.Г. Жегулович // Лікування та діагностика. – 2007. – № 1. – С. 42–44.
7. Коломійцева А.Г. Волемічні зміни у вагітних з пре еклампсією / А.Г. Коломійцева, Л.В. Віденко // Зб. наукових праць Асоціації акуш.-гінекол. України. – К., 2002. – С. 51–55.
8. Кабанова Н.В. Безопасное материнство как актуальная проблема современного акушерства / Н.В. Кабанова, Л.В. Захарченко // Зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К., 2009. – С. 292–295.
9. Савельева Г.М. Современные проблемы этиологии, патогенеза, терапии и профилактики гестозов / Г.М. Савельева, Р.И. Шалина // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 5. – С. 6–9.
10. 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.

УДК 618.173-053.02-084-085:612.662

Сучасні погляди на тактику ведення жінок з природною менопаузою

І.Т. Кишакевич

Івано-Франківський національний медичний університет МОЗ України

Результати проведених досліджень свідчать, що початкові ознаки ефективності лікувально-профілактичних заходів, що проводяться, починаються тільки через 6 міс і полягають у достовірному збільшенні частоти легких клімактеричних порушень при одночасному зниженні середніх; зниження рівня соціальних і психотравмуючих чинників, порушень сну всіх видів та інтенсивності больового синдрому. Серед широкого спектру уродинамічних порушень можна виділити зростання частоти легких уrogenітальних при одночасному зниженні частоти ніктурії. Усі останні параметри, що вивчаються, включаючи ендокринологічний статус і ліпідний обмін, достовірно нормалізувались після 6 міс від початку лікування і збереглися до одного року. Поліпшення якості життя і зниження основних проявів клімактеричних порушень в жінок у віці 61–68 років спостерігались вже через 6 міс від початку використання удосконаленого нами алгоритму, максимальна його ефективність відмічена нами на завершальному етапі – через 12 міс. Отримані результати дозволяють рекомендувати вдосконалений алгоритм для широкого використання у практичній охороні здоров'я у жінок з природною менопаузою у різні вікові періоди – від 45 до 68 років.

Ключові слова: природна менопауза, якість життя, лікувально-профілактичні заходи.

Зміни демографічної ситуації у всьому світі та в Україні зокрема, збільшення кількості людей старшого віку виводять розлади менопаузи в ряд першочергових медичних проблем [1, 6, 7]. Менопаузу можна розглядати як генетично запрограмоване явище, що включає певні стадії структурних і функціональних змін. Згасання функції яєчників впливає на всі без виключення органи і системи організму. Фізіологічне старіння асоціюється із зниженням здатності тканин до відновлення, зменшенням їхньої еластичності, підвищеною жировою інфільтрацією, клітинною атрофією, дегенерацією нервових закінчень, зниженням тону м'язової мускулатури, зменшенням кількості колагенових волокон у сполучній тканині зв'язкового апарату [2, 8].

З віком погіршується стан здоров'я, збільшується потреба в медичній допомозі. Через феномен менопаузи щорік проходять 25 млн жінок, а до 2030 р. ця цифра прогнозовано збільшиться до 1,2 млрд. Вважається, що третина жінок у віці 55–60 років відзначають симптоми уrogenітальної атрофії, а до 75 років вже 2/3 жінки зазнають уrogenітального дискомфорту [3, 9]. Уrogenітальні порушення супроводжуються порушеннями ліпідного спектру крові, зниженням мінеральної щільності кісткової тканини. Остеопороз є не поодиноким хворобливим станом, це

результат одного або декількох патогенетичних механізмів, що включають згасання активності яєчників, порушення метаболізму кальцію, зміни продукції гормонів, регулюючих метаболізм кісткової тканини [5, 10].

Третина життя жінки припадає на постменопаузу, в цей час відбувається зниження адаптаційних можливостей організму [4, 10]. Проблема високої соціальної значущості, обумовлена підвищенням захворюваності та смертності жінок після виключення функції яєчників, послужили основою для розробки алгоритму ранньої діагностики та профілактики розладів менопаузи у жінок з природною менопаузою.

Незважаючи на значне число наукових публікацій у даному науковому питанні, не можна вважати всі проблеми генезу клімактеричного синдрому цілком вирішеними. На нашу думку, у першу чергу це відноситься до клініко-патогенетичних особливостей та оцінювання якості життя у жінок з природною менопаузою, а також можливостей профілактики патологічних постменопаузальних порушень. Усе це, безумовно, свідчить про актуальність досліджуваної наукової проблеми.

Мета дослідження: підвищення якості життя і зниження частоти та ступеня тяжкості клімактеричних порушень у жінок з природною менопаузою різних вікових груп на основі вивчення показників метаболічного гомеостазу, мінеральної щільності кісток та уrogenітальних розладів, а також удосконалення і впровадження алгоритму лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У відповідності до основної мети дослідження проведено обстеження 300 жінок у віці від 45 до 68 років з природною постменопаузою тривалістю від 1 до 20 років. Перед обстеженням протягом останнього року жодна з жінок не вживала препаратів, що впливають на кістковий метаболізм (естрогени, вітамін D та його активні метаболіти, препарати кальцію або фосфору), замісну гормональну терапію (ЗГТ).

На першому етапі пацієнтів було розподілено на три клінічні групи по 100 жінок: першу групу склали жінки у віці від 45 до 52 років, другу – пацієнтки у віці від 53 до 60 років, третю групу – обстежувані у віці від 61 до 68 років.

На другому етапі були використані удосконалені лікувально-профілактичні заходи для жінок різних вікових груп. При цьому кожна з досліджуваних груп були розділені на основну та підгрупу порівняння – основна група отримувала запропонований лікувальний комплекс, група порівняння – лікувальну програму, відповідно до рекомендацій Всеукраїнської асоціації менопаузи та репродуктивного здоров'я жінки (2011). Було виділено відповідні підгрупи: 1.1 – 50 жінок у віці від 45 до 52 років; 2.1 – 50 жінок у віці від 53 до 60 років; 3.1 – 50 жінок у віці від 61 до 68 років. Ці жінки отримували розроблений нами алгоритм лікувально-профілактичних заходів, ефективність якого була оцінена через 3, 6 та 12 міс.

Удосконалений нами алгоритм включав наступні моменти.

Жінкам підгруп 1.1 і 1.2 рекомендували:

- 1) корекцію способу життя (фізична активність, маловуглеводна дієта);
- 2) ЗГТ з врахуванням індивідуальної оцінки факторів ризику) – естрадіол 1 мг і дідрогестерон 10 мг (фемостон 1/10), естрадіол 2 мг і дідрогестерон 10 мг (фемостон 2/10), естрадіол 1 мг і дідрогестерон 5 мг (фемостон-конті); для

- жінок, у яких переважали уrogenітальні симптоми – естріол 1 мг (овестин – вагінальний крем) в поєднанні з пробіотиками;
- 3) у жінок, в яких є протипоказання для прийому ЗГТ – препарати циміцифуги (лівіал, тіболон, лайфемін, клімадінон);
- 4) препарати кальцію та вітамін Д;
- 5) для жінок з високим ризиком розвитку остеопорозу – кальцитонін, біофосфонати;
- 6) для жінок, які мали виражені психосоматичні розлади – тетраметілтетраазабіциклооктандіон 500 мг (адаптол).

Для жінок підгрупи 1.3 використовували усі пункти, окрім комбінованих препаратів ЗГТ.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, функціональні, біохімічні, ендокринологічні, денситометричні, психологічні та статистичні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час проведення клінічної характеристики жінок були враховані критерії виключення та виключення.

Критерії включення пацієнток:

- природний перебіг періоду менопаузи;
- наявність компенсованої екстрагенітальної патології;
- відсутність гінекологічних захворювань, які потребують оперативного лікування.

Критерії виключення:

- патологічний перебіг періоду менопаузи, включаючи і хірургічну менопаузу;
- декомпенсовані екстрагенітальні захворювання;
- наявність гінекологічних захворювань, які потребують оперативного лікування, включаючи і генітальний пролапс.

Середній вік жінок складав $62,2 \pm 5,3$ року. Перша група представлена 100 жінками у віці 45–52 років, середній вік $49,1 \pm 1,8$ року. До другої групи увійшли 100 пацієнток у віці 53–60 років, середній вік $57,5 \pm 3,0$ року. Третя група складалася з 100 хворих у віці 61–68 років, середній вік $64,9 \pm 1,8$ року.

До моменту проведення нашого дослідження $97,0 \pm 9,7\%$ жінок знаходились в стані постменопаузи, тривалість якої коливалася в межах від одного до 20 років, $3,0 \pm 0,3\%$ – в перименопаузі. У $18,0 \pm 1,8\%$ хворих менструації припинилися раптово, у $21,0 \pm 2,1\%$ перебігали за гіпоменструальним типом й у $27,0 \pm 2,7\%$ в перименопаузі відмічено менометрорагії. Менопауза наступила у віці 35 років у $1,0 \pm 0,1\%$, в 38–40 років – у $4,0 \pm 0,4\%$, в 42–47 років – у $18,0 \pm 1,8\%$, в 48–53 років – у $67,0 \pm 6,7\%$, в 54–60 років – у $10,0 \pm 1,0\%$ обстежених. Середній вік менопаузи складав $49,07 \pm 5,9$ року.

Аналізуючи вік менопаузи по групах слід вказати, що середній вік настання менопаузи у віковій групі 45–52 років складав $48,2 \pm 2,4$ року, у групі 53–60 років – $49,8 \pm 4,6$ року, у 61–68 років – $48,7 \pm 4,8$ року. Постменопауза призводить до порушення рівноваги в організмі жінки, викликаючи широкий спектр клінічних проявів, маючи певну залежність від віку настання менопаузи.

На характер перебігу постменопаузи суттєвий вплив мають захворювання репродуктивної системи жінки. У структурі супутніх гінекологічних захворювань одне з

провідних місць займають гіперпластичні процеси органів репродуктивної системи, які нерідко поєднуються з ожирінням. При статистичному аналізі критерію значущості відмінностей між хворими відмічена різниця в обтяженні гінекологічними захворюваннями пацієток у 1 та 2 групах у віці 45–52 роки і 61–68 років ($p < 0,05$). Міома матки в анамнезі відмічена у 59,0±5,9% пацієток 1 групи, у 12,0±1,2% 3 групи; внутрішній ендометріоз – у 75,0±7,5% у 45–52 роки і у 7,0±0,7% у 3 групі; ектопія шийки матки – практично в кожній третій обстеженій; хронічний сальпінгофорит – у кожній другій жінки 1 і 2 груп і в кожній шостій 3 групи ($p > 0,05$).

У той же час, при кореляційному аналізі відмічено, що міома матки частіше спостерігалася у пацієток, що мають ранню менархе ($r = -0,72$; $p < 0,01$). Внутрішній ендометріоз та міома матки частіше були у пацієток вікової групи 45–52 років, які тільки вступали в період постменопаузи.

Під час обстеження грудних залоз, жирова інволюція спостерігалася у жінок в глибокій постменопаузі, що наступила більше 10 років тому, а дифузна фіброзна мастопатія – у жінок, що знаходяться в перименопаузі або в постменопаузі не більше 6 років.

Якість життя пов'язана з наявністю хвороб і впевненістю у власному здоров'ї. Поняття «якість життя» носить комплексний характер і має цілий ряд основних аспектів:

- фізичний стан, тобто здатність людини займатися щоденною діяльністю, включаючи такі моменти, як самообслуговування, приготування їжі, покупки, виконання домашніх обов'язків і пересування на транспорті або пішки;
- емоційний комфорт включає гарний настрій, радість, впевненість, а дискомфорт – протилежні ним стани: погіршення настрою, емоційну лабільність, тривожність, нервозність, депресії тощо;
- соціальне спілкування, тобто стосунки і контакти з іншими людьми (членами сім'ї, друзями, товаришами по службі, а також соціальні зв'язки);
- задоволення життям і своїм здоров'ям, позитивна або негативна оцінка;
- сприйняття стану здоров'я – здатність оцінити власне благополуччя, відносно до свого віку або порівняно з самопочуттям у минулому;
- біль, який оцінюється відносно його тяжкості і впливу на щоденну діяльність.

Необхідність оцінювання якості життя жінок старшої вікової групи викликана тим, що сума клініко-лабораторних показників не завжди дає можливість оцінити суб'єктивний стан здоров'я жінки, наблизений до життя, ніж об'єктивна оцінка. Так, суб'єктивні показники, що відображають сприйняття жінкою старшого віку ступінь свого благополуччя, можна об'єднати у визначення якості життя.

Оцінка якості життя проводилася з використанням анкет, в яких питання були направлені на уточнення клінічних проявів, загального стану, фізичного і психічного здоров'я, рівня соціальної адаптації.

Отримані результати свідчать, що якість життя характеризується такими параметрами, як стан здоров'я, задоволеність умовами життя, так і специфічним станом, таким як природна менопауза. Серед пацієток старшого віку (61–68 років) вважали себе нездоровими 56,0±5,6% жінок, здоровими – кожна третя (33,0±3,3%), хворою – вже кожна п'ята (21,0±2,1%). Найбільш значимі фактори життя, що впливають на якість під час переходу в менопаузу, пов'язані з її емоційним і фізичним здоров'ям, а також із соціальним станом.

Як показали проведені опитування, не лише розлади менопаузи впливають на якість життя жінок, але і депресивний стан, викликаний втратою близьких, відчуттям самотності, зменшенням контактів з друзями і товаришами по службі, обмеження дозвілля. Внутрішня близькість через зовнішню відстань краща, ніж зовнішня близькість, що поєднується з внутрішньою роз'єднаністю в сім'ї. Дане дослідження дозволило кількісно представити зміну якості життя у обстежених групах жінок і визначити вплив природної менопаузи на всі аспекти життя жінки: емоційні, соціальні і психологічні. Отримані результати, безумовно, необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Результати проведених досліджень свідчать, що клімактеричні порушення у пацієток з природною менопаузою різних вікових груп мають специфічні особливості, які полягають, практично, у відсутності вірогідних відмінностей між жінками у віці 45–52 і 53–60 років, тоді як у віці 61–68 років спостерігали наступні особливості:

- збільшення середнього балу вегетативної дистонії – на 11,4±1,2 бала або 32,4±3,1%;
- наростання ступеня вираженості обмінно-ендокринного синдрому у міру збільшення віку – на 18,0±1,8 бала або 24,7±2,5%;
- основними і психотравмуючими чинниками є очікування хронічної хвороби (42,0±4,0%) та втрата жіночності (7,0±0,5%);
- при характеристиці головного болю виявляється переважання сумарної частоти головного болю (17,0±1,7%) за рахунок судинного генезу (10,0±1,0%);
- різниця в частоті виражених гіпервентиляційних розладів складає близько 13,2±1,3 бала або 31,4±3,0%;
- порушення сну характеризуються збільшенням частоти трьох основних параметрів: пробудження від відчуття нестачі повітря (12,0±1,2%), підвищена рухова активність (9,0±0,8%) і різні бачення в період засинання (13,0±1,3%);
- больові відчуття характеризуються збільшенням таких показників, як інтенсивність болю (на 1,3±0,1 балів або 35,1±3,3%) і його несприятливий вплив на якість життя (на 1,6±0,1 бала або 39,2±3,8%);
- депресивні прояви різного ступеня вираженості зустрічаються частіше на 23,0±2,3% за рахунок помірної депресії (на 13,0±1,3%);
- наростання рівня реактивної та особистої тривожності (на 18,1±1,8 бала або 32,1±3,1%).

По мірі зростання віку жінок з природною менопаузою відбувається згасання не лише гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи, але і має місце виражена гіпофункція щитовидної залози у вигляді достовірного зниження вільного тироксину (на 51,3±5,1%) та тиреотропного гормону (на 36,0±3,6%).

Дисметаболічні порушення у жінок з природною менопаузою у віковому аспекті (з 45 до 68 років) проявляються наступними особливостями:

- збільшення вмісту загального холестерину (на 25,3±2,5%) та тригліцеридів (на 38,3±3,8%);
- зменшення сироваткового кальцію (на 40,0±4,0%) та фосфору (на 35,7±3,5%);
- підвищення рівня лужної фосфатази (на 14,8±1,6%) та січової кислоти (на 35,3±3,5%);

- підвищення тромбогенного потенціалу крові за рахунок посилення спонтанної агрегації тромбоцитів (на $27,9 \pm 2,8\%$) та зниження вмісту загального фібриногену (на $43,9 \pm 4,2\%$).

Основними проявами остеопорозу у жінок з природною менопаузою у віковому аспекті є больовий синдром (біль в крижах і поперековій області, відчуття важкості між лопатками, порушення ходи та кульгавість), при цьому сумарна частота його вираженості зростання за період с 45 до 68 років на $5,8 \pm 0,6$ балів, або на $74,4 \pm 7,2\%$. Крім того, підвищується сумарна частота різних переломів (на $2,9 \pm 0,3$ на одну жінку) та зменшується рівень вітаміну D3 – на (на $60,2 \pm 6,0\%$).

Урогенітальні розлади у жінок з природною менопаузою у віковому аспекті (з 45 до 68 років) характеризуються достовірним збільшенням тяжких розладів (на $14,0 \pm 1,4\%$) за рахунок росту симптомів (на $36,0 \pm 3,6\%$) та стандартних тестів нетримання сечі (на $62,0 \pm 6,0\%$). Основними уродинамічними критеріями цих розладів є зниження тонуусу детузора, за даними цистометрії, і зниження тонуусу замикального апарату уретри, що виявляється достовірним зменшенням уретрального опору і максимального уретрального тиску.

Сумарна ефективність (підвищення якості життя та зниження основних проявів клімактеричного синдрому) удосконаленого алгоритму лікувально-профілактичних заходів залежить від віку пацієнток і складає у 45–52 років – $52,3 \pm 4,8\%$; у 53–60 років – $40,7 \pm 4,0\%$ та у 61–68 років – $31,3 \pm 3,1\%$.

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

- тактика ведення жінок з природною менопаузою залежить від їх віку, що треба враховувати при розробці діагностичних та лікувально-профілактичних заходів, при цьому частота патологічних проявів достовірно не відрізняється з 45 до 60 років, а з 61 до 68 років відбувається зниження якості життя за рахунок клінічних, психологічних, вегетативних, ендокринологічних, дисметаболічних порушень та урогенітальних розладів;
- з метою ефективної діагностики клімактеричних порушень у жінок з природною менопаузою необхідно динамічне використання основних клініко-лабораторних та функціональних методів дослідження з обов'язковою оцінкою якості життя, вмісту вітаміну D3 та уродинамічним обстеженням.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать, що початкові ознаки ефективності лікувально-профілактичних заходів, що проводяться, починаються тільки через 6 міс і полягають у достовірному збільшенні частоти легких клімактеричних порушень при одночасному зниженні середніх; зниженні рівня соціальних і психотравматичних чинників, порушень сну всіх видів та інтенсивності больового синдрому. З лабораторних параметрів до даного терміну ми відзначали лише достовірне зниження вмісту фібриногену. Серед широкого спектру уродинамічних порушень можна виділити зростання частоти легких урогенітальних при одночасному зниженні частоти ніктуриї. Решта параметрів, що вивчаються, включаючи ендокринологічний статус і ліпідний обмін, достовірно нормалізувалися після 6 міс від початку лікування і збереглися до одного року. Поліпшення якості життя і зниження основних проявів клімактеричних порушень у жінок у віці 61–68

років спостерігались вже через 6 місяців від початку використання удосконаленого нами алгоритму, максимальна його ефективність відмічена нами на завершальному етапі – через 12 міс. Отримані результати дозволяють рекомендувати вдосконалений алгоритм для широкого використання в практичній охороні здоров'я у жінок з природною менопаузою у різні вікові категорії – від 45 до 68 років.

Современные взгляды на тактику ведения женщин с естественной менопаузой И. Т. Кишакевич

Результаты проведенных свидетельствуют, что начальные признаки эффективности лечебно-профилактических мероприятий регистрируются только через 6 месяцев и заключаются в достоверном увеличении частоты легких климактерических нарушений при одновременном снижении средних и тяжелых; уменьшении уровня социальных и психотравмирующих факторов, нарушений всех видов сна и интенсивности болевого синдрома. Из лабораторных параметров к этому сроку отмечено только достоверное снижение содержания фибриногена. Среди широкого спектра уродинамических нарушений можно выделить увеличение частоты легких урогенитальных расстройств при одновременном снижении частоты никтурии. Все остальные изучаемые параметры, включая эндокринологический статус и липидный обмен, нормализовались после 6 мес от начала лечения и сохранялись в течение года. Максимальная эффективность улучшения качества жизни и снижение основных проявлений климактерических нарушений у женщин в возрасте с 61 до 68 лет отмечена только на заключительном этапе – через 12 мес. Полученные результаты позволяют рекомендовать усовершенствованный алгоритм для широкого использования в практическом здравоохранении у женщин с естественной менопаузой в возрасте от 45 до 68 лет.

Ключевые слова: естественная менопауза, качество жизни, лечебно-профилактические мероприятия.

Modern aspects on tactics of conducting women with natural menopause I. T. Kishakevych

Results of the spent testify that first signs of efficiency of treatment-and-prophylactic actions begin only in 6 months and increases in frequency of easy climacteric infringements consist in authentic at simultaneous decrease in average and heavy; reduction of level of social and psychoinjuring factors, infringements of all kinds of dream and intensity of a painful syndrome. From laboratory parametres to this term we marked only authentic decrease in the maintenance fibrinogene. Among a wide spectrum urodynamics infringements it is possible to allocate increase in frequency easy urogenital frustration at simultaneous decrease in frequency nicrurii. All other studied parametres, including endocrinological status and lipide exchange, were normalised after 6 months from an initiation of treatment and remained within a year. Peak efficiency of improvement of quality of life and decrease in the basic displays of climacteric infringements at women in age with 61 till 68 years is noted only at the final stage – in 12 months. The received results allow to recommend advanced algorithm for wide use in practical public health services at women with natural menopausa at various age – from 45 till 68 years.

Key words: natural menopause, quality of life, treatment-and-prophylactic actions.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРАРИ

1. Венцківський Б.М. Замінна гормональна терапія як патогенетичний метод профілактики та лікування клімактеричних зрушень / Б.М. Венцківський, Н.М. Нізова, Т.Ф. Татарчук // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2012. – № 1. – С. 48–58.
2. Дубоссарська З.М. Еволюція уявлень про клімакс та його лікування / З.М. Дубоссарська // Нова медицина. – 2012. – № 5. – С. 26–27.
3. Запорожан В.Н. Дисфункциональные маточные кровотечения: Руководство по эндокринной гинекологии / В.Н. Запорожан, Е.М. Вихляева, Б.И. Железнов; под ред. Е.М. Вихляевой. 3-е изд. – М.: МИА, 2002. – 396 с.
4. Зелинский А.А. Климактерический период (избранные главы) / А.А. Зелинский. – Одесса: ОКФА, 2013. – 242 с.
5. Поворознюк В.В. Менопауза и костно-мышечная система / В.В. Поворознюк, Н.В. Григорьева. – М, 2014. – 512 с.
6. A longitudinal analysis of the association between menopause and depression: results from the Massachusetts Women's Health Study / [N. Avis, D. Brambilla, S. MCKinlay et al.] // Ann. Epidemiol. – 2010. – Vol. 4. – P. 214–420.
7. Berg J. The modern management of the menopause / J. Berg, M. Hammon. London – N-Y, 2010. – 128 p.
8. Climacteric modifications in body weight and fat tissue distribution / [M. Gambacciani, M. Ciapponi, B. Cappagli et al.] // Climacteric. – 2011. – Vol. 21. – P. 37–44.
9. Desai H.D. Major depression in women: a review of the literature / H.D. Desai, M.W. Jann // J. Am. Pharm. Assoc. – 2011. – Vol. 40. – P. 525–537.
10. Fat distribution and plasma lipid–lipoprotein concentrations in pre- and postmenopausal women / [B.A. Gower, T.R. Nagy, M.I. Goran et al.] // Int. J. Obesity. – 2010. – № 7. – P. 605–611.

УДК: 618.11-008.64-092.9:615.36:611.018.85

Експериментальне обґрунтування застосування кріоекстракту плаценти у пацієнок з синдромом передчасної недостатності яєчників

М.М. Козуб, М.І. Козуб, К.П. Скибіна

Харківська медична академія післядипломної освіти

Застосування кріоекстракту плаценти у мишей з моделлю передчасної недостатності яєчників призводить до відновлення естральних циклів та настання вагітності, що достовірно не відрізняється від відповідних показників контрольної групи тварин. Перший клінічний досвід застосування кріоекстракту плаценти у жінок з синдромом передчасної недостатності яєчників після видалення маткових труб з приводу трубної вагітності продемонстрував клінічну ефективність застосування кріоекстракту плаценти у наведених вище хворих для відновлення функції яєчників.

Ключові слова: *передчасна недостатність яєчників, кріоекстракт плаценти.*

Передчасна недостатність яєчників (ПНЯ) – багатобактерний синдром, який характеризується вторинною аменореєю, високим рівнем гонадотропінів і низькою концентрацією естрогенів в сироватці крові у жінок до 40 років [1].

Розвиток ПНЯ в популяції жінок залежить від віку: до 20 років – 1:10000, 30 років – 1:1000, 40 років – 1% [2].

Поширеність ПНЯ становить 60–70% у пацієнок з галактоземією. Це може бути пов'язано з токсичною дією галактози (або одного з метаболітів) на фолікулярні структури, зменшенням початкового числа овогоній під час ембріонального періоду, прискоренням фолікулярної атрезії після народження і до статевого дозрівання. ПНЯ може мати генетично обумовлене, аутоімунне, ідіопатичне, функціональне (зниження маси тіла, фізичне навантаження, лікарські препарати) походження. Зниження оваріального резерву у дівчат з вторинною аменореєю спостерігається в 9,7% випадків. В якості прогностичних критеріїв внутрішньоутробного формування неповноцінності гонад необхідно розглядати: довготривалу загрозу переривання і перенесені інфекції на ранньому терміні вагітності, плацентарну недостатність, прееклампсію, гіпоксію, гіпотрофію плода та його незрілість. У пубертатному періоді в якості критерію зниження оваріального резерву можуть виступати вірусні інфекції: епідемічний паротит і краснуха; ендокринна патологія – цукровий діабет і гіпотиреоз; шкідливі звички [3].

Порушення функції рецепторів до ФСГ (фолікулоstimулюючого гормону) вважається важливим у патогенезі розвитку ПНЯ. Дефект цього рецептора знижує здатність рецепторів або пов'язувати ФСГ, або активувати сигнальні шляхи, погіршуючи його функцію [2].

Рецептор ЛГ (лютеїнізуючого гормону) відіграє важливу роль у підтримці вироблення прогестерону жовтим тілом, у зростанні фолікулів, стимуляції стероїдогенезу і дозріванні яйцеклітин. Аномалії розвитку даного рецептора призводять до порушення овуляції, передчасного дозрівання ооцитів, що веде до порушень менструального циклу, безпліддя, розвитку ПНЯ [2]. Відповідальним за функціонування яєчників є фактор росту і диференціювання 9 (GDF9), що експресується в ооцитах і є геном-кандидатом для ПНЯ [4].

При дослідженні тканин яєчника Н.А. Жахур та співавтори (2010) виявили позитивну експресію андрогенового рецептора (AR) у 4 (22,2%) з 18 хворих з ПНЯ на відміну від контрольної групи жінок зі своєчасною менопаузою, у яких експресія AR була відсутня. Під час вивчення поліморфізму гена AR у жінок з ПНЯ було виявлено тенденцію до вкорочення алелей CAG-повторів цього гена, довжина яких негативно корелювала з високим рівнем тестостерону, що додатково свідчило про підвищення трансактиваційної (ліганднез'язаної) активності AR [1].

Значуще порушення функції яєчників відзначається після використання алкілюючих засобів або прокарбазина при проведенні хіміотерапії, однак, чим молодша пацієнтка, тим вище ймовірність «виживання» окремих фолікулів.

Цитостатична терапія, пригнічуючи оваріальну функцію, істотно впливає на характер менструального циклу. Так, у жінок молодше 25 років, які отримували в якості первинного лікування стандартну поліхіміотерапію із включенням алкілюючих препаратів, аменорея виникала в 28% випадків, у жінок старше 25 років – у 86%, старше 40 років – майже в 100% спостережень. Подібні закономірності відзначені і при застосуванні променевої терапії. Опромінення пахово-клубових областей в дозі більше 40–50 Гр викликає стійку аменорею у 40% жінок до 20 років і у 90–95% жінок у віці старше 35 років. Яєчникова недостатність триває від декількох місяців до трьох років у молодих жінок або стає незворотною у більшості пацієнток старше 35 років [5].

Одним із факторів, що відіграють роль у розвитку ПНЯ у жінок репродуктивного віку, є хірургічне видалення маткових труб при оперативному лікуванні трубної вагітності. Морфофункціональні особливості яєчників після оперативного лікування трубної вагітності залежать від обсягу і характеру оперативного втручання на маткових трубах [2].

При хірургічному лікуванні пацієнток із трубної вагітністю, зазвичай, у 70,6% хворих виконується сальпінгектомія, у 29,4% – сальпінготомія [4].

Обсяг крововтрати, тривалість захворювання та вік пацієнтки корелюють із виразністю порушення стану яєчників після оперативного лікування трубної вагітності. Найбільш виражені зміни відбуваються в яєчнику на стороні видаленої маткової труби. Порушення кровотоку в контрлатеральному яєчнику носить вторинний характер. Нормальний менструальний цикл відновлюється у 68% хворих, що перенесли односторонню тубектомію, і у 85% пацієнток, що перенесли консервативно-оперативне втручання на маткових трубах. До особливо агресивних чинників передчасного зниження оваріального резерву відносять оперативні втручання на яєчниках [2].

Одним із патогенетичних механізмів розвитку ПНЯ у пацієнток з трубною вагітністю після оперативного видалення труб вважається наявність оксидативного стресу [7].

Перераховані вище фактори вказують на мультифакторність ушкоджень, які обумовлюють розвиток ПНЯ.

Існує дві основні форми ПНЯ: при первинній формі, що характеризується зменшенням кількості або відсутністю фолікулів, причинами є генетичні відхилення, хіміотерапія, радіоопроміювання тазової ділянки, хірургічні втручання. У разі вторинної форми, коли кількість фолікулів не змінено, частіше за все причиною є аутоімунні захворювання, які ушкоджують зрілі фолікули, але залишають інтактними примордіальні фолікули [8]. У дослідженні було використано експериментальне моделювання першої форми ПНЯ.

Плацента – це орган, що забезпечує баланс окислювальних процесів в організмі людини на ранніх стадіях його розвитку. Із плаценти виділені пептиди, гомологічні гонадотропінам і лактогену, а також речовини, які мають властивості гормону росту. Крім цього, виділені β-ендорфіни, β-ліпопротеїди, α-меланоцитстимулювальний гормон. Також виділені пептиди з імуностимулювальним ефектом і такі, що стимулюють ріст м'яких тканин. Плацента має велику кількість ферментів. Термостабільна плацентарна лужна фосфатаза (ТПЩФ) бере участь у відновлювальних процесах і репаративній регенерації. Плацента є джерелом гіалуронідази, глутатіонтрансферази, моноаміноксидази (MAO), яка бере участь в синтезі серотоніну і тираміну. Плацентарні клітини і препарати з плаценти забезпечують розвиток структур de novo і адекватну перебудову існуючих тканин декількома шляхами. В першу чергу – плацентарними факторами росту різних класів, високим рівнем анаболічних процесів, а також регулюванням процесів апоптозу. Плацентарні клітини активно продукують проапоптотичні сигнали: TNF, LT, FasL, TRAIL, TWEAK, LIGHT, власне ініціюють і активують апоптоз. Одночасно базовою особливістю плацентарних макрофагів є пошук (завдяки набору поверхневих молекул) і поглинання апоптотичних клітин. Цей процес відрізняється від фагоцитозу некротично змінених клітин та екзогенних мікроорганізмів, який супроводжується секрецією медіаторів запалення. Поглинання плацентарними макрофагами апоптотичних клітин призводить до пригнічення медіаторів запалення і індукції протизапальних цитокінів.

Одним із перспективних методів лікування оксидативного стресу, що сприяє розвитку ПНЯ у жінок з трубною вагітністю, є використання кріоекстракту плаценти (КП) [9, 10].

Мета дослідження: експериментальне обґрунтування застосування кріоекстракту плаценти у хворих з ПНЯ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

В експерименті, проведеному у віварії Інституту проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, використовували 30 мишей лінії BALB/c із масою 20,1±1,1 г віком 3 міс, з регулярним естральним циклом. Їх було поділено на три групи по 10 тварин: I – контрольна група, II – група з моделлю ПНЯ без лікування, III – група з моделлю ПНЯ і лікуванням КП (по 0,01 г внутрішньом'язово 1 раз на добу протягом 5 діб). ПНЯ моделювали шляхом введення хіміопрепаратів бусульфану і циклофосфаміду. Лікування починали через 3 тиж після початку хіміотерапії, коли у всіх мишей спостерігалась відсутність естрального циклу.

Досліджували масу мишей, характеристики естрального циклу за даними кольпоцитограми, кількість спарювань оцінювали за виявленням вагінальних пробок. У всіх групах тварин порівнювали кількість вагітностей.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При вивченні стану мишей у I, II і III групах та наявності у них овуляції через 3 і 6 тиж встановлено наступне.

Маса мишей в II і III групах відновлювалась через 3 тиж після уведення КП у III групі і через 6 тиж – у II групі тварин без лікування. Відсутність естрального циклу за даними кольпоцитограми спостерігали у всіх тварин після хіміотерапії. Після застосування КП в III групі тварин у 60% мишей естральний цикл відновився на 3-й тиждень, у 100% – на 5-й тиждень. У II групі тварин 40% мишей мали регулярний естральний цикл на 5-й тиждень, а 100% – тільки на 7-й тиждень.

Вагінальні пробки після хіміотерапії були відсутні у всіх мишей II та III груп. Вони з'явилися у 60% мишей на 3-й тиждень, у 100% – на 5-й тиждень у III групі тварин. У II групі тварин вагінальні пробки спостерігалися на 5-й тиждень у 50% мишей і на 7-й тиждень – у 100% мишей.

Під час оцінювання показників настання вагітності через 3 міс у мишей всіх груп встановлено, що у III групі тварин після застосування КП кількість вагітностей достовірно ($p < 0,05$) не відрізнялась від показників у I контрольній групі, тоді як у II групі тварин (без лікування) вагітностей у обстежених мишей взагалі не спостерігалось.

Результати експериментальних досліджень на самках мишей лінії BALB/c з моделлю ПНЯ послужили основою для застосування КП з метою відновлення функції яєчників у пацієнок з видаленими матковими трубами. *Клінічний випадок використання КП.* Пацієнтка Л., 32 років, історія хвороби № 466, була госпіталізована у перше гінекологічне відділення міського клінічного пологового будинку № 2 м. Харкова 24.03.2015 р. з діагнозом синдрому передчасної недостатності яєчників. У 2006 р. пацієнтці виконано лапароскопію, видалення обох маткових труб. Пацієнтці 25.03.2015 р. виконано діагностичну гістероскопію, під час виконання якої взято біопсію ендометрію на 21-й день менструального циклу для її обстеження на наявність рецепторів до естрогену і прогестерону у зв'язку з неефективністю раніше проведених п'яти програм ДРТ. Під час дослідження рівня гонадотропних гормонів у сироватці крові в лютеїнову фазу менструального циклу напередодні гістероскопії виявлено: ФСГ – 13,1 мМОд/мл (N=1,5–10,8 мМОд/мл), ЛГ – 7,76 мМОд/мл (N=0,5–19,8 мМОд/мл), пролактин 475,2 мМОд/мл (N=105–548 мМОд/мл, естрадіол – 103,9 пг/мл (N=16,6–337,6 пг/мл). У післяопераційний період пацієнтці проведено внутрішньом'язове уведення КП № 5 та через 2 тиж досліджено рівень вмісту гонадотропних гормонів у сироватці крові в середині менструального циклу та виявлено: ФСГ – 4,94 мМОд/мл (N=3,6–20,6 мМОд/мл), ЛГ – 4,11 мМОд/мл (N=4,1–68,7 мМОд/мл), естрадіол – 59,9 пг/мл (N=45,5–528,4 пг/мл). При УЗД обстеженні протягом періоду з 9-го по 15-й день менструального циклу виявлено зростання домінантного фолікулу. Після введення КП пацієнтка відзначила поліпшення якості життя. Надалі пацієнтка направлена на програму ДРТ [10].

ВИСНОВКИ

Розроблений і запатентований спосіб лікування ПНЯ з використанням п'яти ін'єкцій КП дозволяє відновити діяльність яєчників у 60% тварин на 3-й тиждень, а у 100% тварин – на 5-й тиждень після лікування і сприяє настанню вагітності у 60% мишей лінії BALB в експерименті через 3 місяці.

У жінок з трубною вагітністю спостерігається наявність оксидативного стресу, до якого після видалення маткових труб приєднується порушення кровообігу в яєчниках, що призводить до розвитку ПНЯ. Ефективним методом корекції оксидативного стресу і ПНЯ у жінок з трубною вагітністю є використання КП в післяопераційний період, що призводить до нормалізації функції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчничкової системи і покращує якість життя пацієнток.

Таким чином, розроблений спосіб корекції ПНЯ у жінок з трубною вагітністю після видалення обох маткових труб може ефективно використовуватися для відновлення репродуктивного здоров'я пацієнток з ПНЯ після оперативного видалення маткових труб під час хірургічного лікування трубної вагітності.

Надалі планується проведення експериментальних та клінічних досліджень з порівняльної оцінки ефективності використання КП і стовбурових клітин з жирової тканини для лікування ПНЯ.

Експериментальное обоснование использования криоэкстракта плаценты у пациенток с синдромом преждевременной недостаточности яичников

М.М. Козуб, М.І. Козуб, К.П. Скибина

Применение криоэкстракта плаценты у мышей с моделью преждевременной недостаточности яичников приводит к восстановлению эстральных циклов и наступления беременности, что достоверно не отличается от соответствующих показателей контрольной группы животных. Первый клинический опыт применения криоэкстракта плаценты у женщин с удаленными маточными трубами по поводу трубной беременности продемонстрировал клиническую эффективность применения криоэкстракта плаценты у приведенных выше пациенток.

Ключевые слова: преждевременная недостаточность яичников, криоэкстракт плаценты.

Experimental study of placental cryoextract application in patients with premature ovarian failure syndrome

M.M. Kozub, M.I. Kozub, K.P. Skybina

Using of the placenta extract in treatment of experimental model of POF can restore the estrous cycle and resulting in pregnancy that don't significantly ($p < 0,05$) different from those indexes in the control group. The first clinical experience with using placental cryoextract has shown clinical efficacy of placental cryoextract to restore ovarian function in women with premature ovarian failure syndrome after removal of the fallopian tubes after surgical treatment the tubal pregnancy.

Key words: premature ovarian failure, placental cryoextract.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Amniotic fluid stem cells prevent follicle atresia and rescue fertility of mice with premature ovarian failure induced by chemotherapy / G.Y. Xiao, I.H. Liu, C.C. Cheng [et al.] // PLOS ONE. ? 2014. – Vol. 9, N 9. – DOI: 10.1371/journal.pone.0106538.
2. Возможности восстановления фертильности у пациенток с преждевременной недостаточностью яичников (обзор литературы) / Н.А. Жахур, Л.А. Марченко, Л.Б. Бутарева, М.А. Шахова // Проблемы репродукции. – 2010. – № 1. – С. 40–48.
3. Genetic aspects of premature ovarian failure: a literature review / E.B.Cordts, D.M.Christofolini, A. A. Dos Santos [et al.] // Arch. Gynecol. Obstet. – 2011. – Vol. 283, N 3. – P. 635–643. – DOI: 10.1007/s00404-010-1815-4.
4. Куракина В.А. Современный взгляд на оценку овариального резерва у девочек-подростков групп риска, значимость повреждающих факторов / В.А. Куракина // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 5. – С. 41–45.
5. Genetics of primary ovarian insufficiency : new developments and opportunities / Y. Qin, X. Jiao, J.L. Simpson, Z.J. Chen // Human Reproduction Update. – 2015. – Vol. 21, N 6. – P. 787–808. – DOI: 10.1093/humupd/dmv036
6. Козуб М.Н. Трубная беременность: этиология, патогенез, психофизиологические и хирургические аспекты ее лечения (Обзор литературы) / М.Н. Козуб, Н.И. Козуб, М.Ю. Климова // Сборник научных работ Ассоциации акушеров-гинекологов Украины. – Киев: Интермед, 2011. – С. 449–458.
7. Oxidative status and serum prolidase activity in tubal ectopic pregnancy / N. Hilali, N. Aksoy, M. Vural [et al.] // J. Pac. Med. Assoc. ? 2013. – Vol. 63, N 2. ? P. 169?172.
8. The Therapeutic Potential of Umbilical Cord Mesenchymal Stem Cells in Mice Premature Ovarian Failure / S. Wang, L. Yu, M. Sun [et al.] // BioMed Research International. ? 2013. – Vol. 2013. ? DOI: 10.1155/2013/690491
9. Использование криоэкстракта плаценты для лечения заболеваний и возрастных изменений организма человека / Н. И. Козуб, М. Н. Козуб, Д. В. Безбородая, Ю. В. Рыженко // Актуальные проблемы современной медицины. Вісник Української медичної стоматологічної академії. ? 2015. – Т. 15, Вип. 4 (52). ? С. 319?324.
10. Патент на корисну модель № u201510489 Україна, МПК А61К 31/00 Спосіб відновлення репродуктивного здоров'я у пацієнток з синдромом недостатності яєчників після видалення маткових труб під час хірургічного лікування трубної вагітності / Козуб М. Н. ; заявл.27.10.2015 ; опубл. 09.02.2016.

УДК 618.14-006.36-02-008.6:612.621.31:618.17-08

Особливості відновлення репродуктивної функції у жінок з субмукозною міомою матки

О.О. Літвак

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

Проведений аналіз найближчих і віддалених результатів субмукозної міомектомії показав, що міомектомія є доцільним і ефективним хірургічним методом лікування. Вживання менш інвазивних ендоскопічних доступів по вдосконаленому нами алгоритму сприяє «гладшому» перебігу післяопераційного періоду, скорочує терміни перебування пацієнток в стаціонарі. Це у поєднанні з гормонотерапією, призначеною з врахуванням імуністохімії ендо- і міометрія, сприяє нормалізації менструальної функції і створює сприятливі умови для реалізації репродуктивної функції жінки.

Ключові слова: міома матки, лікування, репродуктивна функція.

Не дивлячись на те, що вивченню міоми матки присвячена велика кількість робіт, проблема донині залишається недостатньо вирішеною. Міома матки – найбільш доброякісна пухлина статевих органів жінок, що часто зустрічається, а її частота у репродуктивний період коливається від 20% до 40% [1, 2].

Серед різних локалізацій міоми матки, особливо у жінок у репродуктивний період, одне з провідних місць займає підслизове розташування одного або декількох вузлів [3, 4]. Субмукозне розташування міоматозного вузла є несприятливим різновидом локалізації міоми, оскільки практично завжди вимагає хірургічного лікування, не залишаючи шансів для консервативної терапії. При даному розташуванні міоматозних вузлів частота безпліддя досягає 30–35%, а при настанні вагітності можливе невиношування, виникнення ускладнень як в період гестації, так і під час пологів і в післяпологовий період [5, 6].

Безпліддя, як первинне, так і вторинне – нерідке явище при даному захворюванні. Проблема набуває все більшої актуальності у зв'язку з омолодженням контингенту хворих з міомою матки з одного боку, і пізнім плануванням вагітності (після 40 років) – з іншого, коли значно підвищується ризик виникнення гіперпластичних процесів, ендометріозу і запальних захворювань органів малого таза, як основних причин невдач в реалізації репродуктивної функції [7, 8]. За даними цих самих авторів, питома вага міомектомії, у тому числі і при субмукозному розташуванні, відносно невелика, що, на нашу думку, вимагає розширення показань в цілях відновлення і збереження генеративної функції у жінок фертильного віку.

На жаль, статистичні дані свідчать про частіше використання при міомі матки радикальних втручань [1–8]. Згідно з клінічними даними, субмукозна міома матки

часто є перешкодою для настання вагітності, у зв'язку з цим гістероскопічні можливості видалення підслизових вузлів з подальшим відновленням репродуктивної функції є досить актуальною проблемою.

Усе викладене вище стало для нас підставою до проведення наукових досліджень у даному напрямі, що дозволить підвищити ефективність лікування субмукозної міоми матки.

Мета дослідження: підвищення ефективності діагностики та лікування субмукозної міоми матки у жінок репродуктивного віку на підставі вивчення клініко-ехографічних, ендокринологічних та імуногістохімічних особливостей, а також розроблення і впровадження удосконаленого алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів з використанням сучасних ендоскопічних технологій та направленої медикаментозної корекції.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для виявлення чинників ризику розвитку субмукозної міоми матки, клініко-морфологічного перебігу захворювання, показань до операції, інтра- і післяопераційних ускладнень проведено комплексне обстеження 60 жінок, яким була проведена консервативна міомектомія.

У комплексі проведених методів дослідження входили:

- загальноклінічне обстеження;
- клініко-лабораторні методи діагностики;
- УЗД органів малого тазу;
- гістероскопія;
- роздільне діагностичне вискоблювання слизової оболонки цервікального каналу і порожнини матки з подальшим морфологічним дослідженням;
- імуногістохімічні методи вивчення біомолекулярних маркерів.

Для оцінювання віддалених наслідків були проаналізовані клініко-лабораторні показники у 60 жінок після консервативної міомектомії, яких було розподілено на дві групи:

- до першої групи увійшли 30 пацієнток, в яких було проведено оперативне лікування по вдосконаленій нами методиці, а також яким гормональні препарати призначалися з врахуванням імуногістохімічних даних;
- другу групу склали 30 жінок, прооперованих за загальноприйнятою методикою і отримуючих лікування лише на підставі морфологічного дослідження міоми та ендометрія.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що частота порушень репродуктивної функції у жінок з субмукозною міомою матки складала 83,3% з переважанням вторинного безпліддя (50,0%) над первинним (33,3%).

Основними причинами порушення репродуктивної функції у жінок з субмукозною міомою матки, крім наявності основної патології, були перенесені хронічні запальні процеси придатків матки (66,7%); супутні гіперпластичні процеси ендометрія (43,3%) та кістозні ураження яєчників (13,3%). Самостійною причиною безпліддя субмукозну міому матки зареєстровано тільки в 30,0% випадків, а у 70,0% до неї приєднуються трубно-перитонеальний та ендокринний чинники.

Самостійні поодинокі субмукозні вузли зустрічалися у 36,7% випадків, а у 63,3% мало місце поєднане розташування субмукозних та інтрамуральних вузлів. Розміри вузлів до 2 см зустрічалися у 33,3% випадків, від 2 см до 4 см – у 26,7% та більш 4 см – у 40,0% спостережень.

Основним методом оперативного лікування субмукозної міоми матки була гістерорезектоскопія (63,3%) порівняно з лапаротомією (36,7%), при якій у 13,3% проводиться резекція або каутеризація яєчників, а в 11,7% – роз'єднання спайок з сальпінгооваріолізисом та сальпінгостоматопластикою.

Результати імуногістохімічних досліджень видалених міоматозних вузлів свідчать, що у їх тканинах рецепторна залежність по естрогену відсутня у 56,7%; слабка – у 26,7%; помірна – в 10,0% та сильна – у 6,7% спостережень. У структурі експресії рецепторів по прогестерону переважали помірна (36,7%) та сильна (36,7%) у порівнянні зі слабкою (20,0%) та її відсутністю (6,7%).

Використання удосконаленого нами алгоритму реабілітаційних заходів дозволяє знизити частоту больового синдрому на 36,7%; порушень менструальної функції – на 33,3%; профілактику рецидивів захворювання (при загальноприйнятій реабілітації – 8,3%), а також на 18,0% підвищити ефективність відновлення репродуктивної функції у вигляді настання вагітності.

Для практичної охорони здоров'я можна рекомендувати наступні моменти:

- основним методом діагностики субмукозної міоми матки є гістероскопія у поєднанні з клінічними та ехографічними даними;
- при розробці тактики оперативного лікування субмукозної міоми матки необхідно враховувати основні переваги гістерорезектоскопії, однак слід враховувати розміри, кількість та розташування міоматозних вузлів, що може бути показом для лапаротомії;
- імуногістохімічне дослідження видалених міоматозних вузлів дозволяє розробити ефективний алгоритм реабілітаційних заходів з використанням направленої гормональної корекції та відновленням репродуктивної функції.

ВИСНОВКИ

Проведений аналіз найближчих і віддалених результатів субмукозної міомектомії показав, що міомектомія є доцільним і ефективним хірургічним методом лікування. Вживання менш інвазивних ендоскопічних доступів по вдосконаленому нами алгоритму сприяє «гладшому» перебігу післяопераційного періоду, скорочує терміни перебування пацієнток в стаціонарі, що у поєднанні з гормонотерапією, призначеною з врахуванням імуногістохімії ендо- і міометрія, сприяє нормалізації менструальної функції і створює сприятливі умови для реалізації репродуктивної функції жінки.

Особенности восстановления репродуктивной функции у женщин с субмукозной миомой матки

Е.О. Литвак

Проведенный анализ ближайших и отдаленных результатов субмукозной миомэктомии показал, что миомэктомия является целесообразным и эффективным хирургическим

методом лечения. Использование инвазивных эндоскопических технологий способствует более гладкому течению послеоперационного периода, сокращает сроки пребывания пациенток в стационаре. Это в сочетании с гормонотерапией, назначенной с учетом иммуногистохимических исследований, создает более благоприятные условия для реализации репродуктивной функции.

Ключевые слова: миома матки, лечение, репродуктивная функция.

Features restoration of reproductive function at women with submucosal myoma of a uterus

O.O. Litvak

The carried out analysis of the nearest and remote results submucosal myomectomy has shown that myomectomy is an expedient and effective surgical method of treatment. Use of invasional endoscopic technologies promotes smooth postoperative period, reduces terms of stay of patients in hospital that in a combination with hormone therapy, appointed with the account immunohistochemical researches creates more favorable conditions for realisation of reproductive function.

Key words: uterus myoma, treatment, reproductive function.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кирющенко А.П. Миома матки / А.П. Кирющенко // Врач. – 2012. – № 1. – С. 2–5.
2. Брехман Г.И. Миома матки: психосоматические аспекты, консервативное лечение и профилактика / Г.И. Брехман, Б.Ф. Мазорчук. – М., 2010. – 220 с.
3. Фролова И.И. Лейомиома матки: морфология и вопросы этиопатогенеза / И.И. Фролова // Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии. – 2014. – № 3–4. – С. 76–79.
4. Cobellis L. Comparison of intramural myomectomy scar after laparotomy or laparoscopy / L. Cobellis // Int. J. Gynaecol. Obstet. – 2014. – № 84 (1). – С. 87–93.
5. Євдокимова В.В. 2008. Профілактика і діагностика тромботичних ускладнень після гінекологічних операцій у хворих з антифосфоліпідним синдромом: дис ... канд. наук : спец. 14.01.01 / В.В. Євдокимова. – 157 с.
6. Митьков В.В. 2011. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике / В.В. Митьков. – М.: Видар, 2011. – С. 216–218.
7. Samsioe G. Medical and surgical strategies for treating urogynecological disorders / G. Samsioe // Int. J. Fertil. – 2013. – N 41. – P. 135–141.
8. Eicher W.B. Subjektive Beschwerden und hormonelle Reaktionen in den ersten 6 Wochen nach Hysterektomie / W.B. Eicher, A.O. Muck // Zentralbl Gynäkol. – 2015. – Vol. 114. – P. 579.

УДК 618.17-02:618.14-007.415-072.1-08:611.664

Діагностика та лікування аденоміозу при поєднанні з гіпотиреозом

Б.М. Лисенко

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

Отримані результати свідчать, що відсутність важких ускладнень, які обтяжують репродуктивне здоров'я, на тлі запропонованої терапії для відновлення репродуктивного здоров'я не збільшує, а навпаки, знижує, частоту рецидивів. Було визначено достовірну зміну ультразвукових ознак у процесі терапії аденоміозу (Ад), які не можуть розглядатися як його діагностичні критерії, але, проте, з високим ступенем достовірності у поєднанні з клінічними даними, а також лабораторними показниками, можуть використовуватися для визначення тривалості терапії, а можливо й її якості. Отримані нами дані можна широко використовувати при відновленні репродуктивної функції у пацієнок з Ад. Простота виконання і економічність, а також неінвазивність досліджень підвищує можливість їх використання в широкій медичній практиці.

Ключові слова: аденоміоз, гіпотиреоз, діагностика, лікування.

Серед основної патології репродуктивної системи в даний час одне з основних місць посідає ендометріоз (Ен) [2]. Основними причинами розвитку даної патології є високий рівень дисгормональних порушень в репродуктивному періоді, значна частота запальних змін органів малого таза, несприятливий вплив екологічних чинників, рівень супутньої соматичної захворюваності тощо [1]. У структурі різних форм генітального ендометріозу (ГЕ) істотне місце займає аденоміоз (Ад), частота якого постійно зростає, особливо у поєднанні з лейомиомою матки і гіперпластичними процесами ендометрія [3].

Виникнення і розвиток Ад супроводжуються, окрім порушень менструальної і генеративної функцій, складними реакціями регулюючих систем, що спричиняють зміни діяльності всього жіночого організму і характеризують процес його дезадаптації в нових умовах, різко погіршуючи загальний стан і якість життя, а нерідко призводять до інвалідизації жінок в репродуктивному віці [4].

Не дивлячись на значну кількість наукових публікацій щодо проблем ГЕ, не можна вважати всі наукові питання даної проблеми повністю вирішеними. На нашу думку, наукові і практичні дослідження, що полягають в підвищенні ефективності ендоскопічної діагностики і лікуванні Ад, є перспективними і мають важливе соціальне значення для збереження репродуктивного здоров'я жінок.

Мета дослідження: підвищення ефективності діагностики і лікування аденоміозу у жінок з порушенням репродуктивної функції на підставі вивчення клініко-ехографічних, ендокринологічних та імунологічних особливостей, а також

розробки і впровадження вдосконаленого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів з використанням сучасних ендоскопічних технологій та медикаментозної корекції.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети і завдань було проведено обстеження 850 жінок репродуктивного віку, які звернулися на амбулаторний прийом в науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини Державного управління справами з приводу синдрому тазових болів і безпліддя. Після додаткового обстеження виявлено, що у 496 (58,4%) жінок є ендометріоз геніталій, з них у 127 (14,9%) пацієнток виявлений Ад у поєднанні з безпліддям та гіпотиреозом, яким було проведено клініко-лабораторне обстеження в об'ємі запропонованого діагностичного комплексу.

Відповідно до програми були обстежені 30 умовно здорових жінок репродуктивного віку, що мають дітей, які склали групу контролю.

Всіх 127 жінок з Ад було розподілено на три групи за ступенем поширення процесу (відповідно до критеріїв відбору): перша група складала 58 жінок (45,7%) відповідно I ступеню поширення Ад, друга група – 52 жінки (40,9%) відповідно II ступеню поширення Ад, третя група – 17 жінок (13,4%) відповідно III ступеню поширення Ад.

Після завершення обстеження 17 хворим з III ступенем поширення Ад було проведено хірургічне лікування різного об'єму: лапароскопічним доступом 15 (88,2%) пацієнткам і 2 (11,8%) лапаротомічним, що зажадав екстирпації матки з придатками. При проведенні патоморфологічного дослідження макропрепарату у цих хворих було підтверджено III ст. поширення патологічного процесу.

Всі пацієнтки з I–II ступенем поширення Ад (110 жінок), з врахуванням початкових проявів патологічного процесу, були об'єднані в одну групу, в подальшому, методом вільної вибірки, з якої виділено дві групи: I група, основна, що складалася з 60 пацієнтів, і II група (група порівняння), що складалася з 50 жінок.

I група – 60 жінок, яких було розподілено на чотири підгрупи:

IA – 15 жінок (13,6%), які отримували лікування КОК, що містять гестодени в пролонгованому режимі 63+7+63 днів;

IB – 15 жінок (13,6%), які отримували лікування КОК, які містять гестодени в пролонгованому режимі 63+7+63 днів у поєднанні з АТ (траумель, гінекохель, оваріум-композитум);

IC – 15 жінок (13,6%), які отримували лікування КОК, що містять гестоден в пролонгованому режимі 84+7+84;

ID – 15 жінок (13,6%), які отримували лікування КОК, що містять гестоден, в пролонгованому режимі 84+7+84 у поєднанні з АТ.

II група – 50 (45,4%) жінок, які отримували стандартну терапію – агоністи гонадотропін-рилізінг гормонів (а-ГнРГ) протягом шести місяців.

В комплекс проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, ендокринологічні та статистичні методи досліджень.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними клінічними проявами Ад у жінок репродуктивного віку були: больовий синдром (100,0%); порушення мен-

струальної функції (100,0%); психоемоційні порушення (76,4%), зниження працездатності (53,6%), дизуричні розлади (33,6%), диспареунія (28,2%), а також первинне (20,0%) і вторинне безпліддя (80,0%).

Частота супутньої гормональнозалежної патології молочних залоз у жінок репродуктивного віку з Ад становила 48,2%; тиреоїдної дисфункції у вигляді гіпотиреоза – 100,0%; порушень ліпідного і вуглеводного обмінів – 14,5%. Патологія гепатобіліарної системи у цих пацієнток мала місце в 27,3%, серцево-судинні захворювання – в 18,2% спостережень.

Серед основних варіантів супутньої генітальної патології у жінок репродуктивного віку з Ад мали місце гіперпластичні процеси ендометрія (100,0%); хронічні запальні захворювання органів малого тазу (65,5%) з явним переважанням хронічного метроендометриту (40,3%); патологія шийки матки (26,4%) і перенесені ювенільні маткові кровотечі (16,4%). Частота оперативних втручань з приводу різної генітальної патології становила 41,9%.

Оптимізація діагностики Ад у жінок репродуктивного віку дозволила прискорити діагностику даної патології на 2,1±0,2 роки, а також встановити, що в структурі аденоміозу I ступінь має місце у 45,7%; II ступінь – у 40,9% і III ступінь – в 13,4%, що відіграє важливе значення у виборі тактики лікувально-профілактичних заходів.

Додаткове використання антигомотоксичної терапії в комплексі з комбінованими оральними контрацептивами з включенням гестодена дозволило знизити частоту порушень менструальної функції на 20,0%; больового синдрому – на 16,7%, рецидивів впродовж 12 місяців – на 20,0%, а також підвищити ефективність лікування порушень репродуктивної функції на 20,0%.

Підвищення ефективності консервативного лікування Ад з додатковим використанням антигомотоксичної терапії відбувається за рахунок прискореної нормалізації ендокринологічного статусу (естрадіол, фолікулоstimулюючий і лютеїнізуючий гормони), показників імунологічної реактивності (CD16+; CD19+ і CD95+), а також основних ехографічних і гістероскопічних ознак Ад.

Для практичної охорони здоров'я ми можемо рекомендувати наступне:

- для підвищення ефективності діагностики Ад у жінок репродуктивного віку необхідним є додаткове використання коефіцієнта активності Ад (співвідношення СА 125 на 2–3 і 7–9-й дні менструального циклу), а також раннє використання сучасних ендоскопічних технологій – лапаро- і гістероскопії;

- у комплексне консервативне лікування Ад у жінок репродуктивного віку, окрім комбінованих оральних контрацептивів з гестоденом, необхідне додаткове включення антигомотоксичної терапії з врахуванням клінічної симптоматики і результатів додаткових методів дослідження.

ВИСНОВКИ

Таким чином, відсутність важких ускладнень, що обтяжують репродуктивне здоров'я на тлі запропонованої терапії для відновлення репродуктивного здоров'я не збільшує, а навпаки, знижує, частоту рецидивів. Нами визначено достовірну зміну ультразвукових ознак в процесі терапії аденоміозу (Ад), які не можуть розглядатися як діагностичні його критерії, проте, з високим ступенем достовірності у поєднанні з клінічними даними, а також лабораторними показниками, можуть бути використані

для визначення тривалості терапії, а можливо і її якості. Отримані нами дані можна широко використовувати при відновленні репродуктивної функції у пацієнок з Ад. Простота виконання і економічність, а також неінвазивність досліджень підвищує можливість їх використання в широкій медичній практиці.

Диагностика и лечение аденомиоза при сочетании с гипотиреозом
Б.М. Лысенко

Полученные результаты свидетельствуют, что отсутствие тяжелых осложнений, отягощающих репродуктивное здоровье на фоне предлагаемой терапии для восстановления репродуктивного здоровья не увеличивает, а наоборот, снижает частоту рецидивов. Были показаны достоверные изменения ультразвуковых признаков в процессе терапии аденомиоза (Ад), которые не могут рассматриваться как диагностические критерии, но, с высокой степенью достоверности в сочетании с клиническими данными, а также лабораторными показателями, могут быть использованы для определения длительности терапии, а возможно и ее качества. Полученные нами данные могут быть широко использованы при восстановлении репродуктивной функции у пациенток с Ад. Простота исполнения и экономичность, а также неинвазивность исследований повышают возможность их применения в широкой медицинской практике.

Ключевые слова: аденомиоз, гипотиреоз, диагностика, лечение.

Diagnostics and treatments adenomyose in complex with hypotherioses
В.М. Лысенко

The received results testify that absence of heavy complications which burden reproductive health against offered therapy for restoration of reproductive health does not increase, and on the contrary, reduces frequency of relapses. By us authentic changes of ultrasonic signs in the course of therapy adenomyose hich cannot be considered as diagnostic criteria, but, with high degree of reliability in a combination with z clinical given are shown, and also laboratory indicators, can be used for definition of duration of therapy, and is possible also its qualities. The data obtained by us can be widely used at restoration of reproductive function at patients with adenomyose. Simplicity of execution and profitability, and also неинвазивность researches raise possibility of their application in wide medical practice.

Key words: adenomyose, hypotheriosise, diagnostic, treatment.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Актуальные вопросы гинекологии / Под. ред. Е.В. Коханевич. – К.: ООО «Книга-плюс», 2010. – 161 с.
2. Венцківська І.Б. Вибір тактики лікування при генітальному ендометріозі / І.Б. Венцківська // Лікар. справа. – № 1. – 2009. – С. 85–86.
3. Гладчук І.З. Оперативна лапароскопія в лікуванні безплідних хворих з ендометріозом / І.З. Гладчук, А.Г. Волянська, С.М. Непорада // Вісн. морської медицини. – 2010. – № 4. – С. 33–36.
4. Сенчук А.Я. Деякі особливості внутрішнього ендометріозу / А.Я. Сенчук, І.І. Чермак // IX конгрес світової Федерації Українського лікарського товариства : тези доповідей. – К., 2012. – С. 133.

УДК 618.14-072-06:618.173

Диагностика патологии матки в постменопаузальный период с использованием современных эндокочических технологий

О.Ю. Минина

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

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

Ключевые слова: сочетанная патология матки, постменопаузальный период, гистероскопия.

Актуальность изучения особенностей клиники, диагностики и тактики ведения женщин в постменопаузе с сочетанной патологией матки обусловлена широким распространением данной патологии в этом возрасте (до 35% от общего количества обращений в гинекологические отделения) и значительной частотой рецидивов – до 38% [1–4]. Клинические проявления при этом характеризуются возникновением рецидивирующих маточных кровотечений на фоне гиперпластических либо атрофических состояний эндометрия, приводящих к временной утрате трудоспособности и снижению качества жизни, что наиболее актуально в плане онкологической настороженности [5–8].

Сложность ведения данного контингента больных обусловлена тем, что в постменопаузе уже имеются, как правило, соматические заболевания: гипертоническая болезнь, остеохондроз, эндокринная патология, метаболические нарушения, функциональные изменения центральной нервной системы. Этот контингент пациенток, как правило, не организован, что снижает частоту профилактических осмотров и увеличивает степень запущенности заболевания [1, 6].

Несмотря на длительную историю исследований постменопаузального периода до настоящего времени нельзя считать до конца выясненными причины и механизм развития сочетанной патологии матки именно в этот период, а также гистероскопическую оценку данной патологии.

В связи с изложенным выше представляется актуальным и перспективным обоснование и разработка клинической системы диагностики и тактики ведения женщин с сочетанной патологией матки в постменопаузальный период.

Цель исследования: изучение возможности использования современных эндоскопических технологий для диагностики сочетанной патологии матки в постменопаузальный период.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели были ретроспективно проанализированы истории болезни 128 женщин и проспективно обследованы 171 пациентка с кровотечениями в постменопаузальный период. Среди ретроспективно изученных пациенток выделена группа сравнения, состоящая из 61 женщины с сочетанной патологией матки (СПМ) в постменопаузе (для сравнения методов лечения данного контингента).

Из нашего исследования были исключены пациентки, у которых при патоморфологическом исследовании были выявлены злокачественные или предраковые изменения эндо- и миометрия. В то же время нельзя не отметить, что такие сочетания патологий как метаболический синдром (МС), лейомиома матки (ЛМ) и атрофия эндометрия (АЭ) (на фоне метроррагии); МС, ЛМ и гиперплазия эндометрия (ГЭ); рецидивирующая гиперплазия эндометрия (РГЭ) являются доброкачественными с точки зрения патоморфолога, тем не менее, учитывая возраст пациенток и комплексность поражения, могут рассматриваться предраковыми с позиций клинициста.

Материалом исследования явились данные проспективного обследования 171 больной в постменопаузе. Все пациентки прошли полное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование. В ходе углубленного обследования были сформированы две клинические группы.

В основную группу вошли 89 женщин с наличием МС; контрольную группу составили 82 женщины, не имеющие МС. Внутри основной группы выделены две подгруппы женщин: первая – с изолированной формой патологии эндометрия (30) и вторая – с СПМ (59); в контрольной группе соответственно наблюдались: первая подгруппа – 48 пациенток с изолированной патологией эндометрия и вторая подгруппа – 34 женщины с сочетанной формой пролиферативных процессов матки.

Диагностика МС основывалась на критериях, утвержденных ВОЗ.

В понятие СПМ мы объединили патологию эндо- и миометрия: патология эндометрия в сочетании с ЛМ, патология эндометрия и аденомиоз (АМ), АМ и ЛМ, а также все три патологии одновременно. В понятие патология эндометрия мы включили гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ), полипы эндометрия (ПЭ), железистую гиперплазию эндометрия (ЖГЭ) и АЭ (при условии наличия метроррагии).

В комплекс обследования находившихся под наблюдением женщин входили: тщательный сбор анамнеза жизни и заболевания, объективное обследование, дополнительные методы обследования: гистероскопия по общепринятым методикам.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При обследовании пациенток обеих групп нами выявлены следующие виды СПМ:

- ЛМ и АЭ – у 18 (20,22±2,25%) наблюдаемых группы с МС и у 14 (17,07±1,15%) группы без МС;

- ЛМ и ПЭ – у 30 (33,71±3,01%) обследуемых основной группы и у 18 (21,95±2,57%) контрольной (p<0,01);
- ЛМ в сочетании с ЖГЭ – у 7 (7,87±1,85%) женщин основной группы, в контрольной группе не выявлена (p<0,001);
- ЛМ в сочетании с АМ и ПЭ – у 4 (4,49±1,19%) пациенток, имеющих МС, и у 2 (2,44±0,74%) без признаков МС.

Изолированная патология эндометрия в основной и контрольной группах представлена следующим образом:

- АЭ в группе с МС – у 10 (11,24±1,34%) женщин и у 23 (28,05±2,96%; p<0,001) без МС;
- ПЭ – у 16 (17,98±1,01%) пациенток основной группы и у 25 (30,49±3,08%; p<0,001) группы контроля;
- ЖГЭ – 4 (4,49±1,19%; p<0,001) основной группы, в группе контроля железистая гиперплазия эндометрия не диагностирована.

Итак, в основной группе достоверно чаще диагностированы сочетания ЛМ и ЖГЭ, ЛМ и ПЭ, при изолированной форме патологии эндометрия также в группе с МС чаще встречались ГЭ. В группе контроля при изолированной форме патологии эндометрия достоверно чаще выявлены АЭ и ПЭ.

При анализе возраста проспективно обследованных больных в подгруппах, в свою очередь распределенных по наличию изолированной или сочетанной форм патологии эндо- и миометрия, было отмечено, что в основной группе с наличием изолированной патологии эндометрия средний возраст составил 60,51±1,51 лет, с СПМ – 57,86±0,99 лет, в контрольной группе с ИПЭ – 60,54±1,34 и с СПМ – 58,02±1,53 лет (p>0,05). Итак, возраст больных был незначительно меньшим в подгруппах с СПМ (p>0,05) обеих групп.

Анализ возраста наступления менопаузы показал следующие особенности: у пациенток, имеющих МС, с изолированной формой патологии эндометрия менопауза наступила в 50,64±0,66 лет, при сочетанной форме патологии мио- и эндометрия – в 50,75±0,32 лет; в группе женщин без МС – 50,47±0,36 и 51,11±0,56 лет соответственно.

Каждая из проспективно обследованных групп, в свою очередь, были разделены на подгруппы по продолжительности постменопаузы: до 5 лет, 6–10 лет, более 11 лет.

Женщины с проявлениями МС и изолированной патологией эндометрия по продолжительности постменопаузы были распределены следующим образом: продолжительность постменопаузы до 5 лет – у 10 (33,33±3,06%), 6–10 лет – у 10 (33,33±3,06%), более 11 лет – у 10 (33,34±3,06%) пациенток. Среди пациенток без проявлений МС с изолированной формой патологии эндометрия было 17 (35,42±3,90%), 17 (35,42±3,90%), 14 (29,17±2,56%) женщин соответственно.

Клиническая симптоматика у наблюдаемых женщин отличалась значительным разнообразием симптомов, что обусловлено различными факторами: длительностью заболевания, сочетанием нескольких патологических процессов гениталий, особенностями предшествующего проводимого лечения, соматической патологией. В основном клиническая картина гиперпластических процессов матки у обследуемых женщин характеризовалась маточными кровотечениями (различной степени выраженности и продолжительности) и болевым синдромом.

При проведении гистероскопии удалось выявить подслизистую локализацию узла в группе женщин с МС в 4 (6,78±0,27%) случаях и в группе пациенток, не имеющих МС, – в 3 (8,82±0,86%). Совпадение результатов с морфологическим диагнозом составило 87,50%.

В наших исследованиях аденомиоз первой стадии удалось обнаружить в основной группе в 3 (5,08±1,85%) случаях, совпадение с гистологическим диагнозом – 80,0%; в группе контроля соответственно в 2 (5,88±1,03%), совпадение с гистологическим диагнозом – 85,71%.

Полипы в постменопаузе часто встречаются на фоне атрофического эндометрия, при этом видны полиповидные разрастания от 0,5 см до 2,0 см и более. В нашем исследовании при гистероскопии полипы эндометрия выявлены в группе с СПМ и МС у 30 (50,85±4,50%) женщин, в группе без МС и СПМ – у 20 (58,82±5,44%); в основной группе с ИПЭ – у 18 (60,00±5,99%) женщин, в контрольной с изолированной патологией эндометрия – у 22 (45,83±4,19%; $p<0,05$). Совпадение гистероскопического и гистологического заключений составило в группе пациенток с МС и сочетанной патологией матки 90,62% и с изолированной патологией эндометрия – 94,44%; в группе без МС – 93,10% и 90,90% соответственно.

Атрофия эндометрия при ГСК обычно имела следующую картину: тонкая, бледная слизистая, через которую видны варикозно расширенные вены, кровоизлияния различной величины от мелкоочечных до более крупных. Подобная картина выявлена в группе с МС и СПМ у 20 (33,90±3,16%) пациенток, в группе без МС с СПМ – у 12 (35,29±3,19%); в основной группе с ИПЭ – у 8 (26,67±2,07%) женщин, в контрольной с ИПЭ – у 25 (52,08±4,21%; $p<0,001$). Совпадение результатов с морфологическим исследованием составило в основной группе с СПМ 91,66, с ИПЭ – 88,88%; в группе контроля – 88,88 и 92,85% соответственно.

Признаками, характерными для гиперпластического процесса эндометрия (простой формы), были следующие: утолщение эндометрия более 5 мм; эндометрий, образующий складки различной высоты (феномен «ловушки»), бледно-розового цвета с выраженным сосудистым рисунком. На поверхности слизистой при кистозной форме гиперплазии просматривалось большое количество протоков желез (прозрачные точки) и кистозных полостей диаметром 2–3 мм. При изменении скорости подачи жидкости отмечалось волнообразное движение эндометрия (феномен «водных растений»).

Гистероскопическая картина гиперплазии эндометрия выявлена у женщин основной группы с СПМ в 9 (15,25±2,08%) случаях, в контрольной группе – в 2 (5,88±1,03%; $p<0,001$), в основной группе с изолированной патологией эндометрия – в 4 (13,33±1,20%), в аналогичной контрольной группе у – одной (2,08±0,05%; $p<0,001$). Совпадение результатов гистероскопии с морфологическим диагнозом составило в группе женщин с проявлениями МС и СПМ 87,50, у этих же пациенток с изолированной патологией эндометрия – 80,00%, в группе без МС – 82,95%.

Следовательно, при гистероскопическом исследовании у женщин основной группы (в обеих подгруппах) чаще встречалась гиперплазия эндометрия, в то время как в контрольной группе женщин, имеющих ИПЭ, чаще отмечена атрофия эндометрия.

Совпадение заключений морфологического исследования соскобов эндометрия и гистероскопических исследований выявлено у 156 женщин (91,22%).

В комплексное обследование больных входила также простая и расширенная кольпоскопия шейки матки с последующей прицельной биопсией Патология экзоцервикса подтверждалась данными морфологического исследования биоптатов.

Наиболее часто встречающимся кольпоскопическим признаком был эндоцервицит, который выявлен у 16 (27,12±3,78%) пациенток основной группы с СПМ, в контрольной – у 5 (14,71±3,07%; $p<0,01$) женщин; доброкачественная зона трансформации с открытыми и закрытыми железами без островков цилиндрического эпителия обнаружена в группе женщин с МС и СПМ в 13 (22,03±2,39%) случаях, в группе без проявлений МС и СПМ – в 7 (20,59±2,93%).

Железисто-мышечная гипертрофия шейки матки отмечена у 7 (11,86±2,24%) пациенток основной группы с СПМ и у 3 (8,82±0,86%) – в контрольной группе. Частым было сочетание доброкачественной зоны трансформации с железисто-мышечной гипертрофией. Диффузная атрофия эпителия шейки матки в сочетании с воспалением слизистой влагалища и экзоцервикса диагностирована у 6 (10,57±1,93%) женщин, страдающих МС, и у 4 (11,76±2,04%) пациенток без МС. Рубцовая деформация шейки матки диагностирована у 5 (8,47±1,62%) женщин с СПМ в основной группе, в группе контроля – у 4 (11,76±2,04%).

Полип цервикального канала выявлен у 5 (8,47±1,62%) пациенток с СПМ в основной группе, в группе контроля с СПМ – у 3 (8,82±0,86%). В полипах эндоцервикса в 75,65% случаев отмечалась плоскоклеточная гиперплазия из резервных клеток цилиндрического эпителия, возникающая, как правило, на фоне воспалительных процессов. Элонгация шейки матки обнаружена у 3 (5,08±0,85%) пациенток с СПМ в группе с признаками МС и у 2 (5,88±1,03%) женщин с СПМ – в группе без МС.

Эндоцервицит в основной группе с изолированной патологией эндометрия обнаружен у 8 (26,67±3,07%) и в контрольной группе – у 3 (6,25±0,49%; $p<0,001$) пациенток. Диффузная атрофия эпителия в сочетании с воспалением слизистой влагалища и экзоцервикса диагностирована у 4 (13,33±1,20%) и у 4 (8,33±0,98%) обследованных соответственно.

Доброкачественная зона трансформации с открытыми и закрытыми железами в группе с МС и ИПЭ диагностирована у 3 (10,00±1,47%) женщин, в группе без МС и ИПЭ – у 3 (6,25±0,49%). Полип цервикального канала в основной группе с ИПЭ выявлен у 2 (6,67±0,55%) пациенток и – у 10 (20,83±3,86%; $p<0,001$) – группы контроля.

Железисто-мышечная гипертрофия шейки матки в группе с признаками МС и изолированной патологией эндометрия выявлена у 2 (6,67±0,55%) пациенток, в группе без МС – у 3 (6,25±0,49%); рубцовая деформация в основной группе с изолированной патологией эндометрия отмечена у 2 (6,67±0,55%) и 3 (6,25±0,49%) женщин группы контроля.

Приведенные данные позволяют сделать вывод о том, что у обследованных больных распространены сопутствующие патологические состояния шейки

матки с преобладанием фоновых процессов. Эндоцервицит и полип цервикального канала имеют достоверно значимые отличия в обеих подгруппах основной и контрольной групп, что указывает на несомненную роль воспалительного компонента в патогенезе данной патологии. Достоверно чаще в обеих подгруппах основной группы встречались сочетания нескольких фоновых процессов шейки матки.

Следует отметить, что наибольшую достоверность диагностики сочетанной патологии матки у больных в постменопаузальный период (97,3%) удалось достичь последовательным применением данных методов, в то время как каждый из них в отдельности мог давать диагностические ошибки. Подтверждением высокой диагностической ценности подобного алгоритма явилась значительная доля совпадений клинического и морфологического диагноза у прооперированных пациенток. Кроме того, в алгоритм обследования больных данной группы, учитывая несомненную синхронность развития пролиферативных процессов половой сферы женщины, необходимо включать адекватное эндоскопическое обследование эндо- и экзоцервикса.

ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой степени информативности гистероскопической оценки сочетанной патологии матки у женщин постменопаузального периода. Установленные особенности необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у этих пациенток.

Діагностика патології матки у постменопаузальний період з використанням сучасних ендоскопічних технологій

О.Ю. Мініна

Результати проведених досліджень свідчать про високий ступінь інформативності гістероскопічної оцінки при поєднаній патології матки у жінок у період постменопаузи. Встановлені особливості необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у цих пацієнток.

Ключові слова: поєднана патологія матки, період постменопаузи, гістероскопія.

Diagnostics of a pathology of a uterus in postmenopausal period with use modern endoscopic technologies

O.Yu. Minina

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

Key words: complex uterus pathology, postmenopausal period, hysteroscopia.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков. – М.: Медицина, 2012. – 320 с.
2. Аккер Л.В. Течение 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., 2013. – С. 6–7.
4. Беляков Н.А. Метаболический синдром у женщин / Н.А. Беляков [и др.] – СПб.: СПб МАПО, 2012. – 438 с.
5. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии / Я.В. Бохман. – СПб: Фолиант, 2012. – 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 гипертонии. Возможности коррекции метаболического синдрома у женщин в период постменопаузы / О.Р. Григорян // Справочник поликлинического врача. – 2015. – № 1. – С. 61–63.

Особенности репродуктивной функции женщин после консервативной МИОМЭКТОМИИ

И.А. Нигуца

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

Проведенный анализ показал положительное влияние миомэктомии на нормализацию репродуктивной функций женщин с миомой матки. Проведение операции позволило избавиться от основных жалоб у большинства пациенток. При этом не было выявлено влияния операции на гинекологическую заболеваемость, а количество рецидивов является незначительным.

Ключевые слова: консервативная миомэктомия, репродуктивная функция.

Значительное место среди патологий репродуктивной системы на сегодня занимает лейомиома матки [1–5]. Основным методом лечения данной патологии является оперативный, так как существующие методы консервативной терапии очень часто являются недостаточными или абсолютно неэффективными. В структуре всех операций до 80,0% приходится на радикальные – ампутацию или экстирпацию матки. Весьма неблагоприятным является тот факт, в возрасте до 40 лет оперативному вмешательству подвергаются до 30,0% больных лейомиомой [1–5]. Радикальные операции оказывают негативное воздействие на весь организм женщин, усугубляя тем самым уже имеющиеся в организме патологические процессы, и обуславливают выраженное напряжение психоэмоционального состояния. В связи с этим большое внимание уделяется проведению органосохраняющих операций, среди которых наиболее функционально-щадящей является миомэктомия.

По данным литературы, удельный вес миомэктомии является небольшим и составляет до 20,0% [2, 4]. Среди основных причин такой ситуации выделяют следующие: технические сложности операции, требующей хорошей хирургической подготовки оперирующего врача, возможность возникновения рецидивов лейомиомы, более высокая частотой послеоперационных воспалительных осложнений, развитие массивного спаечного процесса в малом тазу, нередко приводящего к появлению перитонеальной формы бесплодия и симптомов спаечной болезни.

Анализ научных работ, посвященных проблеме реконструктивно-пластических операций на матке у больных лейомиомой матки, показывает, что основной целью проводимых операций является стремление оставить матку, сохранить или восстановить репродуктивную, менструальную функции и поддержать гомеостаз

организма в целом. Однако до настоящего времени многие вопросы этой проблемы остаются нерешенными, а по ряду принципиальных вопросов в литературе имеются противоречивые мнения.

Таким образом, проблема реконструктивно-пластических операций у больных с лейомиомой матки является актуальной как в медицинском, так и в социальном аспектах, решение которой, несомненно, позволит снизить заболеваемость женщин молодого возраста.

Цель исследования: изучение особенностей репродуктивной функции пациенток после консервативной миомэктомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было обследовано 100 пациенток репродуктивного возраста с лейомиомой матки, средний возраст которых составил $35,7 \pm 3,7$ года.

Полученные результаты свидетельствуют, что в 90,0% случаев лейомиома развивается в сочетании с другой генитальной патологией – у каждой второй больной (48,0%) встречались воспалительные процессы придатков и патология шейки матки. У 16,0% наблюдались кисты яичников, несколько реже гиперпластические процессы эндометрия (14,0%) и эндометриоз различной локализации (14,0%).

При анализе времени возникновения патологии было выявлено, что длительность существования как бесплодия, так и лейомиомы у этих пациенток на момент операции колебалась от одного года до 15 лет. При этом у 70,0% пациенток беременность не наступала более трех лет, тогда как длительность лейомиомы матки более трех лет отмечали лишь у 34,0% из этих женщин. Это объясняется большим удельным весом бесплодия (28,0%) в структуре гинекологической патологии, причем вторичное бесплодие встречалось несколько чаще первичного (18,0 и 10,0% соответственно).

При анализе репродуктивной функции следует отметить, что беременности в анамнезе были у 68,0% пациенток. Количество родов лишь незначительно преобладало над числом аборт. На самопроизвольное прерывание беременности указывали 22,0% пациенток, причем у большинства из них выкидыши происходили в сроке до 18 нед беременности, что, по-видимому, связано с относительной гиперэстрогенией у больных с лейомиомой матки. Большое количество нежеланных беременностей, по-видимому, связано с неэффективной контрацепцией. Не предохранялись от беременности, либо использовали малоэффективные методы (прерванный половой акт, календарный метод и т.п.) 42,0% из обследуемых женщин. К барьерным средствам прибегало 22,0% пациенток. Гормоносодержащие препараты, в том числе комбинированные оральные контрацептивы, эпизодически (преимущественно с лечебной целью) принимали 48,0% женщин, однако более года, с целью контрацепции – только 20,0%. Еще 16,0% пациенток предохранялись от нежеланной беременности при помощи внутриматочной контрацепции.

Структура показаний к оперативному лечению у больных лейомиомой матки является следующей: нарушения менструальной функции (50,0%), болевой синдром (32,0%), нарушения генеративной функции (28,0%), анемия (22,0%), дизурические нарушения (3,0%). При этом у большинства больных было несколько показаний для выполнения операции.

Особый интерес представляют данные о количестве удаленных узлов. Так, миомэктомия одного узла была произведена у 50,0% пациенток, двух узлов – у 17,0%, что в сумме составляет 67,0%. У 18,0% пациенток было удалено более пяти узлов, причем у 10,0% их количество превысило десять.

Важное значение имеет факт вскрытия полости матки во время операции, что наблюдалось у 18,0% женщин, при том, что только у 6,0% имело место субмукозное расположение узла. Достоверно чаще ($p < 0,05$) лейомиома располагалась в толще миомерия и вскрытие полости происходило в связи с энуклеацией интерстициальных узлов с центрипетальным ростом, что наблюдалось у 12,0% пациенток. При этом размер опухоли был от 3 до 12 см, причем в 8,0% случаях он превышал 5 см.

Известно, что ревизия органов малого таза является обязательным компонентом оперативного вмешательства. По нашим данным, лишь у 22,0% пациенток была выполнена только консервативная миомэктомия. В остальных случаях удаление лейомиоматозных узлов сочеталось с выполнением других гинекологических операций. Наиболее частой сопутствующей патологией были кисты яичников (42,0%).

Одним из основных показателей успешного проведения миомэктомии является реализация детородной функции у пациенток после оперативного лечения. Беременность после миомэктомии наступила у 23,0% оперированных женщин, причем у 16,0% из них с бесплодием в анамнезе. Поскольку 4,0% пациентки не планировали рождение ребенка, им был произведен медицинский аборт в раннем сроке беременности. Все манипуляции прошли без осложнений. При выполнении кюретажа в одном случае определялась некоторая деформация полости матки. За год до прерывания беременности у этой пациентки произведена энуклеация интерстициального узла размером 8x10 см без вскрытия полости.

У 5,0% пациенток наступившая беременность закончилась самопроизвольным прерыванием в сроке беременности от 8 до 12 нед. У 3,0% женщин в анамнезе отмечены выкидыш или неразвивающаяся беременность еще до диагностирования миомы матки.

Наступившая беременность закончилась родами у 18,0% обследуемых женщин. Кесарево сечение произведено у 11,0% женщин, у 7,0% произошли роды через естественные родовые пути.

При анализе гинекологической патологии после миомэктомии особое внимание уделялось выявлению рецидивов заболевания. Всего за 5 лет нами диагностировано 15,0% случаев миомы матки после ее оперативного лечения. Наиболее часто выявление рецидива происходило спустя 1–2 года после операции (10 из 15). Какой-либо связи с количеством и размерами удаленных узлов и их новым появлением нами выявлено не было.

Как известно, миома часто сочетается с другими доброкачественными процессами матки и придатков. Так гиперпластический процесс эндометрия отмечался у 8,0% пациенток за наблюдаемый период времени и статистически не отличался от данного показателя до проведения миомэктомии. Наиболее часто данная патология также встречалась в период от одного года до двух лет (6 из 8). Во всех случаях производилась гистероскопия. У 6,0% женщин во время процедуры оценивалось состояние рубца после миомэктомии со вскрытием полости матки. У 4,0% пациенток он визуализировался в виде линейного белесоватого участка, у 2,0% обнару-

жить признаки рубцовой ткани не удалось. Во всех случаях диагноз гиперплазии эндометрия были подтверждены гистологически. В дальнейшем назначались гестагенные препараты в течение 3–12 мес.

Кисты яичников были диагностированы у 6,0% пациенток: на первом году – у одной, на втором – у двух, и еще 3 случая выявлены спустя четыре года после операции. После проведения курса противовоспалительной и гормональной терапии у 5,0% женщин при контрольном ультразвуковом исследовании яичники имели нормальную структуру. Один случай закончился лапароскопией и резекцией яичника в пределах здоровых тканей. По результатам гистологического исследования киста оказалась фолликулярной. Помимо этого интраоперационно был выявлен спаечный процесс в области рубца на матке с петлями кишечника, что вызывало некоторые технические трудности при проведении операции.

Кроме того, за наблюдаемый период времени была произведена еще одна лапароскопия. Показанием к ней послужило наличия гидросальпинкса и вторичное бесплодие в течение 6 лет. Во время проведения миомэктомии у этой пациентки была произведена дополнительная перитонизация области швов на матке свободным краем сальника и при лапароскопии без труда произведено его отделение от матки. Доступ к органам малого таза при этом был более свободным. После проведения сальпингостоматопластики проходимость маточных труб была полностью восстановлена. Но, несмотря на это, вероятность наступления беременности у данной пациентки оставалась низкой из-за выраженных воспалительных изменений в области маточных труб.

Обострение хронического воспалительного процесса органов малого таза за наблюдаемый период времени было зафиксировано только у 9,0% оперированных женщин. И лишь у одной женщины лечение проводилось в условиях стационара и потребовало проведения оперативной лапароскопии. Хотя данный показатель достоверно отличается от количества воспалительных процессов у наших пациенток до операции, мы не можем делать какие-либо выводы ввиду существенной разницы по временному и возрастному фактору.

ВЫВОДЫ

Таким образом, проведенный анализ показал положительное влияние миомэктомии на нормализацию репродуктивной функций женщин с миомой матки. Проведение операции позволило избавиться от основных жалоб у большинства пациенток. При этом нами не выявлено влияния операции на гинекологическую заболеваемость, а количество рецидивов было незначительным.

Особливості репродуктивної функції жінок після консервативної міомектомії І.А. Нігуца

Проведений аналіз показав позитивний вплив міомектомії на нормалізацію репродуктивної функції жінок з міомою матки. Проведення операції дозволило позбутися основних скарг у більшості пацієнток. При цьому нами не виявлено впливу операції на гінекологічну захворюваність, а кількість рецидивів була незначною.

Ключові слова: консервативна міомектомія, репродуктивна функція.

Features of reproductive function of women after conservative myomectomy.

I.A. Nigutsa

The carried out analysis has shown positive influence myomectomy on normalisation reproductive functions of women with a uterus myoma. Operation carrying out has allowed to get rid of the basic complaints at the majority of patients. Thus by us it is not revealed influences of operation on gynecologic disease, and the quantity of relapses is insignificant.

Key words: *conservative myomectomy, reproductive function.*

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

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, 2007. – № 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, 2006. – № 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, 2007. – С. 487–570.
5. Хирш Х.А. Оперативная гинекология; пер. с англ. / Х.А. Хирш, О. Кезер, Ф.А. Икле. – М.: ГЭОТАР, 2014. – 649 с.

УДК 618.33-084:616-053.1

Тактика восстановления репродуктивной функции у женщин с оперированными яичниками

М.В. Нименький

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

Проведен клинический анализ лапароскопического лечения опухолей и опухолевидных образований яичников у 625 пациенток с нарушенной репродуктивной функцией. Показаны основные патоморфологические особенности удаленных новообразований и сделано заключение о необходимости разработки для таких пациенток комплекса восстановительного лечения.

Ключевые слова: *новообразования яичников, лапароскопическое лечение.*

На сегодня доброкачественные образования яичников являются самой распространенной патологией среди женщин репродуктивного и предменопаузального возраста, занимая более 50% в структуре всей гинекологической заболеваемости [1, 2]. Среди основных особенностей данной патологии в последние годы можно выделить «омоложение» доброкачественных образований яичников и их негативное влияние на репродуктивную функцию женщин, что приводит к росту удельного веса нерожавших женщин с доброкачественными образованиями яичников [3, 4]. Основными причинами такой негативной тенденции считают увеличение патологии пубертатного периода с патологическим становлением менструального цикла; рост соматической заболеваемости, в том числе дисгормонального генеза; нерациональное использование современных контрацептивных средств; неблагоприятное влияние экологической обстановки и др. [1–4].

Хирургическое лечение доброкачественных образований яичников в структуре используемых лечебно-профилактических мероприятий занимает ведущее место, достигая 60–70% [1–4]. Несмотря на значительное число научных публикаций по проблеме хирургического лечения доброкачественных образований, яичников нельзя считать все вопросы полностью решенными. По нашему мнению, в первую очередь это касается оптимизации эндоскопического лечения и послеоперационной реабилитации пациенток с нереализованной репродуктивной функцией. Публикации по этому научному вопросу являются единичными и носят фрагментарный характер.

Все изложенное выше явилось для нас основанием к проведению научных исследований в данном направлении.

Цель исследования: изучение влияния оперативного лечения яичников на тактику восстановления репродуктивной функции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С целью изучения состояния органов репродуктивной системы были обследованы 275 женщин и 350 пациенток с бесплодием и наличием опухолей и опухолевидных образований яичников

Оперативное вмешательство производилось поэтапно:

- 1) оперативная лапароскопия с соблюдением последовательности манипуляций;
- 2) гистероскопия;
- 3) диагностическое выскабливание или соскоб эндометрия.

При первичном осмотре во время проведения лапароскопии патологические новообразования в области яичников установлены у 597 (95,5%) из 625 больных. Опухоли яичников были диагностированы у 221 (37,0%) женщин, а опухолевидные образования – у 376 (63,0%).

При более тщательном осмотре яичников принимая во внимание данные эхографического исследования, объемные образования в области яичников были обнаружены у всех 625 обследованных в динамике женщин.

Все пациентки на основании патоморфологического исследования удаленных измененных тканей яичников были распределены по группам. Группу больных с опухолями яичников составили пациентки со эпителиальными опухолями яичников – 123 (19,7%); с опухолью стромы полового тяжа – 14 (2,2%) и герминогенными опухолями яичников – 100 (16,0%) женщин.

В группу женщин с опухолевидными образованиями включены были пациентки с эндометриодными кистами яичников – 228 (36,5%); параовариальными кистами – 78 (12,5%) и кистозными образованиями – 82 (13,1%). У 625 женщин с патологическими образованиями в области яичников во время оперативной лапароскопии удалено 843 образования.

Точность нозологической диагностики объемных образований в области яичников при первичном осмотре во время оперативной лапароскопии составила: серозная цистаденома – 94%; муцинозная цистаденома – 91%; диморфная цистаденома – 80%; фиброма яичников – 92,9%; зрелая тератома – 97%; эндометриодная киста – 95,2%; параовариальная киста – 100% и кистозные образования (кисты) – 98,8%.

При лапароскопии, которая была произведена в начале или середине фолликулярной фазы менструального цикла, наружный генитальный эндометриоз при первичном осмотре органов малого таза выявлен у 277 (44,3%) пациенток.

Наиболее высокая частота наружного генитального эндометриоза констатирована в группе женщин с опухолевидными образованиями яичников:

- у больных с эндометриодными кистами – 149 (65,4%) из 228;
- в группе с параовариальными кистами у 33 (42,3%) из 78;
- у пациенток с различными кистозными образованиями яичников – 34 (41,9%) из 81.

У больных с опухолью стромы полового тяжа наружный генитальный эндометриоз при лапароскопии выявлен у 5 (35,7%) из 14. В группе пациенток с эпителиальными опухолями наружный генитальный эндометриоз во время оперативного вмешательства был обнаружен у 27 (32,5%) из 83 женщин с серозными цистаденомами и у 10 (31,3%) из 32 с муцинозными цистаденомами.

Миома матки выявлена у 133 (21,3%) из 625 женщин, из них у 47 (35,3%) обнаружено несколько миоматозных узлов. Диффузно-узловая форма внутреннего эндометриоза, предварительно диагностированная при эхографии, была подтверждена во время лапароскопии и составила 15 (11,3%) случаев из 133. Во время проведения оперативной лапароскопии спаечный процесс в малом тазу диагностирован у 310 (49,6%) женщин.

Итак, у 625 женщин было обнаружено в конечном итоге 843 новообразования яичников. Данные распределения новообразований на основании патоморфологического исследования представлены следующим образом: эпителиальные опухоли составили 132 (15,7%) новообразования у 123 женщин; опухоль стромы полового тяжа – 28 (3,3%) у 14 пациенток; герминогенные опухоли – 132 (15,7%) новообразования у 100 женщин и опухолевидные образования – 551 (65,3%) случай у 388 больных.

Размеры опухолей и опухолевидных образований колебались от 1 см до 20 см в диаметре. На основании патоморфологического исследования у 123 пациенток с эпителиальными опухолями можно было выделить четыре их основных варианта:

- эрозная цистаденома – 83 (67,5%);
- муцинозная цистаденома – 32 (26,0%);
- эндометриодная опухоль – 3 (2,4%);
- диморфная цистаденома – 5 (4,1%).

ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, лапароскопическое лечение опухолей и опухолевидных образований яичников является достаточно важной проблемой, а одной из задач данной проблемы можно выделить восстановление репродуктивной функции у этих пациенток. Исследования в данном направлении несут достаточно перспективный характер и могут быть продолжены в дальнейшем.

Тактика відновлення репродуктивної функції у жінок з оперованими яєчниками

М.В. Німенький

Проведено клінічний аналіз лапароскопічного лікування пухлин і пухлиноподібних утворень яєчників у 625 пацієнток з порушеною репродуктивною функцією. Показано основні патоморфологічні особливості віддалених новоутворень і зроблено висновок щодо необхідності розроблення для таких пацієнток комплексу відновного лікування.

Ключові слова: новоутворення яєчників, лапароскопічне лікування.

Tactics of restoration of reproductive function at women with operated ovariums

M.V. Nimenky

The clinical analysis laparoscopic treatments of tumours and liketumours formations ovaries at 625 patients with the broken reproductive function is lead. The basic patomorfological are

shown feature removed tumours and the conclusion about necessity of development for such patients of a complex of regenerative treatment is made.

Key words: tumours ovaries, laparoscopic treatment.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Воробій В.Д. Лапароскопічне лікування дермоїдних кіст яєчників / В.Д. Воробій, Я.В. Босацький, Т.Б. Сніжко // Матеріали IV Всеукраїнської конференції з гінекологічної ендоскопії. – Одеса, 2013. – С. 39.
2. Запорожан В.Н. Вдеоендоскопічні операції в хірургії і гінекології / В.Н. Запорожан, В.В. Грубник, В.Ф. Саєнко. – К.: Здоров'я, 2008. – 304 с.
3. Кулаков В.И. Роль новых технологий в повышении эффективности диагностики, хирургического и восстановительного лечения гинекологических заболеваний / В.И. Кулаков, Л.В. Адамян // Новые технологии в гинекологии. – М.: ПАНТОРИ, 2008. – С. 3–11.
4. Савельева Г.Н. Лапароскопия в гинекологии / Г.Н. Савельева, И.В. Федоров. – М., 2008. – 323 с.

УДК 619.173-02:618.14-06:616.89-008

Психологические аспекты качества жизни пациенток при сочетанной патологии матки в период постменопаузы

Т.П. Полищук

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о необходимости изучения психологического статуса у женщин в постменопаузальный период с сочетанной патологией, причем с учетом наличия метаболического синдрома. Полученные результаты указывают на наличие эмоционального напряжения, изменений психологического профиля личности с возбудимым типом реагирования. Значения вегетативного коэффициента 0,9–1,9 соответствуют оптимальной мобилизованности физических и психических ресурсов; менее 0,9 – свидетельствуют о хроническом переутомлении, неготовности к напряжению и адекватным действиям в стрессовых ситуациях; более 1,9 – об излишнем возбуждении. При этом в сложных ситуациях легко формируются лихорадочные реакции: импульсивность, снижение эмоционального самоконтроля. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: психологический статус, сочетанная патология матки, постменопаузальный период.

В связи с увеличением средней продолжительности жизни, наблюдающимся в настоящее время, особое значение приобретают различные аспекты, определяющие качество жизни женщин в период постменопаузы, в том числе изменения в психовегетативной сфере.

Несмотря на достаточную изученность климактерического синдрома [1–8], конкретные особенности вегетативной симптоматики у женщин, предъявляющих активные жалобы и у не имеющих таковых, в полной мере не определены. Помимо вазомоторных симптомов климактерического синдрома (КС), от 16% до 31% женщин в период пери- и постменопаузы отмечают ухудшение настроения, возникновение депрессивных нарушений [1, 2]. С точки зрения других авторов [3, 4], существование менопаузального синдрома, характеризующегося высоким уровнем депрессии, ставится под сомнение. В большинстве работ, посвященных изучению состояния психовегетативной сферы в период постменопаузы, основное внимание уделяется клиническим исследованиям тревожных и депрессивных расстройств.

При этом недостаточно изученными остаются особенности психологического статуса, которые имеют большое значение при разработке тактики ведения пациенток до и после оперативного лечения.

Цель исследования: изучение влияния сочетанной патологии матки в период постменопаузы на психологические аспекты качества жизни пациенток.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании 80 пациенток были разделены на две группы. Основная группа – женщины с сочетанной патологией матки (СПМ) и явлениями метаболического синдрома (50 обследованных). Контрольная группа – женщины с сочетанной патологией матки без метаболического синдрома (30 пациенток).

В понятие СПМ были объединены патология эндо- и миометрия: патология эндометрия в сочетании с лейомиомой матки (ЛМ), патология эндометрия и аденомиоз (АМ), АМ и ЛМ, а также все три патологии одновременно. В понятие патологии эндометрия было включены гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ), полипы эндометрия (ПЭ), железистую гиперплазию эндометрия (ЖГЭ) и атипичную эндометрию (АЭ) (при условии наличия метроррагии).

Оценку психологических аспектов качества жизни проводили с помощью теста «Акцент-2-90», который представляет собой модифицированную методику Шмишека-Мюллера. Его 90 вопросов позволяют диагностировать акцентуации личности, тип реагирования на стресс, защитные и компенсаторные механизмы, которые определяют развитие личности, процессы адаптации, психическое здоровье. Основными чертами-блоками являются: демонстративность (Дем), педантизм (П), застревание (З), возбудимость (В), гипертимность (Г), дистимность (Дис), циклотимность (Ц), экзальтированность (Экз), тревожность (Т), эмотивность (Эм), интраверсия (И). Личностный профиль, получаемый с помощью теста, отражает особенности психологического реагирования испытуемого и характеристики его личности.

При интерпретации этих данных учитывали состояние испытуемого, сочетание высоких значений со шкалами, имеющими низкие значения. Средняя популяционная норма находилась в диапазоне 10–14 баллов. Средние значения по шкале отображают сбалансированную, ненапряженную форму реагирования. Значения, находящиеся в диапазоне 15–18 баллов, свидетельствуют об участии свойств, определяемых шкалой, в эмоциональном реагировании личности. Значения в 21–24 балла отражают устойчивые свойства личности, входящие в эмоционально-динамический паттерн личности.

Описанные выше исследования позволяют адекватно оценить основные особенности психологического статуса женщин с сочетанной патологией матки в постменопаузальный период.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При обследовании пациенток обеих групп было установлено, что в основной группе достоверно чаще диагностированы сочетания ЛМ и ЖГЭ, ЛМ и ПЭ, при изолированной форме патологии эндометрия, также в группе с МС чаще встречались ГЭ. В группе контроля при изолированной форме патологии эндометрия достоверно чаще выявлены АЭ и ПЭ.

При анализе возраста проспективно обследованных больных в подгруппах, в свою очередь, распределенных по наличию изолированной или сочетанной форм патологии эндо- и миометрия, было отмечено, что в основной группе с наличием изолированной патологии эндометрия средний возраст составил $60,51 \pm 1,51$ года, с СПМ – $57,86 \pm 0,99$ года, в контрольной группе с ИПЭ – $60,54 \pm 1,34$ и с СПМ – $58,02 \pm 1,53$ года ($p > 0,05$). Итак, возраст больных был незначительно меньшим в подгруппах с СПМ ($p > 0,05$) обеих групп.

У женщин с МС в постменопаузальный период были достоверно более выражены сочетанные жалобы (со стороны ряда систем, перенесенные ранее аномалии менструального цикла) при сопоставлении с аналогичными показателями пациенток без наличия МС.

Полученные результаты дополнительных методов исследований свидетельствуют, что у большинства пациенток, имеющих МС, количество баллов выходит за рамки среднепопуляционной нормы. Сравнивая эти данные с результатами пациенток, не имеющих МС, также отмечаем высокую частоту выхода значений за пределы среднепопуляционной нормы. В целом в обеих группах наиболее часто диагностировались дистимия, эмотивность, экзальтированность. Кроме того, отмечали высокие показатели тревожности. По шкале эмотивности у $60,00 \pm 6,75\%$ женщин с МС и у $52,38 \pm 5,82\%$ без МС количество баллов превышало 18; по шкале тревожности у $57,50 \pm 5,65\%$ ($p < 0,001$) основной группы и у $33,33 \pm 3,56\%$ группы контроля, дистимия у $62,50 \pm 6,84\%$ ($p < 0,001$) и у $38,09 \pm 3,92\%$ соответственно.

Полученные результаты свидетельствуют о преобладании у женщин с МС пониженного настроения с ощущением внутренней напряженности, склонности к тревожным опасениям, сомнениям, пессимистической оценке своего будущего. Уровень тревоги столь выражен, что может приводить к психосоматическим нарушениям. Высокие показатели тревожности могут быть связаны также с личностными особенностями и предрасполагать к невротическим расстройствам. Кроме того, отмечается значительная зависимость настроения от ситуационных воздействий, болезненное реагирование на эмоционально значимые стимулы. Подобные личности уязвимы в отношении стрессовых факторов, предрасположены к психосоматической патологии, склонны к социальной дезадаптации.

Производился расчет «суммарного отклонения от аутогенной нормы». Значения суммарного отклонения от аутогенной нормы находились в диапазоне от 0 до 32 баллов. Показатель суммарного отклонения от аутогенной нормы в группе пациенток с СПМ, имеющих МС, составил $28,7 \pm 0,65$, в группе пациенток с СПМ без МС – $24,0 \pm 1,18$ ($p < 0,001$). Этот показатель интегрально отражает уровень непродуктивной нервно-психической напряженности, заключающийся в неумеренно повышенном расходовании нервно-психических ресурсов при столь же неумеренно низком коэффициенте полезного действия. Чем больше величина суммарного отклонения от аутогенной нормы, тем в большей мере силы человека расходуются на поддержание собственной психической целостности, на борьбу с внутриличностными проблемами, на волевое преодоление усталости в ущерб достижению субъективно значимых целей.

Итак, эмоциональное восприятие характеризовалось эмоциональным напряжением, изменением психологического профиля личности с возбудимым типом

реагирования. Значения вегетативного коэффициента 0,9–1,9 соответствуют оптимальной мобилизованности физических и психических ресурсов; менее 0,9 свидетельствуют о хроническом переутомлении, неготовности к напряжению и адекватным действиям в стрессовых ситуациях; более 1,9 – об излишнем возбуждении, при этом в сложных ситуациях легко формируются лихорадочные реакции: импульсивность, снижение эмоционального самоконтроля.

ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о необходимости изучения психологического статуса у женщин в постменопаузальный период с сочетанной патологией, причем с учетом наличия метаболического синдрома. Полученные результаты указывают на наличие эмоционального напряжения, изменений психологического профиля личности с возбудимым типом реагирования. Значения вегетативного коэффициента 0,9–1,9 соответствуют оптимальной мобилизованности физических и психических ресурсов; менее 0,9 свидетельствуют о хроническом переутомлении, неготовности к напряжению и адекватным действиям в стрессовых ситуациях; более 1,9 – об излишнем возбуждении, при этом в сложных ситуациях легко формируются лихорадочные реакции: импульсивность, снижение эмоционального самоконтроля. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Психологічні аспекти якості життя пацієнток при поєднаній патології матки у період постменопаузи Т.П. Поліщук

Результати проведених досліджень свідчать про необхідність вивчення психологічного статусу у жінок у період постменопаузи з поєднаною патологією, причому з врахуванням наявності метаболічного синдрому. Отримані результати свідчать про наявність емоційного напруження, змін психологічного профілю особи із збудливим типом реагування. Значення вегетативного коефіцієнта 0,9–1,9 відповідають оптимальній мобілізації фізичних і психічних ресурсів; менше 0,9 свідчать про хронічну перевтому, неготовність до напруги і адекватних дій в стресових ситуаціях; більше 1,9 – про зайве збудження. При цьому у складних ситуаціях легко формуються гарячкові реакції: імпульсивність, зниження емоційного самоконтролю. Отримані результати необхідно врахувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: психологічний статус, поєднана патологія матки, період постменопаузи.

Psychological aspects of quality of life of patients with combination pathology of uterus in postmenopause T.P. Polishuk

Scientific work is devoted to studying of influence of combination pathology of uterus in postmenopause on psychological aspects of quality of life of patients. The assessment of psycho-

logical aspects of quality of life was carried out by means of dough which represents the modified technique. 90 questions allow to diagnose personality actsentuation, type of response to a stress, protective and compensatory mechanisms which define personality development, adaptation processes, mental health. The main lines blocks are: demonstration, pedantry, jamming, excitability, uneasiness, introversion. The personal profile received by means of dough, reflects features of psychological reaction of the examinee and the characteristic of his personality. Results of the spent researches testify to necessity of studying of the psychological status at women postmenopausal age with combination uterus pathology, and taking into account presence of a metabolic syndrome. The received results specify in presence of an emotional pressure, changes of a psychological profile of the person with excitable type of reaction. Values of vegetative factor 0,9-1,9 correspond optimum mobilization of physical and mental resources; less than 0,9 testify to chronic overfatigue, unavailability to pressure and adequate actions in stressful situations; more than 1,9 – about excessive excitation, thus in difficult situations feverish reactions are easily formed: impulsiveness, decrease in emotional self-checking. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: the psychological status, combination uterus pathology, postmenopausal period.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамьян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамьян, В.И. Кулаков. – М.: Медицина, 2008. – 320 с.
2. Аккер Л.В. Течение постовариэктомиического синдрома в постменопаузальном периоде. Особенности метаболических изменений и их коррекция заместительной гормональной терапией / Л.В. Аккер, А.И. Гальченко, Т.С. Таранина // Акушерство и гинекология. – 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., 2006. – С. 6–7.
4. Беляков Н.А. Метаболический синдром у женщин / Н.А. Беляков. – СПб.: СПб МАПО, 2015. – 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 // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2009. – № 2. – С. 67–72.
7. Вихляева Е. М. Руководство по эндокринной гинекологии: Руководство для врачей / Е.М. Вихляева. – М.: МИА, 2009. – 768 с.
8. Григорян О.Р. Терапия метаболического синдрома: коррекция углеводного обмена и артериальной гипертензии. Возможности коррекции метаболического синдрома у женщин в период постменопаузы / О.Р. Григорян // Справочник поликлинического врача: журн. – 2016. – № 1. – С. 61–63.

Нарушения репродуктивной функции при сочетанной патологии матки и грудных желез

О.А. Полюлях

Одесский национальный медицинский университет МЗ Украины

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что сочетанная патология матки и грудных желез является причиной нарушений репродуктивной функции женщин. Установленные клинические особенности свидетельствуют о необходимости более углубленного изучения данной проблемы для разработки эффективного алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: нарушения репродуктивной функции, сочетанная патология матки и грудных желез.

Нарушения репродуктивной функции женщин являются следствием множества причин, среди которых маточный фактор составляет 24–62%. [1]. В структуре внутриматочной патологии преобладает хронический эндометрит, более чем вдвое превышая распространенность других заболеваний [2, 3]. Его частота наиболее высока (17,2–67,7%) у пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием, неудачами вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) [1–5], при невынашивании беременности (34,0–73,1%) [1]. Реже встречаются полипы эндометрия, частота выявления которых колеблется от 12,3% до 32,0%. Доля женщин с внутриматочными синехиями составляет от 3% до 13%, с миомой матки при субмукозной локализации узлов – от 4% до 20% [2, 3].

В литературе, посвященной проблемам ВРТ и невынашивания беременности, описаны различные внеозологические структурно-функциональные изменения в эндометрии, которые могут быть самостоятельной причиной нарушений репродуктивной функции: расстройства субэндометриального кровотока, несоответствие структуры эндометрия дню менструального цикла, склеротические и иммунологические изменения в эндометрии [1–5].

Лечение при внутриматочной патологии, как правило, медикаментозное при хроническом эндометрите или хирургическое при наличии полипов эндометрия, внутриматочных синехий, перегородки, субмукозной миомы матки. Хирургическое вмешательство позволяет восстановить анатомическую целостность полости матки в 93–96% случаев, в то время как беременность наступает лишь у 15–50% женщин [1]. Лекарственная терапия хронического эндометрита недостаточно результативна, о чем свидетельствует его высокая частота у женщин с нарушением репродуктивной функции, многократно применявших медикаментозное лечение.

Несмотря на значительное число научных публикаций по проблеме женского бесплодия, нельзя считать все вопросы полностью решенными, особенно в аспекте нарушений репродуктивной функции при сочетанной патологии матки и грудных желез.

Все изложенное выше свидетельствует об актуальности изучаемой научной проблемы.

Цель исследования: изучение роли сочетанной патологии матки и молочных желез в генезе нарушений репродуктивной функции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели было проведено комплексное клинико-лабораторное и функциональное обследование 109 женщин с сочетанной патологией матки и грудных желез, а также с нарушением репродуктивной функции. Первая (n=69) и вторая (n=19) группы были сформированы из пациенток с хроническим эндометритом, сопутствующей генитальной патологией и диффузной фиброзно-кистозной мастопатией. В третью (n=21) группу были включены женщины после различных внутриматочных манипуляций.

Критерии включения:

- возраст 18–39 лет;
- наличие маточного фактора бесплодия или невынашивания беременности;
- регулярный ритм менструаций;
- отсутствие нарушений гормонального гомеостаза и гемостазиограммы;
- для первой и второй групп – наличие гистологической верификации хронического эндометрита;
- для третьей группы – наличие эхооплерометрических признаков структурно-функциональных нарушений в эндометрии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что возраст обследованных женщин варьировал от 22 до 39 лет, достоверно по группам не отличался и составил в среднем $32,0 \pm 0,7$ года. Преобладали пациентки 30 и более лет.

Ведущими факторами, обуславливающими нарушения восприимчивости эндометрия к беременности, являются воспалительные заболевания нижнего отдела полового тракта, хронический сальпингоофорит, осложненное течение беременности и родов, врачебные манипуляции.

В проведенном исследовании доля больных с заболеваниями, передаваемыми половым путем, составила 37,2%, неспецифические вагиниты перенесли 71,3% женщин. Хронический сальпингоофорит выявлен у 59,7% пациенток, что в 4 раза превышало показатели фертильных женщин. Невынашивание беременности в анамнезе и осложненное течение послеперинатального периода отмечено в 5 раз чаще, чем у женщин без нарушений репродуктивной функции. У 18,2% больных выявлена привычная потеря беременности. В анамнезе всех обследованных женщин были внутриматочные вмешательства, причем у каждой второй дважды, а у каждой четвертой – три и более (до 6) раз. Средний показатель количества внутриматочных вмешательств на одну женщину составил $2,5 \pm 0,4$, что является достаточно высоким показателем и указывает на высокий

риск травматического фактора нарушения восприимчивости эндометрия к беременности.

При оценке причин женского бесплодия большое значение имеют сопутствующие гинекологические заболевания. Поэтому было уделено особое внимание изучению сопутствующей патологии репродуктивной системы. У 28,5% женщин, вошедших в исследование, выявлена лейомиома матки, у 15,9% – генитальный эндометриоз, не требующие на данном этапе хирургического лечения или после него. Количество больных с лейомиомой матки и генитальным эндометриозом в исследуемых группах достоверно не отличалось.

У пациенток с бесплодием средняя продолжительность женского бесплодия составила $6,2 \pm 0,4$ года. Преобладало вторичное бесплодие, составляя 64,2%. Длительность хронического эндометрита у пациенток первой и второй групп составила $7,4 \pm 0,7$ и $6,5 \pm 0,7$ года соответственно. Ретроспективное изучение оказанной медицинской помощи показало, что желание иметь детей послужило причиной активного лечения у большинства обследованных женщин. Противовоспалительная (включая антибактериальную) терапия ранее проведена у 93,3% больных, причем в половине случаев – неоднократно. Гормональные препараты ранее назначались 66,2% больных.

Эндоскопические хирургические вмешательства на органах репродуктивной системы выполнены у 46,7% пациенток. Более половины женщин использовали программы ВРТ, которые не принесли желаемого эффекта. Количество попыток варьировало от 1 до 18, составляя в среднем $2,9 \pm 0,6$ попытки на пациентку, при этом 82,2% больных имели неоднократные неудачи. Анализ данных о предшествующем лечении позволяет констатировать, что обследованных женщин длительно и безуспешно лечили с использованием медикаментов, хирургических и вспомогательных репродуктивных технологий.

Оценка клинической картины у пациенток с патологическими изменениями полости матки и эндометрия, после завершения хирургического и медикаментозного этапов лечения, выявила ряд симптомов. Только у 32,2% женщин единственной жалобой было нарушение репродуктивной функции. Перименструальные мажущие выделения отмечены у 40,6% (первая группа – 46,7%, вторая – 36,8%, третья – 23,8%), боли в нижних отделах живота – у 17% (первая группа – 17,9%, вторая – 18,4%, третья – 11,9%), гипоменорея – у 10,2% (первая группа – 8,6%, вторая – 10,5%, третья – 11,9%) больных.

Результаты лабораторно-инструментального обследования подтвердили наличие различных структурно-функциональных изменений эндометрия, которые могли быть самостоятельным фактором, препятствующим имплантации и успешному развитию беременности.

Морфологическое исследование эндометрия после лечения хронического эндометрита, проведенное у 20 больных второй группы, выявило полное восстановление морфологической структуры эндометрия только у десятой части пациенток. В остальных случаях плазматические клетки отсутствовали, но сохранялись воспалительные инфильтраты и/или фиброз.

ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют, что сочетанная патология матки и грудных желез является причиной нарушений репродуктивной функции женщин. Установленные клинические особенности свидетельствуют о необходимости более углубленного изучения данной проблемы для разработки эффективного алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Порушення репродуктивної функції при поєднаній патології матки і грудних залоз О.А. Полюлях

Результати проведених досліджень свідчать, що поєднана патологія матки і грудних залоз є причиною порушень репродуктивної функції жінок. Встановлені клінічні особливості свідчать про необхідність більш поглибленого вивчення даної проблеми для розроблення ефективного алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.
Ключові слова: порушення репродуктивної функції, поєднана патологія матки і грудних залоз.

The infringement of reproductive function at complex uterine and mammary glands pathologies O.A. Poljuljah

Results of the spent researches testify, that complex the uterus pathology is the reason of infringements of reproductive function of women. The established clinical features testify to necessity of more profound studying of the given problem for working out of effective algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: infringements of reproductive function, complex uterus and mammary glands pathology.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Грищенко В.И. Женское бесплодие: состояние проблемы / В.И. Грищенко, Н.А. Щербина // Международный медицинский журнал. – 2009. – № 1. – С. 89–92.
2. Сметник В.П. Неоперативная гинекология / В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович. – СПб: СОТИС, 2015. – 134 с.
3. Светлаков А.В. Формирование blastocyst и частота наступления имплантации у женщин разных возрастных групп в зависимости от длительности бесплодия в анамнезе / А.В. Светлаков // Пробл. репрод. – 2009. – Т. 3, № 4. – С. 59–65.
4. Шарапова О.В. Современные проблемы охраны репродуктивного здоровья женщин: пути решения / О.В. Шарапова // Вопр. гинек. акуш. перинат. – 2009. – Т. 2, № 1. – С. 7–10.
5. Шуршалина А.В. Патогенетические подходы к терапии хронического эндометрита / А.В. Шуршалина // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 6. – С. 54–56.

УДК 618.14-007.415-07-005.1

Клиническое значение генетических исследований у пациенток с различными формами эндометриоза

П.М. Прудников

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

В исследовании не была выявлена ассоциация нулевых генотипов по отдельным генам *GST T1* и *GST M1* с эндометриозами яичников и аденомиозом, тогда как при анализе сочетаний «функционально ослабленных» генотипов по изученным генам обнаружена четкая корреляция между развитием аденомиоза и наличием генотипа *GSTT10/0 + GST M1 0/0*. Отмечена также корреляция делеций генов *GST T1* и *GSTM1* с некоторыми клиническими проявлениями заболевания, такими как бесплодие и нарушение менструальной функции. По-видимому, при отсутствии активности ферментов второй фазы системы детоксикации, таких как глутатион-S-трансферазы, возникает нарушение баланса между первой и второй фазой, накопление активных метаболитов, которое способствует развитию оксидативного стресса, приводит к повреждению тканей и, как следствие, к более выраженным клиническим проявлениям заболевания. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: аденомиоз, эндометриоза, клиника, генетика.

Несмотря на вековую историю изучения различных аспектов проблемы эндометриоза, это заболевание остается одной из центральных медико-социальных проблем. Эндометриоз стоит на третьем месте в структуре гинекологической заболеваемости и поражает более 50% женщин в репродуктивном возрасте, негативно влияя на психоэмоциональное состояние, снижая работоспособность и репродуктивную функцию [1, 2].

В течение последнего десятилетия отмечен рост частоты заболевания эндометриозом, а также «омоложение» контингента больных. Однако сколько-нибудь точно судить о распространенности этого заболевания трудно, поскольку нет четких статистических данных [3, 4].

В последние годы генитальный внутренний эндометриоз тела матки (аденомиоз) принято рассматривать как особое заболевание, которое существенно отличается от наружного эндометриоза по патогенеза, эпидемиологии и клинической картине [5–7].

Генитальный эндометриоз справедливо рассматривается как типичный представитель мультифакториальных заболеваний, генная сеть которого сложна и раз-

нообразна. Она включает различные гены метаболизма (детоксикации), гены, ответственные за иммунный статус, эндокринные функции, гены межклеточных взаимодействий, проонкогены. Патологические эффекты мутантных вариантов этих генов в значительной степени провоцируются действием неблагоприятных факторов внешней среды [1–7]. В настоящей работе предполагалось изучить ассоциацию генов *GSTT1*, *GSTM1*, *CYP19*, *p53* с развитием генитального эндометриоза. Выбор данного спектра генов был обусловлен их важной ролью в развитии многих опухолевых заболеваний.

Цель исследования: определение роли сочетанных вариантов генотипов в патогенезе и клиническом течении аденомиоза и эндометриозом яичников.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 100 женщин с генитальным эндометриозом и 50 женщин без данного заболевания. Группу 1 составили 50 женщин с аденомиозом, средний возраст их составил $44,9 \pm 0,7$ года. Группу 2 составили 50 женщин с эндометриозами яичников, средний возраст – $32,6 \pm 0,8$ года. Из них 10 больных с рецидивом эндометриоза яичника после комбинированного лечения. Диагноз у всех больных верифицирован интраоперационно и по результатам гистологического исследования. Контрольная группа была сформирована из 50 женщин, при обследовании которых был исключен генитальный эндометриоз, без клинических проявлений нарушений овариально-менструальной функции, в возрасте от 17 до 35 лет.

Для постановки диагноза применяли общеклинические, ультразвуковые, рентгенологические, эндоскопические методы обследования. В ходе выполненной работы проведены специальные методы исследований: определение уровня СА-125 в сыворотке крови, молекулярно-генетическое исследование генов *GSTM1*, *GSTT1*, *P53*, *CYP19* по общепринятым методикам [6, 7].

Определение достоверности различий между сравниваемыми группами или подгруппами по частотам генотипов и аллелей производили с помощью критерия хи-квадрат (χ^2) по стандартной формуле с учетом поправки Йетса для парных сравнений и поправки Бонферрони для множественных сравнений с контрольной группой. В случае наличия достоверных отличий между контролем (или популяционной выборкой) и исследуемой группой, вычисляли коэффициент соотношения шансов (odds ratio – OR). Значение OR, применительно к нашим данным, показывает, во сколько раз вероятность наличия данного генотипа у больных превышает вероятность его наличия в контрольной группе, или же, во сколько раз выше вероятность иметь то или иное заболевание, обладая определенным генотипом [6, 7].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате работы нами проведено изучение клинических характеристик двух форм генитального эндометриоза: аденомиоза и эндометриозом яичников. При сравнении клинических проявлений заболевания были выявлены достоверные различия в исследуемых группах. Отмечено, что у больных аденомиозом почти в 2 раза чаще наблюдались обильные менструации по сравнению с пациентками с эндометриозами яичников ($70,0 \pm 6,2\%$ и $36,0 \pm 5,9\%$, соответственно,

$p < 0,001$). Перименструальные кровянистые выделения наблюдались достоверно чаще у $64,0 \pm 6,5\%$ больных с аденомиозом по сравнению с $40,0 \pm 6,1\%$ пациентками с эндометриозами яичников ($p < 0,01$). Нерегулярный менструальный цикл был диагностирован почти у половины женщин с аденомиозом и лишь у $1/3$ больных с эндометриозами яичников.

По данным литературы, среди клинических проявлений генитального эндометриоза болевой синдром является наиболее частым симптомом (в $41,4$ – $88,4\%$ случаев) [1, 4]. Согласно нашим наблюдениям, болевой синдром различной степени выраженности отмечался более чем у половины пациенток с аденомиозом и с эндометриозами яичников. Накануне менструации отмечали чувство тяжести в нижних отделах живота $88,0 \pm 4,3\%$ женщин с аденомиозом, что почти в 4 раза чаще, чем у больных с эндометриозами яичников ($p < 0,001$). Почти у половины пациенток с аденомиозом были жалобы на иррадиацию болей в поясничную область и прямую кишку, что достоверно чаще, чем у пациенток с эндометриозами яичников ($26,0 \pm 5,4\%$, $p < 0,05$). Боли во время половых контактов (диспареуния) отмечены в 2 раза чаще у больных с аденомиозом ($56,0 \pm 6,7\%$), чем у пациенток с эндометриозами ($22,0 \pm 2,15$, $p < 0,01$). Только у пациенток с эндометриозами яичников боли локализовались в подвздошной области на стороне поражения придатков и носили ноющий характер ($p < 0,001$).

Сведения о сочетании генитального эндометриоза с бесплодием достаточно противоречивы. Частота бесплодия при генитальном эндометриозе колеблется от 30 – 40 до 70 – 80% [1–7]. По нашим данным, у большинства пациенток с эндометриозом бесплодие не связано с поражением маточных труб. У $94,0\%$ пациенток с эндометриозами яичников двухсторонняя проходимость маточных труб была сохранена. Полученные данные позволяют предположить, что у большинства пациенток с эндометриозом это является фактором, способствующим ретроградному забросу менструальной крови, что согласно имплантационной теории Sampson может являться причиной возникновения и прогрессирования заболевания.

Бесплодие у больных с эндометриозами яичников ($58,0\%$) диагностировано достоверно чаще, чем у больных с аденомиозом (13% , $p < 0,001$). Первичным бесплодием страдали $78,0 \pm 5,1\%$ пациенток с эндометриозами яичников, что в 3,5 раза чаще по сравнению с женщинами с аденомиозом ($22,0 \pm 2,6\%$, $p < 0,001$), тогда как вторичное бесплодие диагностировалось в 2,5 раза чаще у больных с аденомиозом, чем у пациенток с эндометриозами яичников ($70,0 \pm 6,2$ и $28,0 \pm 2,6\%$, соответственно, $p < 0,01$).

Первичное бесплодие длительностью 7–9 лет зарегистрировано у $50,0\%$ всех больных, тогда как вторичное бесплодие имело подобную длительность в $4,0\%$ случаев ($p < 0,01$). Вторичное бесплодие достоверно чаще встречалось с длительностью 4–6 лет ($p < 0,01$). Полученные данные еще раз подчеркивают необходимость более раннего направления пациенток с бесплодием на обследование, в том числе лапароскопическое, для выявления его причин и своевременной диагностики генитального эндометриоза.

При сопоставлении данных акушерского анамнеза в группе больных с аденомиозом было зарегистрировано 100 беременностей, из них родами закончи-

лись только 30 ($30,0 \pm 2,4\%$), тогда как в группе пациенток с эндометриозами яичников число беременностей было в 2 раза меньше ($16,0\%$), но при этом почти половина из них закончилась родами ($42,0 \pm 3,6\%$). Большую частоту беременностей в группе больных аденомиозом можно объяснить тем, что средний возраст начала заболевания при этой форме эндометриоза был выше, и период «здорового репродуктивного возраста» у пациенток с аденомиозом продолжался дольше.

Частота искусственных абортов, самопроизвольных абортов достоверно не отличалась у женщин двух исследуемых групп. Согласно данным литературы, риск развития аденомиоза возрастает у женщин с частыми внутриматочными вмешательствами и хирургическими операциями на половых органах [1, 3]. Проведенный нами сравнительный анализ акушерского статуса больных и отсутствие значимых различий в частотах внутриматочных вмешательств у пациенток разных групп не подтвердил тот факт, что частые внутриматочные вмешательства и хирургические операции на половых органах являются фактором риска возникновения аденомиоза.

В настоящее время наиболее рациональным подходом к лечению эндометриоза является комбинированное (хирургическое, гормональное и иммунологическое) лечение, причем хирургическое удаление эндометриоза является первым и обязательным этапом терапии. Одним из современных методов следует считать лапароскопию, которая играет важную роль как в объективной диагностике, так и в малоинвазивном хирургическом лечении эндометриоза.

Лапароскопические операции были выполнены только пациенткам с эндометриозами яичника ($p < 0,001$), тогда как операции чревосечения были выполнены в 2 раза чаще у больных с аденомиозом, чем у женщин с эндометриозами ($56,0 \pm 6,7$ и $24,0 \pm 5,3\%$, соответственно, $p < 0,01$).

У 42 пациенток ($84,0 \pm 4,5\%$) с эндометриозами яичника объем хирургического вмешательства ограничился цистэктомией, у 8 пациенток этой же группы ($16,0 \pm 1,6\%$) – аднексэктомией. Экстирпация матки выполнена у 32 ($64,0\%$) пациенток из 50 с аденомиозом, что обусловлено тяжестью данного заболевания. Высокая частота расширенного хирургического вмешательства свидетельствует о запоздалой диагностике и сочетании аденомиоза с другими гинекологическими заболеваниями.

В группе пациенток с аденомиозом в 3 раза чаще наблюдалась миома матки, чем в группе больных с эндометриозами яичников ($42,0 \pm 6,7$ и $16,0 \pm 4,6\%$, соответственно $p < 0,01$). Полипы эндометрия диагностировались у каждой третьей пациентки с аденомиозом и только у каждой десятой с эндометриозами яичника ($p < 0,01$). Опухолевидные образования яичников встречались достоверно чаще в группе женщин с аденомиозом по сравнению с группой пациенток с эндометриозами яичников ($20,4 \pm 5,5$ и $1,5 \pm 1,5\%$, соответственно, $p < 0,01$). Отмечена большая частота ($46,2\%$) (почти у каждой второй пациентки) двусторонних эндометриозных кист яичников.

Так как эндометриоз относится к классу мультифакториальных заболеваний, то для столь сложного заболевания большую роль играют как отдельные аллели генов, так и их сочетания.

При анализе сочетанных генотипов по генам глутатион-S-трансфераз показано, что распределения генотипов GST T1 0/0 + GST M1 0/0; GST T1 0/0 + GST M1«+»; GST M1 0/0+GST T1«+»; GST T1«+» + GST M1«+» в целом достоверно не отличались в группах пациентов с аденомиозом, с эндометриомами яичников и в контрольной группе ($p > 0,05$, df3). Однако следует отметить, что делеции в двух генах *GST T1* и *GST M1* по сравнению с остальными генотипами встречались достоверно чаще у пациентов с аденомиозом, чем в контрольной группе (16,0 и 6,0%, соответственно, $p < 0,05$, df1). Согласно рассчитанному коэффициенту соотношения шансов риск развития аденомиоза выше почти в 3,5 раза при генотипе GSTT10/0+GST M1 0/0 (OR=3,4; CI:1,04-11,09).

При анализе группы пациентов с эндометриомами яичников также отмечено повышение делеции в двух генах *GST T1* и *GST M1* по сравнению с контрольной выборкой (16,0 и 6,0% соответственно). Однако полученные данные статистически не достоверны.

Учитывая возможность экспериментальной индукции эндометриоза у обезьян при помощи малых доз диоксина, можно полагать, что именно полиморфизмом генов системы детоксикации является тем неблагоприятным генетическим фоном, на котором развивается большинство опухолевых заболеваний, в том числе и эндометриоз.

Согласно проведенным исследованиям, в сравниваемых группах клиническая картина заболевания варьировалась в достаточно широких пределах. У некоторых пациентов основными клиническими проявлениями являлось бесплодие, у других НМЦ (гиперполименоррея, перименструальные кровянистые выделения), выраженный болевой синдром.

При анализе подгруппы больных аденомиозом с бесплодием выявлено достоверное понижение частоты делеции гена глутатион-S-трансферазы M1 (14,0%) по сравнению с контрольной группой (42,0%) ($p < 0,01$, df1). При сравнении подгруппы больных аденомиозом с бесплодием и без такового также выявлены достоверные различия ($p < 0,05$, df1) в частотах делеции гена *GST M1*. В тоже время в подгруппе пациентов с аденомиозом и бесплодием зарегистрировано существенное повышение частоты делеции гена глутатион-S-трансферазы T1, по сравнению с подгруппой больных аденомиозом без бесплодия ($p < 0,05$, df1). Интересно отметить, что при сравнении частоты генотипа GST T1 0/0 в группе больных аденомиозом с бесплодием и в контрольной группе также выявлены статистически значимые различия (72,0 и 22,0%, соответственно $p < 0,05$, df1), тогда как при анализе группы с аденомиозом в целом такие отличия выявлены не были. Согласно рассчитанному коэффициенту соотношения шансов риск развития бесплодия у больных аденомиозом выше почти в 8,5 раза при генотипе GST T1 0/0 (OR=7,08; CI:1,42-35,17).

Не выявлено достоверных отличий в частотах делеции генов глутатион-S-трансферазы T1 и глутатион-S-трансферазы M1 в подгруппе пациентов с эндометриомами яичников в зависимости от бесплодия и в контрольной группе.

При сравнении двух групп больных выявлено, что у пациентов с эндометриомами яичников и бесплодием частота делеции гена глутатион-S-трансферазы

M1 составляет 52,0%, что в 4 раза превышает данные показатели у больных с аденомиозом (14,0%) ($p < 0,05$). Частота делеции гена глутатион-S-трансферазы T1 составила 72,0% в подгруппе больных с аденомиозом и бесплодием, что превышает почти в 3 раза такую частоту у пациентов с эндометриомами яичников и бесплодием (26,0%) ($p < 0,05$).

Можно предположить, что природа бесплодия при аденомиозе и эндометриомах яичников различна. Это подтверждает и тот факт, что у пациентов с эндометриомами яичников отмечена высокая частота первичного бесплодия (78,0±5,1%), тогда как вторичное бесплодие диагностировалось чаще у пациенток с аденомиозом (70,0 ±6,2%).

При анализе сочетаний генотипов по генам *GST T1* и *GST M1* в подгруппах больных аденомиозом с бесплодием и без такового выявлены статистически значимые различия в распределениях комбинированных генотипов как при сравнении подгрупп между собой, так и при сравнении с контрольной группой ($p < 0,001$, df3; $p < 0,01$ df3, соответственно). Показано, что генотип GST T1 0/0 + GSTM1«+» встречается в 8 раз чаще в подгруппе больных аденомиозом с бесплодием (71,4%) по сравнению с группой больных аденомиозом без такового (8,5%) и в 4 раза чаще, чем в контрольной группе (16,7%). Согласно рассчитанному коэффициенту соотношения шансов риск развития бесплодия у больных аденомиозом выше почти в 27 раз при генотипе GST T1 0/0+GST M1«+» (OR=26,88; CI:5,72-126,37).

У больных с эндометриомами яичников и бесплодием достоверно чаще, чем в контрольной группе, встречается генотип GST T1 0/0 + GSTM1 0/0 (18,0 и 6,0%, соответственно, $p < 0,05$, df1), однако, эта величина была сопоставима с таковой в подгруппе больных с эндометриомами яичников без бесплодия в анамнезе (14,0%).

При анализе некоторых других клинических проявлений заболеваний показано следующее: у больных аденомиозом и с эндометриомами яичников с нарушением менструальной функции достоверно чаще встречается генотип GST T1 0/0 + GSTM1 0/0, чем в контрольной группе (22,0; 28,0 и 6,0%, соответственно, $p < 0,05$); у больных аденомиозом и с эндометриомами яичников и гиперполименорреей также достоверно чаще встречается генотип GSTT10/0+GSTM1 0/0, чем в контрольной группе (22,0; 20,0 и 6,0%, соответственно, $p < 0,05$); у больных аденомиозом и с эндометриомами яичников с перименструальными выделениями достоверно чаще встречается генотип GST T1 0/0 + GSTM1 0/0, чем в контрольной группе (18,0; 20,0 и 6,0%, соответственно, $p < 0,05$, df1).

ВЫВОДЫ

Таким образом, в результате исследования не была выявлена ассоциация нулевых генотипов по отдельным генам *GST T1* и *GST M1* с эндометриомами яичников и аденомиозом, тогда как, при анализе сочетаний «функционально ослабленных» генотипов по изученным генам обнаружена четкая корреляция между развитием аденомиоза и наличием генотипа GSTT10/0 + GST M1 0/0. Отмечена также корреляция делеций генов *GST T1* и *GSTM1* с некоторыми клиническими проявлениями заболевания, такими как бесплодие и наруше-

нием менструальной функции. По-видимому, при отсутствии активности ферментов второй фазы системы детоксикации таких как глутатион-S-трансферазы возникает нарушение баланса между первой и второй фазой, накопление активных метаболитов, которое способствует развитию оксидативного стресса, приводят к повреждению тканей и как следствие к более выраженным клиническим проявлениям заболевания. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Клінічне значення генетичних досліджень у пацієнок з різними формами ендометріозу
П.М. Прудніков

У дослідженні не виявлено асоціацію нульових генотипів по окремих генах GST T1 і GST M1 з ендометріозами яєчників і аденоміозом, тоді як під час аналізу поєднань «функціонально ослаблених» генотипів за вивченими генами виявлена чітка кореляція між розвитком аденоміоза і наявністю генотипу GST T10/0 + GST M10/0. Відзначено також кореляцію делецій генів GST T1 і GSTM1 з деякими клінічними проявами захворювання, такими як безпліддя і порушення менструальної функції. Мабуть за відсутності активності ферментів другої фази системи детоксикації, таких як глутатион-S-трансферази, виникає порушення балансу між першою і другою фазою, накопичення активних метаболітів, яке сприяє розвитку оксидативного стресу, призводить до пошкодження тканин і, як наслідок, до більш виражених клінічних проявів захворювання. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: аденоміоз, ендометріоз, клініка, генетика.

Clinical value of genetic researches at patients with various forms of an endometriosis
P.M. Prudnikov

We do not reveal association of zero genotypes on separate genes GST T1 and GST M1 with endometrioma ovarium and adenomyosis whereas, at the analysis of combinations of «functionally weakened» genotypes on the studied genes accurate correlation between development adenomyosis and presence of genotype GSTT10/0 + GST M1 0/0 is found out. Correlation deletion genes GST T1 and GSTM1 with some clinical displays of disease, such as barrenness and infringement menstrual functions is noted also. Apparently, in the absence of activity of enzymes of the second phase of system detoxication such as glutathione-S-transferase there is a balance infringement between the first and second phase, accumulation active metabolites which promotes development oxidative stress, lead to damage of fabrics and as consequence to more expressed clinical displays of disease. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: adenomyosis, endometrioma, clinic, genetics.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков. – М.: Медицина, 2008. – 317 с.
2. Айламазян Э.К. Генитальный эндометриоз: новые подходы к терапии: Руководство для врачей / Э.К. Айламазян, С.А. Сельков, М.И. Ярмолинская. – СПб., 2013. – 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. – СПб: ООО «Издательство Н-Л», 2012. – 452 с.
5. Беженарь В.Ф. Анализ эффективности способов получения биоптатов для гистологической верификации аденомиоза / В.Ф. Беженарь, С.А. Повзун, Д.Б. Фридман // Журнал акушерства и женских болезней. – 2012. – Т. LIV, вып. 4. – С. 37–39.
6. Сорокина А.В. Современные подходы к генетической диагностике аденомиоза / А.В. Сорокина, Г.Ф. Тотчиев, Л.Р. Токтар // Вестник РУДН, Серия «Медицина, акушерство и гинекология». – 2010. – № 5. – С. 181–191.
7. Радзинский В.Е. Иммунологические и генетические детерминанты аденомиоза с позиции доказательной медицины / В.Е. Радзинский, А.В. Сорокина, Н.В. Жилина // Вестник РУДН, Серия «Медицина, акушерство и гинекология». – 2010. – № 6. – С. 138–145.

Особенности патологии эпителия шейки матки у девушек-подростков с различной сексуальной активностью

А.Ю. Титенко

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

В статье изложены особенности фоновых и предопухолевых процессов эпителия шейки матки у девочек-подростков, ведущих активную половую жизнь. Установлено влияние сексуальной активности на возникновение фоновых и предопухолевых процессов эпителия шейки матки у девочек-подростков, ведущих активную половую жизнь.

Ключевые слова: девочки-подростки, патология эпителия шейки матки, сексуальная активность.

Патология эпителия шейки матки у сексуально активных девочек-подростков приобретает все большую актуальность. Кульминацией осложнений является то, что патология шейки матки может быть одним из этапов развития рака шейки матки, поскольку наследственная обусловленность возникновения и течения последнего до конца еще не выяснено [1–3].

По данным ВОЗ, опубликованным в программе скрининга патологии эпителия шейки матки (ПЭШ), рак шейки матки признается одной из самых распространенных форм рака у женщин в большинстве развивающихся стран [4–6].

Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении ПЭШ у девочек-подростков, некоторые аспекты этой проблемы остаются недостаточно изученными. Так, на сегодняшний день алгоритм организации помощи девочкам-подросткам с различной сексуальной активностью, имеющим ПЭШ матки, и девочек-подростков, составляющих группу риска по данной патологии, не полностью разработан и ряд вопросов остается дискуссионными.

Применение новых методов диагностики ПЭШ, современных методов обследования и лечения помогут приблизить нас к совершенной модели оказания квалифицированной медицинской помощи такому контингенту девочек-подростков.

Цель исследования: снизить частоту встречаемости патологии эпителия шейки матки у девочек-подростков с различной сексуальной активностью путем разработки и внедрения лечебно-профилактических и диагностических мероприятий, оценить степень влияния критериев подростковой сексуальности на вероятность возникновения патологии эпителия шейки матки у исследуемых контингентов.

Таблица 1

Группы обследования в зависимости от возрастной категории девочек-подростков

Группа	Возраст	Количество	
		Абс. число, n	%
Группа 1	14	15	15,9
Группа 2	15	19	20,2
Группа 3	16	24	25,5
Группа 4	17	18	19,2
Группа 5	18	18	19,2

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено перспективное обследование 94 пациенток, которые обратились за помощью в детскую клиническую больницу № 9, кабинет Главного детского гинеколога Подольского района, детскую поликлинику № 3 г. Киева.

Данные по распределению пациенток в зависимости от возраста приведены в табл. 1.

Обследуемым девочкам-подросткам было проведено анкетирование по вопросам сексуального поведения и начала наступления менархе, результаты которого приведены в табл. 2.

Таблица 2

Результаты анкетирования девочек-подростков

Возраст, лет	Начало наступления менархе		Начало половой жизни						Количество половых партнеров на протяжении года				Частота половых отношений на протяжении 1 нед							
	До 12 лет		После 12 лет		До наступления менархе		После наступления менархе		До 16 лет		После 16 лет		1		2 и более		1-2		2 и более	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
14	2	13,3	13	86,6	1	6,6	14	93,4	15	100			12	80,0	3	20,0	14	93,3	1	6,7
15	3	15,7	16	84,3	0		19	100	19	100			14	73,6	5	26,4	17	89,4	2	10,6
16	4	16,6	20	83,4	1	4,1	23	95,9	12	50,0	12	50,0	15	62,5	9	37,5	18	75,0	6	25,0
17	3	16,6	15	83,4	0		18	100	10	55,5	8	44,6	12	66,6	6	33,4	13	72,3	5	27,7
18	4	22,2	14	77,8	1	5,5	17	94,5	13	72,2	5	27,8	10	55,6	8	44,4	12	66,6	6	33,3

Таблица 3

Виды патологических изменений ЭШМ у девочек-подростков

Виды патологических изменений	Возраст, лет									
	14		15		16		17		18	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ЭШМ без патологии	4	26,6	6	31,5	9	37,5	6	33,3	3	16,6
Эктопия цилиндрического эпителия	11	73,3	13	68,4	15	62,5	9	50,0	10	55,5
Доброкачественная зона трансформации	7	46,6	8	42,1	7	29,1	7	38,8	6	33,3
Ovula Nabotii	3	20,0	2	10,5	4	16,6	2	11,1	3	16,6
Цервицит	7	46,6	9	47,3	12	50	9	50,0	8	44,4
Субэпителиальный эндометриоз	1	6,6	-	-	1	4,1	2	11,1	1	5,5
Полипы шейки матки	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Кондиломы	-	-	2	10,5	3	12,5	2	11,1	2	11,1
Дисплазия	-	-	-	-	1	4,1	2	11,1	3	16,6

Анализируя полученные данные, мы пришли к следующим выводам:

- из девочек-подростков, участвующих в обследовании, 73% начали половую жизнь до 16 лет;
- у 17% обследуемых девочек-подростков менархе наступило до 12 лет;
- отмечен низкий процент девочек-подростков, начавших половую жизнь до наступления менархе – 2,7%;
- среди всех обследованных, начавших половую жизнь до 16 лет, высокий процент составили девочки, имеющие двух и более половых партнеров на протяжении года, а 27,5% девочек-подростков отмечали регулярные половые контакты.

Следующим этапом нашего исследования было изучение кольпоскопической картины эпителия шейки матки (ЭШМ) у сексуально-активных девочек-подростков (табл. 3).

Анализируя данные кольпоскопического обследования, был отмечен высокий процент выявления патологических изменений эпителия шейки матки, а именно:

- эктопия цилиндрического эпителия – 62%;
- доброкачественная зона трансформации – 37%;
- Ovula Nabotii – 14,9%;
- цервицит – 47,8%;
- истинная эрозия шейки матки – 7,4%;
- субэпителиальный эндометриоз – 5,3%;
- кондиломы – 9,5%;
- дисплазия – 6,3.

ВЫВОДЫ

Сопоставляя результаты анамнестических данных и данных кольпоскопического обследования девочек-подростков, можно сделать следующие выводы:

- 1) у девочек-подростков, начавших половую жизнь до 16 лет, выявлялось в 1,6 раза чаще патология эпителия шейки матки, чем у девушек, начавших половую жизнь после 16 лет;
- 2) у девочек-подростков, имеющих двух и более половых партнеров в течение года, в 1,8 раза чаще выявлялась патология эпителия шейки матки;
- 3) у девочек-подростков, начавших половую жизнь до 16 лет и имеющих двух и более половых партнеров течение года, в 2,0 раза чаще наблюдалась дисплазия эпителия шейки матки;
- 4) у девушек-подростков, у которых было отмечено наступление менархе до 12 лет, в 1,8 раза чаще наблюдалась дисплазия эпителия шейки матки;
- 5) у обследуемых девочек-подростков начало половой жизни до наступления менархе или после не имело достоверного влияния на показатели, касающиеся патологических изменений эпителия шейки матки.

Анализируя полученные данные, можно с полной уверенностью сказать о том, что раннее менархе (до 12 лет), начало половой жизни до 16 лет, смена двух и более половых партнеров в течение года и регулярная половая жизнь у девочек-подростков способствуют развитию различных форм патологии эпителия шейки матки и, в частности, таких серьезных, как дисплазия эпителия шейки матки.

Особливості патології епітелію шийки матки у дівчат-підлітків з різною сексуальною активністю
А.Ю. Тітенко

Було вивчено особливості фонових передпухлинних процесів епітелію шийки матки у дівчат-підлітків, що ведуть активне статеве життя. Встановлено вплив сексуальних активностей на виникнення фонових та передпухлинних процесів епітелію шийки матки у дівчат-підлітків, що ведуть активне статеве життя.

Ключові слова: дівчата-підлітки, патологія шийки матки, сексуальні активності.

Features of a pathology epithelium of cervix a uterus at girls-teenagers with various sexual activity
A.Yu. Titenko

We study features of background and pretumoral processes of epithelium cervix uterus at girls-teenagers conducting active sexual life. Influence sexual activity on occurrence of background and pretumoral processes epithelium of cervix uterus at girls-teenagers conducting active sexual life is established.

Key words: girls-teenagers, a pathology epithelium of cervix uterus, sexual activity.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРЫ

1. Вакулєнко Г.А. Предопухольєвые заболєванья шейкы маткы / Г.А. Вакулєнко, И.П. Щєпотин, Е.В. Коханєвич // Мистєцтво лїкуванья. – 2004. – № 12. – С. 110–117.
2. Вишневская Е.Е. Предопухольєвые заболєванья и здохачєственнєе опухолы женскых половых органов / Е.Е. Вишневская. – Минск: «Высшая школа», 2012. – 416 с.
3. Кустаров В.Н. Патология шейкы маткы / В.Н. Кустаров, В.А. Линде. – СПб.: Гиппоєрат, 2012. – 144 с.
4. Гилязутдинова Э.Ш. Онкогинекология / Э.Ш. Гилязутдинова, М.К. Михайлова. – М.: «Мєдпресс информ», 2012. – 283 с.
5. Кисєлев В.И. Вирусы папилломы чєловєка в развитии рака шейкы маткы / В.И. Кисєлев. – М.: Комп. График Групп, 2014. – С. 9–47.
6. Коханєвич Е.В. Колопоцєрвикоскопия. Атлас / Е.В. Коханєвич, К.П. Ганина, В.В. Семенєнко. – К.: Вища школа, 2004. – 56 с.

УДК 618.14-072-06:618.173

Єндоскопїчна дїагностика поєднаної патологїї маткы у постменопаузальний перїод

В.А. Шамрай

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

Результати проведених досліджень свідчать про високу міру інформативності гістероскопїчної оцінки при поєднаній патологїї маткы у жїнок у перїод постменопаузи. Вищу достовірність дїагностики поєднаної патологїї маткы у таких хворих (97,3%) вдалося досягти послїдовним використанням рїзних методїв, самостїйне вживання одної методики дає дїагностичні помилки. Підтвердженням високої дїагностичної цїнності даного алгоритму була висока частота збїгу клїнічного і морфологїчного дїагнозїв. Крім того, в алгоритм обстеження хворих даної групи, враховуючи синхронність розвитку проліферативних процесїв, необхідно вклучати адекватне єндоскопїчне обстеження єндо- і екзоцєрвікса. Встановлені особливості необхідно враховувати при розробленні алгоритму дїагностичних і лїкувальнє-профїлактичних заходїв у цих пацїєнток.

Ключовї слова: поєднана патологїя маткы, перїод постменопаузи, гістероскопия.

Актуальність вивчення особливостей клїнікы, дїагностики і тактики ведення жїнок у постменопаузальний перїод з поєднаною патологїєю маткы зумовлена поширенням даної патологїї у цьому віці (15–35% звернень у гїнекологїчні вїддїєлення) і значною частотою рецидивїв – до 38% [1–4]. Клінічні прояви при цьому характеризуються виникненням рецидивуючих маткових кровотеч на тлі гіперпластичних або атрофїчних станїв єндоємєтрія, що призводять до тимчасової втрати працєздатності і зниження якості життя, що найактуальнїше в планї онкологїчної настороженості [5–8].

Складність ведення даного контингенту хворих зумовлена тим, що в постменопаузальний перїод вже є, як правило, соматичні захворюванья: гіпертонїчна хвороба, остєохондроз, єндокринна патологїя, метаболїчні порушення, функціональні змїни центральної нервової системи. Цей контингент пацїєнток, як правило, не організований, що знижує частоту профїлактичних оглядїв і збїльшує ступїнь занедбаності захворюванья [1, 6].

Не дивлячись на тривалу історїю досліджень постменопаузального перїоду, до сьогоднї не можна вважати до кїнця з'ясованими причини і механїзм розвитку поєднаної патологїї маткы з аденомїозом у цей перїод, а також гістероскопїчну оцінку даної патологїї.

У зв'язку з викладеним представляється актуальним і перспективним обґрунтування і розроблення клїнічної системи дїагностики і тактики ведення жїнок з поєднаною патологїєю маткы у постменопаузальний перїод.

Мета дослідження: гістероскопічна оцінка поєднаної патології матки у постменопаузальний період.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено ретроспективний аналіз історії хвороби 128 жінок і проспективне вивчення 171 пацієнтки з кровотечами у постменопаузальний період. Серед ретроспективно вивчених пацієнток виділена група порівняння, що складається з 61 жінки з поєднаною патологією матки у постменопаузальний період (для порівняння методів лікування даного контингенту).

З дослідження були виключені пацієнтки, в яких при патоморфологічному дослідженні були виявлені злоякісні або передракові зміни ендометрія. Такі поєднання патологій як метаболічний синдром, лейоміома матки і атрофія ендометрія (на тлі метроррагії); метаболічний синдром, лейоміома матки і гіперплазія ендометрія; рецидивуюча гіперплазія ендометрія є доброякісними з точки зору патоморфолога, проте враховуючи вік пацієнток і комплексність ушкодження, можуть розглядатися передраковими з позицій клініциста.

Матеріалом дослідження були дані проспективного обстеження 171 хворої у постменопаузальний період. Усі пацієнтки пройшли повне клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження. У ході поглибленого обстеження були сформовані дві клінічні групи.

До основної групи увійшли 89 жінок з наявністю метаболічного синдрому. У контрольну групу – 82 жінки без наявності метаболічного синдрому. Основна група розподілена на дві підгрупи жінок: 1-а – з ізольованою формою патології ендометрія (n=30) і 2-а – з поєднаною патологією матки (n=59). Контрольна група також була розподілена на дві підгрупи жінок: 1-а підгрупа – 48 пацієнток з ізольованою патологією ендометрія і 2-а підгрупа – 34 жінки з поєднаною формою проліферативних процесів матки.

Діагностика метаболічного синдрому ґрунтувалася на критеріях, затверджених ВООЗ.

У поняття поєднаної патології матки ми об'єднали патологію ендометрія і міометрія: патологія ендометрія у поєднанні з лейоміомою матки, патологія ендометрія і аденоміоз, аденоміоз і лейоміома матки, а також усі три патології одночасно. У поняття патологія ендометрія ми включили гіперпластичні процеси ендометрія, поліпи ендометрія, залозисту гіперплазію ендометрія і атрофію ендометрія (за умови наявності метроррагії).

Комплекс обстеження жінок, що знаходилися під спостереженням, включав: ретельний збір анамнезу життя і захворювання, об'єктивне обстеження, додаткові методи обстеження – гістероскопію за загальноприйнятими методиками.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При обстеженні пацієнток обох груп були виявлені наступні види поєднаної патології матки:

- лейоміома матки і атрофія ендометрія – в 18 (20,22±2,25%) спостережуваних груп з метаболічним синдромом і в 14 (17,07±1,15%) без метаболічного синдрому;
- лейоміома матки і поліпи ендометрія – у 30 (33,71±3,01%) обстежених основної та у 18 (21,95±2,57%) – контрольної (p<0,01) груп;

- лейоміома матки у поєднанні із залозистою гіперплазією ендометрія – у 7 (7,87±1,85%) жінок основної групи, в контрольній групі не виявлена (p<0,001);
- лейоміома матки у поєднанні з аденоміозом і поліпами ендометрія – у 4 (4,49±1,19%) пацієнток, що мають метаболічний синдром і в 2 (2,44±0,74%) – без ознак метаболічного синдрому.

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

- атрофія ендометрія в групі з метаболічним синдромом – у 10с(11,24±1,34%) жінок і в 23 (28,05±2,96%; p<0,001) – без метаболічного синдрому;
- поліпи ендометрія – у 16 (17,98±1,01%) пацієнток основної групи і в 25 (30,49±3,08%; p<0,001) – групи контролю;
- залозиста гіперплазія ендометрія – 4 пацієнтки (4,49±1,19%; p<0,001) основної групи, У групі контролю залозиста гіперплазія ендометрія не діагностована.

Отже, в основній групі достовірно частіше діагностовані поєднання лейоміоми матки і залозистої гіперплазії ендометрія, лейоміома матки і поліпи ендометрія. При ізольованій формі патології ендометрія також у групі з метаболічним синдромом частіше зустрічалася гіперплазія ендометрія. У групі контролю при ізольованій формі патології ендометрія достовірно частіше виявлені атрофія ендометрія і поліпи ендометрія.

Під час аналізу віку проспективно обстежених хворих у підгрупах, у свою чергу розподілених за наявністю 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, з поєднаною патологією матки – 57,86±0,99 року, у контрольній групі з ізольованою патологією ендометрія – 60,54±1,34 року і з поєднаною патологією матки – 58,02±1,53 року (p>0,05). Отже, вік хворих був трохи меншим у підгрупах із поєднаною патологією матки (p>0,05) обох груп.

Аналіз віку настання менопаузи засвідчив наступні особливості: у пацієнток, що мають метаболічний синдром, з ізольованою формою патології ендометрія менопауза настала у 50,64±0,66 року, при поєднаній формі патології ендометрія – у 50,75±0,32 року; у групі жінок, що не мають метаболічного синдрому – 50,47±0,36 року і 51,11±0,56 року відповідно.

Кожна з проспективно обстежених груп була розподілена на підгрупи за тривалістю постменопаузального періоду: до 5 років, 6–10 років, більше 11 років.

Жінок з проявами метаболічного синдрому та ізольованою патологією ендометрія за тривалістю постменопаузи було розподілено таким чином: тривалість постменопаузи до 5 років – 10 (33,33±3,06%), 6–10 років – 10 (33,33±3,06%), більше 11 років – 10 (33,34±3,06%) пацієнток. Серед пацієнток без проявів метаболічного синдрому 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 в обстежених 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 гіперп-

ластичних процесів матки в обстежуваних жінок характеризувалася матковими кровотечами (різного ступеня вираженості і тривалості) і больовим синдромом.

Під час проведення гістероскопії було виявлено підслизову локалізацію вузла у групі жінок з метаболічним синдромом у 4 (6,78±0,27%) випадках і в групі пацієнток, що не мають метаболічного синдрому – у 3 (8,82±0,86%). Збіг результатів з морфологічним діагнозом склав 87,50%.

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

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

Атрофія ендометрія при гістероскопії зазвичай мала наступну картину: тонка, бліда слизова оболонка, через яку видно варикозно-розширені вени, крововиливи різної величини від дрібноточкових до більших. Подібна картина виявлена в групі з метаболічним синдромом і поєднаною патологією матки у 20 (33,90±3,16%) пацієнток, в групі без метаболічного синдрому із поєднаною патологією матки – в 12 (35,29±3,19%); у основній групі з ізольованою патологією ендометрія – у 8 (26,67±2,07%) жінок, в контрольній із ізольованою патологією ендометрія – в 25 (52,08±4,21%; $p<0,001$). Збіг результатів з морфологічним дослідженням склав в основній групі із поєднаною патологією матки 91,66%, з ізольованою патологією ендометрія – 88,88%; у групі контролю – 88,88 і 92,85% відповідно.

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

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

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

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

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

Найбільшою кольпоскопічною ознакою, що часто зустрічається, був ендocerвіцит, який виявлений у 16 (27,12±3,78%) пацієнток основної групи із поєднаною патологією матки, в контрольній – у 5 (14,71±3,07%; $p<0,01$) жінок; доброякісна зона трансформації з відкритими і закритими залозами без острівців циліндрового епітелію виявлена в групі жінок з метаболічним синдромом і поєднаною патологією ендометрія в 13 (22,03±2,39%) випадках, в групі без проявів метаболічного синдрому і поєднаної патології матки – в 7 (20,59±2,93%).

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

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

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

Доброякісна зона трансформації з відкритими і закритими залозами в групі з метаболічним синдромом і ізольованою патологією ендометрія діагностована у 3 (10,00±1,47%) жінок, в групі без метаболічного синдрому і ізольованою патологією ендометрія – в 3 (6,25±0,49%). Поліп цервікального каналу в основній групі з ізольованою патологією ендометрія виявлений у 2 (6,67±0,55%) пацієнток і – в 10 (20,83±3,86%; $p<0,001$) – групи контролю.

Залозисто-м'язова гіпертрофія шийки матки в групі з ознаками метаболічного синдрому та ізольованою патологією ендометрія виявлена у 2 (6,67±0,55%)

пацієнок, у групі без метаболічного синдрому – у 3 (6,25±0,49%); рубцеву деформацію в основній групі з ізольованою патологією ендометрія спостерігали у 2 (6,67±0,55%) і 3 (6,25±0,49%) жінок групи контролю.

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

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

ВИСНОВОК

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про високий ступінь інформативності гістероскопічної оцінки поєднаної патології матки у жінок постменопаузального періоду. Встановлені особливості необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у цих пацієнок.

Эндоскопическая диагностика сочетанной патологии матки в постменопаузальный период В.А. Шамрай

Результаты проведенных исследований свидетельствует о высокой степени информативности гистероскопической оценки при сочетанной патологии матки у женщин в постменопаузальный период. Более высокую достоверность диагностики сочетанной патологии матки у больных в постменопаузальный период (97,3%) удалось достичь последовательным использованием различных методов, самостоятельное применение одной методики дает диагностические ошибки. Подтверждением высокой диагностической ценности данного алгоритма была высокая частота совпадением клинического и морфологического диагнозов. Кроме того, в алгоритм обследования больных данной группы, учитывая синхронность развития пролиферативных процессов, необходимо включать адекватное эндоскопическое обследование эндо- и экзоцервикса. Установленные особенности необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у этих пациенток.

Ключевые слова: сочетанная патология матки, постменопаузальный период, гистероскопия.

Endoscopic diagnostic of complex uterus pathologies in postmenopausal period V.A. Shamrai

Results of the spent researches testifies to high degree informative of hysteroscopic estimations at complex pathologies of uterus at women postmenopausal period. Higher reliability of diagnostics complex pathologies of uterus at patients postmenopausal managed to be reached age (97,3%) consecutive use of various methods, independent application of one technique gives diagnostic errors. High frequency coincidence of clinical and morphological diagnoses was acknowledgement of high diagnostic value of the given algorithm. Besides, in algorithm of inspection of patients of the given group, considering synchronism of development prolifative processes, it is necessary to include adequate endoscopic inspection endo- and exocervix. 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, hysteroscopia.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамьян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамьян. – М.: Медицина, 2008. – 320 с.
2. Аккер Л.В. Течение постовариктомиического синдрома в постменопаузальном периоде. Особенности метаболических изменений и их коррекция гормональной терапией / Л.В. Аккер // Акушерство и гинекология. – 2014. – № 5. – С. 34–38.
3. Афанасьева А.А. Гистероскопический контроль терапии гиперпластических процессов эндометрия в перименопаузе / А.А. Афанасьева // Проблемы пери- и постменопаузального периода. – М., 2006. – С. 6–7.
4. Беляков Н.А. Метаболический синдром у женщин / Н.А. Беляков. – 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 // Рос. вестник акушера-гинеколога. – 2009. – № 2. – С. 67–72.
7. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии: Руководство для врачей / Е.М. Вихляева. – М.: МИА, 2009. – 768 с.
8. Григорян О.Р. Терапия метаболического синдрома: коррекция углеводного обмена и артериальной гипертензии. Возможности коррекции метаболического синдрома у женщин в период постменопаузы / О.Р. Григорян // Справочник поликлинического врача. – 2006. – № 1. – С. 61–63.

Тактика вспомогательных репродуктивных технологий при сочетанных формах бесплодия с учетом возраста пациенток

М.М. Адамов

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что к информативным клинико-anamnestическим и гормональным факторам, определяющим исход цикла ВРТ у больных репродуктивного возраста с сочетанными формами бесплодия, относят: возраст больной, индекс массы тела, наличие трубно-перитонеального фактора бесплодия, уровень свободного тестостерона в крови, содержание прогестерона в крови на 20–22-й день менструального цикла, а также определение в фолликулярной жидкости яичников цитокинов. В исследовании показана роль возраста пациенток в оценке эффективности вспомогательных репродуктивных технологий.

Ключевые слова: бесплодие, возраст, вспомогательные репродуктивные технологии.

На сегодняшний день одним из направлений лечения бесплодия является применение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), частота наступления беременности и родов после которых составляют соответственно 29,1% и 21,5% (данные Европейского общества репродукции человека, 2011). Повышение эффективности ВРТ связано с исследованиями, направленными на изучение регуляторных механизмов репродуктивных процессов, прогнозирование их нарушений и определение подходов к коррекции. В этом плане одно из центральных мест занимает проблема иммунологической регуляции репродуктивной функции женщины. Известно, что иммунокомпетентные клетки (макрофаги, лимфоциты) и продуцируемые ими цитокины (интерлейкины, ростовые факторы, хемокины) принимают участие в механизмах фолликулогенеза, овуляции, формирования и функционирования желтого тела, циклических морфофункциональных изменений эндометрия, оплодотворении и имплантации [1–6].

Несмотря на значительное число научных публикаций по проблеме ВРТ, нельзя считать все вопросы полностью решенными, особенно в плане изучения возраста пациенток в оценке их эффективности.

Цель исследования: изучение роли возраста пациенток в оценке эффективности ВРТ при сочетанных формах бесплодия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной задачи были обследованы 70 женщин репродуктивного возраста, которые составили следующие группы: основную (n=30), сравнения (n=30) и контрольную (n=10). Исследование проводили на базе клиники репродуктологии «Вера» (г. Симферополь).

Критериями включения в основную группу:

- возраст 25–38 лет;
- бесплодие (эндокринное, трубно-перитонеальное, сочетанное);
- программа ВРТ;
- стимуляция яичников препаратами гонадотропинов;
- наступление беременности после настоящей программы ВРТ (визуализация плодного яйца при ультразвуковом исследовании через 3 нед после переноса эмбрионов).

Критерии включения в группу сравнения:

- возраст 25–38 лет;
- бесплодие (эндокринное, трубно-перитонеальное, сочетанное);
- программа ВРТ;
- отсутствие беременности после данной программы ВРТ.

Критерии включения в контрольную группу:

- возраст 25–32 года;
- наличие в анамнезе беременности, закончившейся родами.

Контрольную группу составили пациентки, принимающие участие в программе «Донорство ооцитов».

Критерии исключения для основной группы и группы сравнения:

- гипер- и гипогонадотропная овариальная недостаточность;
- удаление одного или обоих яичников в анамнезе;
- тяжелые степени астено-тератозооспермии, азооспермия;
- единственная причина бесплодия – мужской фактор;
- ожирение II–III степени.

В комплекс проведенных исследований были включены клинические, эхографические, эндокринологические, морфологические, статистические и иммунологические, которые включали определение уровня цитокинов в фолликулярной жидкости методом мультиплексного анализа белков (MCP-1 (моноцитарного хемотаксического протеина 1), MIP-1 α , MIP-1 β , RANTES, эотаксина, IP-10 (интерферон-индуцируемого протеина 10), IL-8, фракталкина, TNF α , IL-1 β , IL-2, IL-5, IL-6, IL-7, IL-9, IL-12, IL-13, IL-15, IL-10, IL-1ra) и определение методом PCR в биоптатах эндометрия экспрессии мРНК хемокинов (MCP-1, MIP-1 α , MIP-1 β , RANTES, эотаксина, IP-10, IL-8, фракталкина) и их рецепторов (CXCR1, 2, 3, 4; CX3CR1; CCR1, 3, 4, 5, 7).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст женщин в основной группе составил 32,2 \pm 4,3 года, длительность бесплодия – 6,2 \pm 3,7 года. 46,7% больных данной группы имели в прошлом беременности (13,3% – роды, 30,0% – искусственные аборты, 3,3% – самопроизвольные аборты, 3,3% – неразвивающиеся беременность). В структуре сопутствующей гинекологической заболеваемости у пациенток основной группы выявлены: хрони-

ческий сальпингофорит (36,7%), лейомиома матки (10,0%), наружный генитальный эндометриоз I–II степени тяжести (23,3%), аденомиоз (6,7%). В анамнезе 36,7% пациенток основной группы перенесли диагностическую и/или операционную лапароскопию, 26,7% – диагностическую и/или операционную гистероскопию.

Средний возраст женщин в группе сравнения составил $33,7 \pm 4,2$ года, длительность бесплодия – $5,7 \pm 3,2$ года. 63,3% больных данной группы в прошлом имели беременность (26,7% – срочные роды, 16,7% – эктопическую беременность, 43,3% – искусственный аборт, 6,7% – самопроизвольный аборт, 16,7% – неразвивающуюся беременность). В структуре сопутствующей гинекологической заболеваемости у пациенток группы сравнения выявлены: хронический сальпингофорит (56,7%), лейомиома матки (16,7%), наружный генитальный эндометриоз I–II степени тяжести (26,7%), аденомиоз (13,3%). 46,7% пациенток группы сравнения перенесли в анамнезе диагностическую и/или операционную лапароскопию, 56,7% – диагностическую и/или операционную гистероскопию.

Контрольную группу составили здоровые женщины, принявшие участие в программе «Донорство ооцитов». Все они состояли в браке, в анамнезе имели роды, закончившиеся рождением здорового ребенка. Средний возраст пациенток составил $29,7 \pm 3,9$ года.

Полученные результаты свидетельствуют, что с увеличением возраста больных закономерно снижается количество растущих фолликулов ($R_c = -0,32$; $p < 0,05$); полученных во время пункции яичников ооцитов ($R_c = -0,33$; $p < 0,01$), в том числе зрелых ($R_c = -0,31$; $p < 0,05$). Это указывает на снижение активности процессов фолликуло- и оогенеза, частоты наступления беременности с увеличением возраста женщин. Данные процессы обусловлены морфофункциональными изменениями яичников у женщин старшего возраста, снижением их овариального резерва, увеличением частоты анеуплоидии ооцитов, что может явиться одной из причин низкой частоты имплантации. Кроме физиологического увеличения частоты элиминации примордиальных фолликулов в старшем репродуктивном возрасте, факторами, приводящими к снижению эффективности гонадотропной стимуляции яичников у обследованных больных, могли являться сопутствующие гинекологические заболевания (хронический сальпингофорит, наружный генитальный эндометриоз), перенесенные оперативные вмешательства на органах репродуктивной системы.

Одним из механизмов нарушения фолликуло- и оогенеза является изменение цитокиновой регуляции этих процессов. С увеличением возраста пациенток происходит увеличение содержания в фолликулярной жидкости яичников провоспалительных цитокинов: IL-1ra, IL-7, IL-9, G-CSF и PDGF BB. Возможно, что увеличение содержания провоспалительных цитокинов оказывает негативное влияние на гранулёзные клетки, комплекс ооцит-кумулюс, качество ооцита и является одним из механизмов снижения эффективности циклов ЭКО. Это свидетельствует об уменьшении овариального резерва, ассоциированное с возрастом женщины, что сопровождается активацией апоптоза гранулёзных клеток фолликула. Выявленное усиление экспрессии тромбоцитарного фактора роста в яичнике может быть обусловлено активацией синтеза провоспалительных цитокинов. С увеличением возраста больных наблюдалось достоверное снижение толщины эндометрия во время переноса эмбрионов ($R_c = -0,33$; $p < 0,05$). Это может быть обусловлено как увеличением частоты переноса эмбрионов на третий день развития, так и возрастными морфофункциональными изменениями эндометрия. С увеличением возраста больных изменяется чувствительность эндометрия к хемокинам, что проявлялось в увеличении в нем экспрессии рецептора хемокинов CCR1 и снижении рецептора CCR3 (таблица).

Корреляционная зависимость содержания цитокинов в фолликулярной жидкости яичников и экспрессии рецепторов хемокинов в эндометрии от возраста больных с бесплодием

Возраст больных	Цитокин (фолликулярная жидкость)	Rc	P
	IL-1ra	0,31	<0,01
	IL-7	0,33	<0,01
	IL-9	0,28	<0,05
	G-CSF	0,33	<0,01
	PDGF-BB	0,41	<0,01
	CCR1	0,41	<0,05
	CCR3	-0,42	<0,05

три к хемокинам, что проявлялось в увеличении в нем экспрессии рецептора хемокинов CCR1 и снижении рецептора CCR3 (таблица).

С помощью корреляционного анализа определено, что количество растущих при гонадотропной стимуляции фолликулов имеет достоверную прямую корреляционную зависимость от содержания в фолликулярной жидкости цитокинов: IL-10 ($R_c = 0,31$; $p < 0,05$), IFN γ ($R_c = 0,32$; $p < 0,05$), MIP-1 β ($R_c = 0,32$; $p < 0,05$), RANTES ($R_c = 0,38$; $p < 0,01$) и TNF α ($R_c = 0,27$; $p < 0,05$). Выявлено, что имеется прямая корреляционная зависимость между количеством ооцитов, полученных при пункции яичников, и содержанием в них цитокинов IL-10, IFN γ , GM-CSF, MIP-1 β , RANTES и TNF α . У больных с отрицательным результатом цикла ВРТ уровень IL-13 в фолликулярной жидкости яичников во время стимуляции в 2 раза выше такового у больных с наступившей после ВРТ беременностью.

С помощью корреляционного анализа была выявлена достоверная взаимосвязь между уровнями цитокинов в фолликулярной жидкости. Так, содержание IL-10 коррелировало с концентрацией IL-6 ($R_c = 0,76$; $p < 0,0001$), эотаксина ($R_c = 0,62$, $p < 0,0001$), MCP-1 ($R_c = 0,62$, $p < 0,0001$) и G-CSF ($R_c = 0,56$; $p < 0,0001$), а содержание IL-2 – с GM-CSF ($R_c = 0,59$; $p < 0,0001$) и IL-15 ($R_c = 0,78$; $p < 0,0001$), что может свидетельствовать о сходных клеточных источниках синтеза указанных факторов в тканях яичника.

Полифункциональные цитокины IL-10, IL-4, IL-13 относят к цитокинам, характерным для так называемого Th-2 иммунного ответа, доминирующего при нормальном течении беременности. IL-10 и IL-4 обладают выраженным противовоспалительным эффектом, регуляторными свойствами в отношении цитотоксических и хелперных T-лимфоцитов, NK-клеток, В-лимфоцитов и дендритных клеток. IL-10 способен также ингибировать апоптоз клеток, индуцированный TNF α или IFN γ . IL-13 продуцируется преимущественно активированными T-клетками и является мощным модулятором активности моноцитов и В-клеток, не оказывая, в отличие от IL-4, прямого биологического влияния на T-клетки. Кроме этого, существуют данные о способности IL-13 оказывать ингибирующий эффект на продукцию других цитокинов, стимулирующих начало воспалительного процесса.

Возрастание продукции цитокинов, хемокинов и ростовых факторов в яичниках при их стимуляции, вероятно, обеспечивается высоким содержанием и актива-

цией в них ИКК. Кроме этого, секреция цитокинов обеспечивается гранулезными клетками растущих фолликулов. $TNF\alpha$, $IFN\gamma$, GM-CSF вовлечены в развитие и рост фолликула, сигнальное взаимодействие между ооцитом и окружающими его соматическими (гранулезными) клетками, баланс процессов пролиферации и апоптоза клеток фолликула, регулируют ангиогенез и синтез стероидных гормонов в яичнике. $TNF\alpha$ и $IFN\gamma$ через активацию проапоптотических Вах-белков, протеинкиназы С или каспаз могут индуцировать апоптоз клеток фолликула. Синтезируемые в яичниках хемокины (RANTES, эотаксин, MIP-1 β), обладая хемоаттрактивным эффектом, привлекают в ткани яичника и активируют ИКК, которые, в свою очередь, секретируют цитокины, хемокины и факторы роста, обеспечивая избыточность цитокиновой регуляции фолликулогенеза.

Изученные в исследовании цитокины могут регулировать процесс ангиогенеза в яичнике. Так, $TNF\alpha$ и GM-CSF, непосредственно или посредством индукции VEGF (сосудисто-эндотелиальный фактор роста), принимают участие в миграции, пролиферации эндотелиальных клеток, формировании капиллярных трубок и базальной мембраны. При этом $TNF\alpha$, IL-10 могут оказывать и антиангиогенный эффект.

Итак, стимуляция яичников гонадотропинами сопровождается ростом фолликулов, рекрутированием и активацией иммунокомпетентных клеток с индукцией противовоспалительных (IL-4, IL-10, IL-13), провоспалительных цитокинов ($IFN\gamma$; GM-CSF; $TNF\alpha$) и хемокинов (MIP-1 β ; RANTES), что, вероятно, необходимо для поддержания баланса апоптоза и пролиферации клеток гранулезы, регуляции ангиогенеза и стероидогенеза в яичниках.

Выявлена достоверная отрицательная корреляционная зависимость между качеством оплодотворения, частотой дробления эмбрионов с содержанием в фолликулярной жидкости цитокинов GM-CSF, $IFN\gamma$ и RANTES и положительная – между количеством перенесенных эмбрионов и содержанием в фолликулярной жидкости IL-15.

Полученные данные свидетельствуют о том, что усиление секреции в яичнике провоспалительных цитокинов может быть одним из механизмов неблагоприятного влияния стимуляции яичников гонадотропинами на ооцит. В настоящее время предполагается, что стимуляция яичников, ее режимы влияют на «качество» ооцита, потенции его к оплодотворению и темпы раннего развития эмбриона. Негативную роль могут играть высокие концентрации в крови эстрадиола, а также фармакологические препараты, использующиеся во время стимуляции яичников (гонадотропины, агонисты и антагонисты гонадотропин-рилизинг гормона), а также возраст пациенток. Полученные результаты подтвердили имеющиеся фундаментальные представления о том, что взаимодействие между ооцитом и соматическими клетками яичника являются критическим для нормального течения оогенеза, оплодотворения и раннего развития эмбриона, особенно у пациенток старшего возраста.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что к информативным клинико-анамнестическим и гормональным факторам, определяющим исход цикла ВРТ у больных репродуктивного возраста с сочетанными формами бесплодия, относят: возраст больной; индекс массы тела; наличие трубно-перитонеально-

го фактора бесплодия; уровень свободного тестостерона в крови; содержание прогестерона в крови на 20–22-й день менструального цикла, а также определение в фолликулярной жидкости яичников цитокинов. Была показана роль возраста пациенток в оценке эффективности вспомогательных репродуктивных технологий.

Тактика допоміжних репродуктивних технологій при поєднаних формах безпліддя з урахуванням віку пацієнток

М.М. Адамов

Результати проведених досліджень свідчать, що до інформативних клініко-анамнестичних і гормональних чинників, що визначають результат циклу ДРТ у хворих репродуктивного віку з поєднаними формами безпліддя відносять: вік пацієнтки; індекс маси тіла; наявність трубно-перитонеального чинника безпліддя; рівень вільного тестостерону в крові; вміст прогестерону в крові на 20–22-й день менструального циклу, а також визначення у фолікулярній рідині яєчників цитокінів. У дослідженні показана роль віку пацієнток в оцінці ефективності допоміжних репродуктивних технологій.

Ключові слова: безпліддя, вік, допоміжні репродуктивні технології.

Tactics of auxiliary reproductive technologies at combined barrenness forms taking into account age of patients

M. M. Adamov

Results of the spent researches testify that to informative clinical-anamnestic and to the hormonal factors defining an outcome of cycle ART at patients of reproductive age with combined forms of barrenness, carry: age of the patient; an index of weight of a body; presence tube-peritoneal barrenness factor; level of free testosterone in blood; the progesterone maintenance in blood for 20–22 day menstrual cycle, and also definition in a follicular liquid ovariums cytoines. By us the role of age of patients in an estimation of efficiency of auxiliary reproductive technologies is shown.

Key words: barrenness, age, auxiliary reproductive technologies.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вовк І.Б. Корекція гормональних порушень при поєднаних формах неплідності / І.Б. Вовк, А.Г. Корнацька // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – № 4. – С. 147–149.
2. Юзько О.М. Лапароскопія в діагностиці та лікуванні жіночої безплідності / О.М. Юзько, Т.А. Юзько // Клініч. анатомія та оперативна хірургія. – 2005. – № 2. – С. 35–36.
3. Anate M. Anovulatory infertility: a report of four cases and literature review / M. Anate, A.W. Olatinwo // Niger. J. Med. – 2010. – Vol. 10, № 2. – P. 85–90.
4. Дубоссарская З.М. Эндокринное бесплодие у женщин: патофизиологические механизмы и подходы к лечению / З.М. Дубоссарская // Лікування та діагностика. – 2006. – № 1. – С. 39–45.
5. Корнацька А.Г. Місцевий гуморальний імунітет у жінок з поєднаними формами неплідності / А.Г. Корнацька // Лікар. справа. – 2008. – № 4. – С. 82–84.
6. Основы репродуктивной медицины: Практ. руководство / Под ред. В.К. Чайки. – Донецк: Альматео, 2011. – С. 275–321.

Тиреоидные нарушения как фактор риска развития бесплодия у женщин

Д.Ю. Берая

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у пациенток с бесплодием распространенность тиреоидной патологии в 3,8 раза выше по сравнению с фертильными женщинами (48% и 12,5%). В структуре патологии щитовидной железы (ЩЖ) преобладает носительство антител к тиреопероксидазе в сочетании с ультразвуковыми признаками аутоиммунного тиреоидита (24,0% и 8,7%); субклинический гипотиреоз (8,6% и 2,5%) и эутиреоидный зоб (7,8% и 2,5%). Результаты анкетирования, проведенного у женщин с бесплодием, продемонстрировали низкую диагностическую ценность клинической симптоматики гипотиреоза по сравнению с лабораторной диагностикой в верификации данного диагноза. Чувствительность симптомов была невысокой и колебалась от 16,1% до 27,8%, в то время, как специфичность симптомов была значительной и варьировала от 85,1% до 94,5%. Ведущее место в структуре причин бесплодия у женщин с аутоиммунным тиреоидитом занимает наружный генитальный эндометриоз (34,4%); у пациенток с гипотиреозом – эндокринное бесплодие (29,8%), у женщин с эутиреоидным зобом и без патологии ЩЖ – трубно-перитонеальный фактор бесплодия (33,3% и 39,8% соответственно). Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: бесплодие, тиреоидная патология.

Проблема взаимосвязи нарушений репродуктивной функции и патологии щитовидной железы (ЩЖ) активно обсуждается в научной литературе. С одной стороны, это обусловлено высокой распространенностью бесплодия в браке (до 15–17%), которая, несмотря на современные достижения в области репродукции человека, не имеет тенденции к снижению [1–5]. С другой стороны, заболевания ЩЖ занимают первое место в структуре эндокринной патологии у женщин репродуктивного возраста [2, 3]. Аутоиммунные заболевания ЩЖ (АЗЩЖ), болезнь Грейвса (БГ), протекающая с тиреотоксикозом, и тиреоидит Хашимото, являющийся основной причиной развития гипотиреоза, встречаются примерно у 5% населения земного шара и могут приводить к развитию патологии в репродуктивной системе женщин чаще всего в виде нарушений менструальной функции, бесплодия, гормонозависимых опухолей, а в случае субклинического течения могут рассматриваться как факторы риска невынашивания беременности или аномалий развития плода [4, 5].

Совершенствование программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) позволило увеличить частоту наступления беременности от 30 до 80% при бесплодии различного генеза [2, 4]. Течение ранних сроков индуцированной беременности (ИБ) происходит на фоне высоких нефизиологических концентраций стероидных гормонов, вырабатываемых гиперстимулированными яичниками, и сопровождается повышенной частотой осложнений (синдрома гиперстимуляции яичников, многоплодия, ранних репродуктивных потерь) [1–5]. Выраженная гормональная нагрузка может неблагоприятно отразиться на функции ЩЖ, особенно у женщин с тиреоидной патологией.

Цель исследования: изучение частоты и структуры тиреоидных нарушений у женщин с бесплодием.

МАТЕРИАЛЫ МЕТОДЫ

Для решения поставленной была проведена скрининговая оценка патологии ЩЖ была произведена у 298 женщин с бесплодием (основная группа) и у 50 фертильных женщин, обратившихся в клинику для подбора метода контрацепции (контрольная группа). Отбор больных осуществляли открытым когортным методом по мере обращения пациенток с бесплодием в отделение сохранения и восстановления репродуктивной функции. Анкетирование проведено у 205 женщин с бесплодием.

Обследование пациенток с бесплодием проводилось в соответствии с общепринятым диагностическим алгоритмом, включая эндоскопические методы, а лечение – в зависимости от выявленных причин бесплодия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что распространенность тиреоидной патологии у женщин с бесплодием была в 3,8 раза выше по сравнению с фертильными женщинами (48,0% и 12,5% соответственно, $p < 0,05$). В структуре тиреоидной патологии при бесплодии преобладало носительство антител к тиреопероксидазе (АТ-ТПО) в сочетании с эхо-признаками аутоиммунного тиреоидита (АИТ) (24,0%); гипотиреоз в исходе АИТ (9,4%), в том числе манифестный (0,8%) и субклинический (8,6%), эутиреоидный зоб (7,8%), тогда как доля пациенток с бесплодием и тиреотоксикозом была невысокой (0,6%).

Оценка состояния репродуктивной системы у женщин с бесплодием в зависимости от выявленной патологии ЩЖ показала, что ведущее место в структуре причин бесплодия у женщин с АИТ занимал наружный генитальный эндометриоз (НГЭ) – 34,4%, у женщин с выявленным гипотиреозом – эндокринный фактор бесплодия (29,8%), у пациенток с компенсированным гипотиреозом – НГЭ (26,6%), у женщин с эутиреоидным зобом и у пациенток без патологии ЩЖ – трубно-перитонеальный фактор (33,3% и 39,8%, соответственно).

Полученные данные в целом совпадают с результатами эпидемиологических исследований, свидетельствующих о повышенной распространенности АЗЩЖ у пациенток с бесплодием по сравнению с фертильными женщинами с

установленным риском 2,1 ($p < 0,0001$), а также о сильной связи между АИТ и эндометриозом, как причины бесплодия, и тесной ассоциации эндокринного бесплодия и гипотиреоза. Высокая частота встречаемости эутиреоидного зоба у женщин с бесплодием свидетельствует о необходимости проведения индивидуальной йодной профилактики всем женщинам с бесплодием.

Результаты анкетирования 205 женщин с бесплодием свидетельствуют о низкой диагностической ценности оценки клинической симптоматики гипотиреоза по сравнению с лабораторной диагностикой у женщин с бесплодием. Поскольку чувствительность симптомов была невысокой (16,1–27,8%), а их специфичность была значительной (85,1–94,5%), был сделан вывод, что отсутствие симптомов с большей вероятностью свидетельствует об отсутствии гипотиреоза, чем наличие симптомов о его наличии. В клинической практике следует избегать гиперболизации значения клинической симптоматики в диагностике нарушений функции ЩЖ, отдавая решающую роль лабораторной диагностике.

Вопрос о роли нарушений функции ЩЖ в развитии нарушений менструального цикла не решен до настоящего времени. По данным проведенного исследования, те или иные нарушения продолжительности менструального цикла у женщин с гипотиреозом отмечали в 2,7 раза чаще, чем у пациенток без патологии ЩЖ (34% и 12,5% соответственно, $p < 0,05$), причем в структуре нарушений доминировала олигоменорея (25,5% и 9,4%, $p < 0,05$), что скорее можно объяснить тесной ассоциацией гипотиреоза с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ), чем гипотиреозом как основной причиной развития олигоменореи. Тем не менее, оба этих состояния оказывают суммарный негативный эффект на прогноз наступления и течения беременности. Высокая частота дисменореи среди пациенток с АИТ по сравнению с контролем (26,9% и 12,5%, $p < 0,05$) была обусловлена, вероятно, тесной ассоциацией АИТ и генитального эндометриоза.

Результаты оценки репродуктивного анамнеза у женщин с вторичным бесплодием показали, что для пациенток с аутоиммунными тиреопатиями характерна высокая частота невынашивания беременности, превышающая аналогичные показатели в контрольной группе в 2,0–2,4 раза.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у пациенток с бесплодием распространенность тиреоидной патологии в 3,8 раза выше по сравнению с фертильными женщинами (48% и 12,5% соответственно, $p < 0,05$). В структуре патологии щитовидной железы (ЩЖ) преобладает носительство АТ-ТПО в сочетании с ультразвуковыми признаками АИТ (24% и 8,7%, $p < 0,05$); субклинический гипотиреоз в исходе АИТ (8,6% и 2,5%, $p < 0,05$); эутиреоидный зоб (7,8% и 2,5%, $p < 0,05$). Результаты анкетирования, проведенного у женщин с бесплодием, продемонстрировали низкую диагностическую ценность клинической симптоматики гипотиреоза по сравнению с лабораторной диагностикой в верификации данного диагноза. Чувствительность симптомов была невысокой и колебалась от 16,1% до 27,8%, в то время как специ-

фичность симптомов была значительной и варьировала от 85,1% до 94,5%. Ведущее место в структуре причин бесплодия у женщин с АИТ занимает НГЭ (34,4%); у пациенток с гипотиреозом – эндокринное бесплодие (29,8%), у женщин с эутиреоидным зобом и без патологии ЩЖ – трубно-перитонеальный фактор бесплодия (33,3% и 39,8% соответственно). Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Тиреоїдні порушення як фактор ризику безпліддя у жінок

Д.Ю. Берая

Результати проведених досліджень свідчать, що у пацієнток з безпліддям рівень тиреоїдної патології в 3,8 рази вище у порівнянні з фертильними жінками (48% і 12,5% відповідно). У структурі патології щитоподібної залози (ЩЗ) переважає носійство антитіл до тиреопероксидази у поєднанні з ультразвуковими ознаками аутоімунного тиреоїдиту (24% і 8,7% відповідно); субклінічний гіпотиреоз (8,6% і 2,5%) та еутиреоїдний зоб (7,8% і 2,5%). Результати анкетування, проведеного у жінок з безпліддям, продемонстрували низьку діагностичну цінність клінічної симптоматики гіпотиреозу у порівнянні з лабораторною діагностикою у верифікації даного діагнозу. Інформативність симптомів була невисокою в межах від 16,1% до 27,8%, у той час як специфічність симптомів була значною в межах від 85,1% до 94,5%. Провідне місце у структурі причин безпліддя у жінок з аутоімунним тиреоїдитом займає зовнішній генітальний ендометріоз (34,4%); у пацієнток з гіпотиреозом – ендокринне безпліддя (29,8%), у жінок з еутиреоїдним зобом та без патології ЩЗ – трубно-перитонеальне безпліддя (33,3% і 39,8% відповідно). Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: безпліддя, тиреоїдна патологія.

Thyreoidal infringements as risks factor at women with barreness

D.J. Beraja

Results of the spent researches testify, that at patients with barreness prevalence thyreoidal pathologies in 3,8 times above in comparison with fertility women (48% and 12,5%). In structure of a pathology of a thyroid gland prevails carrier of antibodies to thyreoperoxidase in a combination to ultrasonic signs autoimmune thyreoidite (24% and 8,7%); subclinical hypothyreos (8,6% and 2,5%) and euthyreoidal craw (7,8% and 2,5%). Results of the questioning spent at women with barreness, have shown low diagnostic value of clinical semiology of hypothyreos in comparison with laboratory diagnostics in verification of the given diagnosis. Sensitivity of symptoms was low and fluctuated from 16,1% to 27,8% while specificity of symptoms was considerable and varied from 85,1% to 94,5%. The leading place in structure of the reasons of barreness at women with autoimmune thyreoidite occupies external genital endometriosis (34,4%); At patients with hypothyreos – endocrinological barreness (29,8%), at women with euthyreoidal craw and without a thyroid gland pathology – tube-peritoneal barreness factor (33,3% and 39,8%). The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: barreness, thyreoidal pathology.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Йена С.С.К. Репродуктивная эндокринология. Т.2: Пер. с англ. / С.С.К. Йена, Р.Б. Джаффе. – М.: Медицина, 2008. – 432 с.
2. Каширова Т.В. Менструальная и репродуктивная функция женщин с гипертиреозом / Т.В. Каширова // Материалы XV международной конференции РАРЧ «Репродуктивные технологии: сегодня и завтра». – Чебоксары, 2005. – С. 69–70.
3. Перминова С.Г. Нарушения репродуктивной функции у женщин с патологией щитовидной железы / С.Г. Перминова; под ред. В.И. Кулакова // Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению. – М., 2005. – С. 231–246.
4. Петров В.Н. Состояние репродуктивной системы у женщин с гиперплазией щитовидной железы / В.Н. Петров, С.В. Петрова, Е.В. Пятибратова // Новые горизонты гинекологической эндокринологии. – М., 2010. – С. 52–56.
5. Фадеев В.В. Репродуктивная функция женщин с патологией щитовидной железы / В.В. Фадеев // Проблемы репродукции. – 2006. – № 1. – С. 70–77.

УДК 618.17-02:618.14-007.66

Роль различных вариантов аномалий развития матки в генезе преждевременного прерывания беременности

Ю.С. Волина-СтаخورнаМедицинский институт Сумского государственного университета
МОН Украины

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, фон для которого не только аномалии как таковые, но и сопутствующие гинекологические заболевания. Полученные результаты диктуют необходимость дальнейшего изучения данной проблемы, особенно в аспекте улучшения перинатальных исходов родоразрешения.

Ключевые слова: аномалии развития матки, осложнения беременности.

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

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

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

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

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

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

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Рассматривая особенности течения беременности у женщин с аномалиями развития матки в зависимости от типа порока матки все пациентки были разделены на 5 подгрупп в зависимости от типа порока развития матки:

- подгруппа седловидной матки 1.1 – 44 (29,3%) женщины;
- подгруппа двурогой матки 1.2 – 56 (37,3%) женщин (среди них слияние рогов матки в верхней трети у 14, в средней трети – у 31, в нижней трети – у 11 пациенток);
- подгруппа удвоения матки 1.3 – 18 (12,0%) женщин;
- подгруппа внутриматочной перегородки 1.4 – 17 (11,3%) женщин (из них у 3 пациенток была полная перегородка матки, у 14 – неполная);
- подгруппа однорогой матки 1.5 – 15 (10,0%) женщин.

Кроме того, подгруппа двурогой матки 1.2 была разделена на три, в зависимости от уровня слияния рогов матки: в верхней – 1.2.1, средней – 1.2.2 и нижней трети – 1.2.3.

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

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

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

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

Случаев ЗРП II и III степени в группе контроля не отмечено, а в основной группе ЗРП III степени диагностирована только в двух случаях в подгруппе седловидной матки. При этом в одном случае ЗРП сформировалась на фоне тяжелой преэклампсии, а в другом – при отягощенной акушерском анамнезе (длительное бесплодие и привычное невынашивание в анамнезе). В подгруппах женщин с внутриматочной перегородкой, двурогой маткой со слиянием рогов в верхней и нижней трети ЗРП II и III степени не диагностирована. ЗРП II степени была отмечена в подгруппе женщин с двурогой маткой со слиянием маточных рогов в средней трети, а также в подгруппах седловидной, однорогой матки и удвоения матки. При этом, если в подгруппах женщин с однорогой маткой и удвоением матки большинство пациенток, у которых сформировалась ЗРП II степени (10 случаев – 6,7%), были первобеременными и отставание темпов роста плода преимущественно связано с анатомическими особенностями матки, то в подгруппе женщин с седловидной маткой и двурогой матки со слиянием в средней трети формирование ЗРП II степени проходило на фоне тяжелой преэклампсии (у 4 из 6 женщин), у одной пациентки – на фоне преэклампсии средней степени тяжести, а у другой – при привычном невынашивании в анамнезе.

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

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

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

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

ВЫВОДЫ

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

Роль різних варіантів аномалій розвитку матки у генезі передчасного переривання вагітності Ю.С. Воліна-Стагорна

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

Ключові слова: аномалії розвитку матки, ускладнення вагітності.

Role of various variants of anomalies of development of uterus in genesis of premature interruption of pregnancy Ju.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. Адамьян Л.И. Оперативная гинекология детей и подростков / Л.И. Адамьян, Е.Д. Богданова. – М.: Элком, 2009. – 208 с.
2. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков / Е.А. Богданова. – М.: Медицинское информационное агентство, 2010. – 332 с.
3. Коколина В.Ф. Гинекология детского возраста / В.Ф. Коколина. – М.: Медпрактика-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 618.17/5-036.1-02:618.13-089

Сучасна тактика органозберігальних операцій на органах малого таза

Г.В. Колесник

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

Результати дослідження свідчать, що жінки, прооперовані з приводу різної генітальної патології в обсязі органозберігальних операцій, складають групу високого ризику щодо ефективності відновлення репродуктивної функції, а у подальшому і значної частоти перинатальної патології. На нашу думку, необхідно розробити поетапний підхід до ведення таких жінок, починаючи з якості оперативного втручання і закінчуючи тактикою ведення вагітності і пологів. Саме такий підхід дозволить знизити частоту репродуктивної та перинатальної патології у жінок групи високого ризику

Ключові слова: безпліддя, операції на органах малого таза, репродуктивне здоров'я.

Проблема поєднаної патології статевих органів є однією з найбільш актуальних у сучасній гінекології, що зумовлено тим фактом, що вона є одною з провідних причин порушень репродуктивної функції жінок, а в спеціалізованих ендоскопічних клініках виходить на перше місце через різні показання до оперативних втручань. Частота поєднаної патології статевих органів серед жінок репродуктивного віку становить від 30% до 60%, а частота жіночої безплідності при даній патології досягає 80% [1, 2].

На сьогодні проблема дисфункції яєчників з порушенням оваріального резерву (ОР) є досить актуальною, оскільки вона зустрічається при різних варіантах генітальної патології, а від якості проведеної корекції залежить необхідність використання допоміжних репродуктивних технологій [3, 4]. Достатньо дискусійним залишається і питання впливу різних оперативних втручань на органах малого таза на функціональний стан яєчників, у тому числі і ОР [5, 6].

У разі оперативного лікування жіночого безпліддя органозберігальні операції займають провідне місце [7, 8]. Незважаючи на значне число наукових публікацій у даному напрямку, не можна вважати проблему репродуктивного здоров'я жінок після органозберігальних операцій на органах малого таза повністю вирішеною, особливо у плані інформативної оцінки стану яєчників, у тому числі і ОР, використання різних методів електрохірургії, тактики відновлення репродуктивної функції, а також профілактики перинатальної патології при майбутній вагітності.

Усе наведене вище свідчить про актуальність наукової проблеми, що вивчається, вирішення якої дозволить підвищити ефективність відновлення репродуктивної функції, а також профілактики перинатальної патології.

Мета дослідження: підвищення ефективності лікування безпліддя та профілактики перинатальної патології у жінок з порушенням репродуктивної функції внаслідок дисфункції яєчників на фоні різної генітальної захворюваності на основі удосконалення і впровадження алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів з використанням сучасних ендоскопічних та репродуктивних технологій.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети і завдань дослідження були проведені у два етапи.

На першому етапі було вивчено функціональний стан репродуктивної системи у 316 пацієнток з жіночим безпліддям (1 група), що перенесли органозберігальні операції на органах малого таза. Цих пацієнток було розподілено на 4 підгрупи з урахуванням варіанта наявної патології:

- 1.1 – 86 жінки з доброякісною патологією яєчників;
- 1.2 – 82 пацієнтки з доброякісною патологією матки;
- 1.3 – 78 жінок з трубно-перитонеальним чинником безпліддя;
- 1.4 – 70 пацієнток з поєднаною патологією органів малого таза.

На другому етапі було проведено оцінювання клінічного перебігу вагітності і пологів в 129 (40,8%) з 316 пацієнток, прооперованих на першому етапі, які були також розподілені на 4 підгрупи:

- 2.1 – 32 вагітні жінки з доброякісною патологією яєчників в анамнезі;
- 2.2 – 31 вагітна жінка з доброякісною патологією матки в анамнезі;
- 2.3 – 34 вагітних жінки з трубно-перитонеальним чинником безпліддя в анамнезі;
- 2.4 – 32 вагітних жінки з поєднаною патологією органів малого таза в анамнезі.

У комплексі проведених досліджень були включені клінічні, ендоскопічні, ехографічні, доплерометричні, ендокринологічні, морфологічні та статистичні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз даних сучасної літератури свідчить, що недостатня ефективність діагностики та лікування безпліддя у жінок з дисфункцією яєчників на фоні різної генітальної патології пов'язана з відсутністю науково обґрунтованих рекомендацій щодо можливостей застосування сучасних ендоскопічних та репродуктивних технологій у цих жінок [1–8].

Результати проведених досліджень свідчать, що порушення репродуктивної функції у жінок з оваріальною дисфункцією відбуваються у 27,2% на фоні доброякісної патології яєчників; у 25,9% – при різній патології матки; у 24,7% – на фоні трубно-перитонеального безпліддя та у 22,2% – при спайковому процесі внаслідок поєднаної патології органів малого таза.

Органозберігальні операції на органах малого таза негативно впливають на стан оваріального резерву при різній генітальній патології, що проявляється зниженням вмісту антимюллерова гормона (АМГ) через 6 міс після операції при патології яєчників на 86,0%; при патології матки – на 59,0%; при трубно-перитонеальному чиннику – на 71,6% та при спайковому процесі – на 72,2%.

У порівняльному аспекті через 6 міс після операції стан оваріального резерву (вміст АМГ) краще після лапароскопічного оперативного втручання у порівнянні

з лапаротомічним на 23,2%; після використання біполярної електрохірургії у порівнянні з монополярною – на 18,5%.

Через 6 міс після органозберігальних операцій на органах малого таза знижується фолікулярний пул яєчників у жінок з патологією яєчників на 38,7%; при патології матки – на 32,3%; при трубно-перитонеальному чиннику – на 28,7% та при спайковому процесі на фоні поєднаної патології статевих органів – на 56,2%.

Органозберігальні хірургічні втручання на органах малого таза у пацієнок репродуктивного віку незалежно від нозології протягом 6 міс викликають значні зменшення об'єму матки і обох яєчників, а також призводять до збільшення судинного опору і порушення колатеральної мережі на периферії яєчників із зменшенням об'єму периферичної тканини в 1,5 разу.

У разі порівняння різних варіантів оперативних втручань стан фолікулярного пулу (за результатами УЗД) більше після лапароскопічного оперативного втручання у порівнянні з лапаротомічним – на 33,7%; після використання біполярної електрохірургії у порівнянні з монополярною – на 25,3%.

Ефективність проведеного оперативного втручання з подальшою реабілітацією репродуктивної функції складає 33,0%, при цьому частота використання ДРТ досягає 53,6%. При різній патології отримані наступні результати:

- у жінок з патологією яєчників вагітність настала у 31,4% пацієнок, а рівень вживання ДРТ склав 56,3%;
- при патології матки – 32,3 та 48,4% відповідно;
- при трубно-перитонеальному чинникові – 35,4 та 55,9% відповідно;
- за наявності спайкового процесу на фоні поєднаної патології – 29,3 та 81,8% відповідно.

Частота акушерських та перинатальних ускладнень залежить від причин порушень репродуктивної функції та функціонального стану фетоплацентарного комплексу, при цьому найбільш високий рівень має місце у жінок з патологією матки та з поєднаною патологією статевих органів в анамнезі:

- плацентарна дисфункція – 54,8% і 62,5% у порівнянні з 23,6% у жінок з трубно-перитонеальним чинником;
- прееклампсія – 35,5% і 50,0% проти 11,8%;
- передчасні пологи – 3,2% і 3,1% у порівнянні з відсутністю;
- асфіксія новонароджених – 29,2% і 31,2% проти 17,6%;
- постгіпоксична енцефалопатія – 17,9% і 29,6% у порівнянні з 5,9%;
- реалізація внутрішньоутробного інфікування – 14,3% і 22,2% проти 5,9%;
- респіраторний дистрес-синдром – 17,9% і 29,6% у порівнянні з 5,9%;
- перинатальні втрати – 64,0% і 126,0% проти відсутності.

Для відновлення репродуктивної функції у жінок після органозберігальних операцій на органах малого таза, а також для профілактики у подальшому перинатальної патології необхідно використовувати поетапний комплексний підхід, віддаючи перевагу під час оперативного втручання лапароскопічному доступу з біполярною електрохірургією, допоміжним репродуктивним технологіям та корекції порушень функціонального стану фетоплацентарного комплексу з урахуванням причин жіночого безпліддя.

Для практичної охорони здоров'я можемо рекомендувати наступні моменти:

- пацієнткам репродуктивного віку, які планують органозберігальні оперативні втручання на органах малого таза і зацікавлені у збереженні репродуктивної функції, необхідно визначати біохімічні параметри функціонального стану яєчників і оваріального резерву у динаміці (до операції, через 6 і 12 міс після операції);
- для адекватної оцінки стану оваріального резерву у жінок репродуктивного віку до і після (6 і 12 міс) органозберігаючих оперативних втручань на органах малого таза необхідно включати в комплексне обстеження ехографічне дослідження з кольоровим доплерівським картирування внутрішньояєчничкового кровотоку в режимі енергетичного доплеру. Кольорове доплерівське картирування в режимі енергетичного доплеру з кількісним аналізом параметрів кровотоку в артеріях яєчників необхідно розглядати як інформативний метод комплексної оцінки оваріального резерву;
- у пацієнок репродуктивного віку, зацікавлених у збереженні і реалізації генеративної функції, вибір хірургічного доступу відіграє важливу роль у реабілітації функції яєчників. Використання лапароскопії з біполярною електрохірургією є більш щадним, незалежно від нозології, з позицій збереження оваріального резерву;
- для відновлення репродуктивної функції жінок після органозберігальних операцій на органах малого таза необхідне відновлення оваріального резерву і використання допоміжних репродуктивних технологій;
- для профілактики перинатальної патології у жінок після органозберігальних операцій на органах малого таза необхідно інформативна оцінка функціонального стану фетоплацентарного комплексу з подальшою корекцією, з врахуванням причин жіночого безпліддя.

ВИСНОВКИ

Результати дослідження свідчать, що жінки, прооперовані з приводу різної геніальної патології в обсязі органозберігальних операцій, складають групу високого ризику щодо ефективності відновлення репродуктивної функції, а у подальшому і значної частоти перинатальної патології. На нашу думку, необхідне розроблення поетапного підходу до ведення таких жінок, починаючи з якості оперативного втручання і закінчуючи тактикою ведення вагітності і пологів. Саме такий підхід дозволить знизити частоту репродуктивної та перинатальної патології у жінок групи високого ризику

Современная тактика органосохраняющих операций на органах малого таза А.В. Колесник

Результаты исследования свидетельствуют, что женщины, прооперированные по поводу различной генитальной патологии в объеме органосохраняющих операций, составляют группу высокого риска относительно эффективности восстановления репродуктивной функции, а в дальнейшем и значительной частоты перинатальной патологии. По на-

шему мнению, необходима разработка поэтапного подхода к ведению этих женщин, начиная с качества оперативного вмешательства и заканчивая тактикой ведения беременности и родов. Именно такой подход позволит снизить частоту репродуктивной и перинатальной патологии у женщин группы высокого риска.

Ключевые слова: бесплодие, операции на органах малого таза, репродуктивное здоровье.

Modern tactics of body-preservation operations on bodies of small basin G. V. Kolesnyk

Results of scientific works testify that women, operative concerning various genital pathologies in volume body-preservation operations, make group of high risk by efficiency of restoration of reproductive function, and in further and considerable frequency perinatal pathologies. On our opinion, working out of the stage-by-stage approach to conducting these women is necessary, since quality of operative intervention and finishing tactics of conducting pregnancy and labours. Such approach will allow to lower frequency reproductive and perinatal pathologies at women group high risk.

Key words: barrenness, operations on bodies of a small basin, reproductive health.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Корнацька А.Г. Клініко-діагностичні особливості патології щитоподібної залози і молочних залоз у жінок із безплідністю / А.Г. Корнацька, О.Д. Дубенко // Здоров'я жінчини: Всеукраїнський научно-практичний журнал. – 2009. – № 4. – С. 166–170.
2. Профілактика вродженої патології, спонтанних викиднів та безплідності в рамках надання первинної медико-санітарної допомоги: методичні рекомендації / [І.Б. Вовк, Н.Г. Гойда, О.В. Матюха, І.Б. Вовк]; Міністерство охорони здоров'я України, Націон. академія медич. наук України, Укрмедпатентінформ МОЗУ. – К.: Б.В., 2014. – 46 с.
3. Іванюта Л.І. Репродуктивне здоров'я і неплідність / Л.І. Іванюта // Мистецтво лікування. – 2014. – С. 26–30.
4. Чайка А.В. Оптимізація комплексного лікування трубно-перитонеального безпліддя із застосуванням системної та локальної імунорекції / А.В. Чайка, Е.Н. Носенко, Ф.А. Ханча // Проблеми, досягнення та перспективи розвитку медико-біологічних наук і практичної охорони здоров'я. Праці Кримського держ. мед. унів-ту ім. С.І. Георгіївського. – 2012. – Т. 142. – С. 211–215.
5. Чайка В.К. Нові підходи до проблеми трубно-перитонеальної безплідності / В.К. Чайка, А.В. Чайка, Ф.О. Ханча // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2013. – № 5. – С. 70–73.
6. Юзько О.М. Вплив плазмаферезу на імунологічні показники у жінок з безплідністю трубного походження при заплідненні in vitro / О.М. Юзько, О.В. Бакун // Репродуктивне здоров'я жінчини. – 2013. – № 1. – С. 194–197.
7. Коханевич Е.В. Генитальный эндометриоз и бесплодие: IVF или хирургия? / Е.В. Коханевич, И.А. Судома, В.П. Сильченко // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю Асоціації репродуктивної медицини України «Актуальні проблеми лікування безплідності» / Вісник акушерів-гінекологів України. – 1999. – № 2 (17). – С. 24–34.
8. Жук С.І. Нові етіологічні та патогенетичні аспекти передчасного зниження оваріального резерву / С.І. Жук, В.М. Воробей-Вихівська // Здоров'я жінчини. – 2014. – № 9. – С. 131–133.

УДК 618.177-089.888.11:616.43/.45-093/.098-058

Оценка эффективности повторных вспомогательных репродуктивных технологий у супружеских пар с эндокринологическими и микробиологическими нарушениями в анамнезе

И.Е. Пальга

Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П.Л. Шупика, г. Киев
Клиника репродуктологии «Альтернатива», г. Львов

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 вспомогательных репродуктивных технологий. 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 infertility супружеских пар приобретает сегодня не только медицинское, но и огромное социально-демографическое и экономическое значение [1–12]. По данным ВОЗ (WHO, 2013), 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, 2013).

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 роди-

лось более 2 млн детей. Однако несмотря на все достижения, частота развития беременности все еще остается сравнительно низкой и составляет 25–30% на цикл лечения, причем за последние 10 лет этот показатель значительно не изменился [1–12].

По всей видимости, это связано с большим числом разнообразных факторов, влияющих на репродуктивный процесс. Ряд авторов, разделяя мнение о влиянии мужского и женского факторов на зачатие и развитие эмбриона, обращают внимание, что сочетание этих составляющих может колебаться от 40% до 80% [1–12].

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 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

В настоящем исследовании представлены данные обследования 250 мужчин и женщин в возрасте от 24 до 46 лет ($35,1 \pm 4,3$), 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 обнаружился в 30% случаев, мужской – в 10% случаев, тогда как у большинства супружеских пар (60%) диагностировали комбинации сочетанных нарушений репродуктивной функции.

До начала цикла ВРТ проводили 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, назначали соответствующую терапию, которую проводили в объеме, необходимом для достижения saniрующего эффекта.

Все исследования выполняли в соответствии с Хельсинской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы научных и медицинских исследований с участием человека» с поправками 2010 года.

Лечебные мероприятия проводили в соответствии с нормативными документами, утвержденными Министерством здравоохранения Украины.

В контрольную группу ($n=76$) вошли практически здоровые мужчины и женщины аналогичного возраста, состоящие длительное время в браке и имеющие здоровых детей.

Для анализа содержания гормонов (тестостерона, лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), пролактина и эстрадиола) в сыворотке крови использовался метод иммуноферментного анализа.

Оценку состояния микробиоценоза урогенитального тракта осуществляли 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 обнаруживали различные нарушения сперматогенеза.

Так, анализ подвижности сперматозоидов выявил 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 отмечено 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, т.к. 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. В то же 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 лютеиновую фазу цикла были 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, отмечались 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 ($475,0 \pm 7,6$ и $710,2 \pm 10,5$ пмоль/л), 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 предположить, что более низкая концентрация прогестерона у женщин с бесплодием отражает, вероятно, 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.п.) 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.

Оцінювання ефективності повторних допоміжних репродуктивних технологій у подружніх пар з ендокринологічними та мікробіологічними порушеннями в анамнезі I. E. Palyga

Результати проведених ендокринологічних і мікробіологічних досліджень в подружніх парах свідчать про більш глибоке, ніж це прийнято вважати, порушення репродуктивної функції і чоловіків, і жінок, які були включені у програму допоміжних репродуктивних технологій. При цьому основними патогенетичними ланками порушення репродуктивної функції у представників подружніх пар є порушення нейроендокринної регуляції і мікробіоценозу сечостатевої системи. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму підвищення ефективності ДРТ.

Ключові слова: допоміжні репродуктивні технології, ефективність.

Estimation of efficiency of repeated auxiliary reproductive technologies at married couples with endocrinological and microbiological infringements in the anamnesis I. E. Palyga

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 mircobiocenose 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. – 2012. – № 3. – С. 6–15.
2. Артифевсов С.Б. Анализ структуры мужской infertility / С.Б. Артифевсов, А.А. Артифевсова, 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. – 2015. – № 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. – 2014. – № 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. – 2015. – № 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. – М.: МЕДпресс-информ, 2015. – 416 с.
12. Горюнов В.Г. Причины и признаки мужского бесплодия / В.Г. Горюнов, Б.Н. Жиборев, В.В. Евдокимов. – Рязань, 2013. – 238 с.

УДК 618.5-059:618.177-089.888.11

Перинатальные аспекты вспомогательных репродуктивных технологий

Я.А. Рубан

Национальная медицинская академия последиипломного 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. 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.

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 второго 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, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты – в 3 раза, преждевременной плаценты – в 1,8 раза, преждевременного излития околоплодных вод – в 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), это, 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 расстрой-

ствами у данной группы детей являлись задержка внутриутробного развития (29,3%), асфиксия при рождении (90,5%), неврологические изменения (53,6%). Церебральные нарушения в неонатальный период у детей после ЭКО диагностировались часто (53,7%), но большая их часть носила транзиторный характер и наблюдалась 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 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 одному случаю врожденного порока сердца (дефект межжелудочковой перегородки) и атрезии ануса. При многоплодии выявили по одному случаю атрезии двенадцатиперстной 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 аспекти допоміжних репродуктивних технологій Я.А. Рубан

Результати проведених досліджень свідчать, що допоміжні репродуктивні технології не сприяють збільшенню частоти природжених аномалій розвитку в плоді, а також зростанню рівня перинатальної захворюваності. Набагато велике значення має преморбідний фон подружніх пар, причини безпліддя, ефективність діагностики і лікування, а також варіант використання 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.

Perinatal aspects 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 perinatal diseases. Much more the great value has preomorbite background of married couples, the barrenness reasons, efficiency of diagnostics and treatment, and also a variant of used programs of auxiliary reproductive technologies. Presence twins pregnancy after auxiliary reproductive technologies raises risk of development of placental dysfunction and born arrest of development that negative impact on perinatal outcomes of delivery makes.

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

СПИСОК ЛІТЕРАТУРЫ

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 618.14-006.5-072.1-039

Особенности гистероскопического лечения полипов тела матки

Н.С. Волошинович

Буковинський державний медичний університет МОЗ України,
м. Чернівці

Отримані результати свідчать, що деформація порожнини матки, обумовлена наявністю міоматозного вузла, внутрішньоматкових синехій або як наслідок анатомічних особливостей, зустрічалася у кожній третій жінки як з поліпами тіла матки (29%), так і простою поліповидною гіперплазією ендометрія (30%). І жодна статистично значущих відмінностей між групами отримано не було, це питання вимагає подальшого вивчення. Гістероскопія є інвазивним і остаточним етапом верифікації наявності поліпів тіла матки і простої поліповидної гіперплазії ендометрію. Виявлення під час дослідження простої поліповидної гіперплазії ендометрія дозволило ідентифікувати ще на доморфологічному етапі і продемонструвало високу діагностичну специфічність цього макроскопічного маркера.

Ключові слова: *поліпи тіла матки, гістероскопія, діагностика, лікування.*

Поліпи тіла матки (ендометрія) (ПТМ) пильно вивчаються протягом тривалого часу, але все ще становлять велику медико-біологічну та соціально-економічну проблему [1, 2]. Дані про частоту виявлення ендометріальних поліпів достатньо суперечливі і остаточно невідомі, через асимптоматичний перебіг більшості з них [3, 4].

Незважаючи на розвиток нових діагностичних методик, на сьогодні відсутня єдина думка щодо причин виникнення ПТМ. Одні дослідники дотримуються запальної теорії їхнього походження [5, 6], інші пов'язують їх розвиток з гормональними порушеннями, зокрема гіперестрогенемією [7, 8], а деякі автори вважають виникнення ПТМ наслідком зміненої експресії естрогенових рецепторів (ER), що призводить до надмірного локального росту ендометрія у відповідь на циркулюючі естрогени [9].

Серед різних методів лікування ПТМ в останні роки багато авторів віддають перевагу сучасним ендоскопічним технологіям, однак не всі аспекти гістероскопічного лікування ПТМ повністю вирішені, особливо в плані тактики оперативного лікування [10].

Все вищевикладене є підставою для проведення нашого наукового дослідження.

Мета дослідження: вивчення сучасних аспектів гістероскопічного лікування поліпів тіла у аспекті збереження репродуктивної функції.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження було включено пацієнок віком від 18 до 35 років, які звернулися по консультативну допомогу з метою планування вагітності. Після вивчення анамнезу, проведення УЗД органів малого таза виділено 30 здорових жінок, які склали контрольну групу. Ця категорія жінок не мала гінекологічних захворювань, мимовільних, артифіційних абортів і внутрішньоматкових втручань в анамнезі та ніколи раніше не використовувала внутрішньоматкові методи контрацепції.

Всім пацієнткам із виявленими порушеннями репродуктивної функції (безпліддя, невиношування вагітності, ПТМ, встановленого за даними ехографічного дослідження), було проведено гістероскопію. Після аналізу гістероскопічних ознак і вивчення результатів патогістологічного дослідження обстежених розділили в дві групи: I групу склали 60 жінок, у яких ПТМ були виявлені під час гістероскопії та підтверджені гістологічно; у II групу увійшли 60 жінок з простою поліповидною гіперплазією ендометрія (ППГЕ), у яких поліпоподібні випинання, розміром 1-8 мм, були вперше знайдені при гістероскопії і не зафіксовані при раніше проведеному ехографічному дослідженні.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, ендоскопічні, лабораторні, морфологічні та статистичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В умовах стаціонару гістероскопію було проведено у 100 жінок з різними виявленими порушеннями репродуктивної функції (безпліддя, невиношування вагітності, ПЕ) на 7-9-й день МЦ, що також дозволило морфологічно верифікувати діагноз ХЕ.

У представниць I групи гістероскопічна діагностика ПЕ базувалася на виявленні двох характерних особливостей: органоїдність – наявність ніжки (тонкої основи) поліпа; мінливість – при зміні швидкості подачі рідини в порожнину матки змінюється форма поліпів: при підвищенні тиску вони сплющуються, збільшуються в діаметрі, а при зменшенні – витягуються, здійснюючи коливальні рухи.

Результати нашого дослідження показали, що ПЕ у жінок репродуктивного віку в 67% випадків були поодинокими, у 22% – в кількості трьох і більше, у 11% жінок одночасно виявляли два ПЕ. Найчастіше у представниць I групи зустрічалися залозисті і залозисто-фіброзні ПЕ.

У 36 (51%) пацієнок ПЕ невеликих розмірів, округлої форми, з нерівною поверхнею і забарвленням від блідо-рожевого до яскраво-червоного кольору були розцінені як залозисті. У 33 (47%) жінок великі з досить різноманітною формою (довгастою, конусоподібною, неправильною), гладкою поверхнею з вираженою судинною мережею, блідо-рожевого, блідо-жовтого або сірувато-рожевого забарвлення діагностували як залозисто-фіброзні. В одному випадку ПТМ гістероскопічного був схожий з підслизовим міоматозним вузлом і морфологічно розцінений як аденоміоматозний поліп. Даний вид ПТМ виділяється деякими авторами через мікроскопічну особливість – наявність на тлі залозистих структур і стромы великої кількості гладких волокон.

Розбіжностей даних гістероскопії з результатами гістологічно встановленого типу ПТМ практично не відмічалось.

У 79% спостережень розмір ПТМ не перевищував 10 мм, у 19% – варіював від 10 до 15 мм, і лише у 2% жінок склав 20 мм.

Місця локалізації ПТМ були розподілені наступним чином: передня стінка – 33%, задня стінка – 28%, лівий матковий кут – 13%, права і ліва бокові стінки – по 11%, правий матковий кут – 4%.

У разі, якщо у жінки було виявлено більше одного ПЕ, місце локалізації визначали по найбільш крупному поліпу.

У пацієнок II групи висновок про наявність ППГЕ ґрунтувався на виявленні (діаметром 4-7 мм) поліпоподібних випинань у порожнині матки при гістероскопічному дослідженні. За даними гістероскопії найчастішими ознаками запального процесу в ендометрії у жінок цієї групи були: нерівномірна товщина ендометрія (у 27 жінок – 90%), гіперемія слизової оболонки (у 26 жінок – 87%), набряк стромы і крапчасті крововиливи (по 70% відповідно) та нерівномірне забарвлення ендометрія (у 13 жінок – 43%).

Необхідно відзначити, що візуалізація порожнини матки під час ендоскопічного дослідження дозволяє виявити великий спектр внутрішньоматкової патології. Ряд таких гістероскопічних «знахідок» представлено в таблиці 1.

Таблиця 1

Структура гістероскопічних «знахідок» у когортах з ПТМ і МП

Ознака	I група (n=60)			II група (n=30)			p-рівень
	Абс.	%	95% ДІ	Абс.	%	95% ДІ	
Міоматозний вузол	12	17	9,2-28,0	4	13	3,8-30,7	0,771 ^c
Сінехії	5	7	2,4-15,9	0	0	-	0,318 ^c
Ендометріоз (аденоміоз)	12	17	9,2-28,0	0	0	-	0,016^c
Дворога матка	5	7	2,4-15,9	4	13	3,8-30,7	0,446 ^c
Деформація порожнини матки	20	29	18,4-40,6	9	30	14,7-49,4	0,920 ^b
Чужорідне тіло (кісткові фрагменти)	1	1	0,1-7,7	0	0	-	1,000 ^c
ХЕ (гістероскопічні ознаки)	47	67	54,9-77,9	30	100	90,5-100	0,001^b

Примітки: а – критерій χ^2 ; б – критерій χ^2 з поправкою Йетса; с – точний двосторонній критерій Фішера.

У когорті з ПТМ гістероскопічні ознаки аденоміозу мали місце у 12 жінок (17%) і значимо відрізнялися від групи ППГЕ ($p=0,016$). Цей факт узгоджується з відомостями про роль ендометріозу в формуванні ПЕ. Цікаво, що гістероскопія дозволила точно ідентифікувати ППГЕ практично в 100% випадків у жінок II групи, і продемонструвала високу діагностичну специфічність ППГЕ, як макроскопічного маркера. У представниць I групи гістероскопічні ознаки ПТМ зустрічалися рідше, лише в 67% випадків ($p=0,001$). Деформація порожнини матки, обумовлена наявністю міоматозного вузла, внутрішньоматкових сінехій або як наслідок анатомічних особливостей зустрічалася у кожній третій жінки як з ПТМ (29%), так і ППГЕ (30%). І хоча статистично значущих відмінностей між групами отримано не було, це питання вимагає подальшого вивчення.

ВИСНОВКИ

Отже, гістероскопія є інвазивним і остаточним етапом верифікації наявності ПТМ і ППГЕ. Виявлення під час дослідження ППГЕ дозволило ідентифікувати ще на доморфологічному етапі і продемонструвало високу діагностичну специфічність цього макроскопічного маркера.

Особенности гистероскопического лечения полипов тела матки Н.С. Волошинович

Полученные результаты свидетельствуют, что деформация полости матки, обусловленная наличием миоматозного узла, внутриматочных синехий или как следствие анатомических особенностей встречалась у каждой третьей женщины как с полипами тела матки (29%), так и простой полиповидной гиперплазией эндометрия (30%). Выявление во время исследования простой полиповидной гиперплазии эндометрия позволило идентифицировать еще на доморфологическом этапе и продемонстрировало высокую диагностическую специфичность этого макроскопического маркера.

Ключевые слова: полипы тела матки, гистероскопия, диагностика, лечение.

Features of hysteroresectoscopy treatment of polyps uterine body N.S. Voloshynovych

The got results testify that deformation of cavity of uterus, conditioned by the presence of myomatous node, intrauterine synechias or as a result of anatomic features met for every third woman both with the polyps of the uterine body (29%) and simple polypoid endometrial hyperplasia (30%). Exposure during research the simple polypoid endometrial hyperplasia allowed to identify yet on the premorphological stage and showed high diagnostic specificity of this macroscopic marker.

Keywords: polyps of the uterine body, hysterectomy, diagnostics, treatment

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Long-term outcomes after intrauterine morcellation vs hysteroscopic resection of endometrial polyps / M.M. Al Hilli, K.E. Nixon, M.R. Hopkins [et al.] // J Minim Invasive Gynecol. 2013. Vol. 20, No. 2. P. 215-221.
2. Novel finding of high density of activated mast cells in endometrial polyps / M. Al-Jefout, K. Black, L. Schulke [et al.] // Fertil Steril. 2009. Vol. 92, No. 3. P. 6-1104.
3. Alvarez N. Synergistic effect of diosmin and interferon-alpha on metastatic pulmonary melanoma / N. Alvarez, V. Vicente, C. Martnez // Cancer Biother Radiopharm. 2009. Vol. 24, No. 3. P. 52-347.
4. Annan J. The management of endometrial polyps in the 21st century / J. Annan, J. Aquilina, E. Ball // The Obstetrician & Gynaecologist. 2012. Vol. 14, No. 1. P. 8-33.
5. Role of hysteroscopy prior to assisted reproduction techniques / P. Bakas, D. Hassiakos, C. Grigoriadis [et al.] // J Minim Invasive Gynecol. 2014. Vol. 21, No. 2. P. 7-233.
6. The role of Foxp3+ regulatory T-cells in endometriosis: a potential controlling mechanism for a complex, chronic immunological condition // M. Berbic, A.J. Hey-Cunningham, C. Nog [et al.] // Hum Reprod. 2010. Vol. 25, No. 4. P. 7-900.
7. Blaylock R. Cancer microenvironment, inflammation and cancer stem cells: A hypothesis for a paradigm change in cancer control / R. Blaylock // Surg Neurol Int. 2015. No. 6. P. 92.
8. Hysteroscopy for treating subfertility associated with suspected major uterine cavity abnormalities / J. Bosteels, J. Ka-sius, S. Weyers [et al.] // Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2015[cited 2018 Jul 10]. DOI: 10.1002/14651858.CD009461pub3
9. Capobianco A. Endometriosis, a disease of the macrophage / A. Capobianco, P. Rovere-Querini // Front Immunol. 2013. No. 4. P. 9.
10. Functional endometrial polyps in infertile asymptomatic patients: a possible evolution of vascular changes secondary to endometritis / F.M. Carvalho, F.N. Aguiar, R. Tomioka [et al.] // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2013. Vol. 170, No. 1. P. 6-152.

Тези науково-практичного семінару у форматі телемосту

«МІЖНАРОДНІ ТА ВІТЧИЗНЯНІ СТАНДАРТИ НАДАВАННЯ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ»

20 квітня 2016 року

КИЇВ-ЧЕРКАСИ-ЧЕРНІГІВ-КИРОВОГРАД

Роль возраста пациенток в тактике вспомогательных репродуктивных технологий при сочетанных формах бесплодия

М.М. Адамов

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

Целью исследования было изучение роли возраста пациенток в оценке эффективности ВРТ при сочетанных формах бесплодия.

Для решения поставленной цели было обследовано 70 женщин репродуктивного возраста, которые составили следующие группы: основную (n=30), сравнения (n=30) и контрольную (n=10). Исследование проводили на базе частной клиники репродуктологии.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что к информативным клинико-anamnestическим и гормональным факторам, определяющим исход цикла вспомогательных репродуктивных технологий у больных репродуктивного возраста с сочетанными формами бесплодия, относят: возраст больной; индекс массы тела; наличие трубно-перитонеального фактора бесплодия; уровень свободного тестостерона в крови; содержание прогестерона в крови на 20–22-й день менструального цикла, а также определение в фолликулярной жидкости яичников цитокинов. Была показана роль возраста пациенток в оценке эффективности вспомогательных репродуктивных технологий.

Вплив гормональних релізинг-систем на клінічний перебіг передменструального синдрому

Н.В. Адамчук

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

Метою даного дослідження було вивчення впливу гормональних релізинг-систем на клінічний перебіг передменструального синдрому.

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

При застосуванні вагінального кільця і нашкірного пластиру відзначено достовірно більш виражене зниження частоти проявів більшості симптомів передменструального синдрому вже до кінця другого-третього циклу використання. Більш швидка у порівнянні з КОК реалізація ефекту, заснованого на пригніченні овуляції в результаті зниження циклічної секреції гонадотропінів, відсутність добових коливань рівня гормонів крові пояснює, певною мірою, більш швидке і ефективне купірування симптомів ПМС у пацієнок, які використовують естроген-гестагенні системи. У зв'язку з цим вважаємо за доцільне призначення естроген-гестагенних релізинг-систем пацієнткам, які страждають на передменструального синдрому.

Роль порушень тиреодного статусу в розвитку женского бесплодия

Д.Ю. Берая

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

Целью исследования было изучить частоты и структуры тиреодных нарушений у женщин с бесплодием.

Для решения поставленной была проведена скрининговая оценка патологии ЩЖ у 298 женщин с бесплодием (основная группа) и у 50 фертильных женщин, обратившихся в клинику для подбора метода контрацепции (контрольная группа). Отбор больных осуществлялся открытым когортным методом по мере обращения пациенток с бесплодием в отделение сохранения и восстановления репродуктивной функции. Анкетирование проведено у 205 женщин с бесплодием.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у пациенток с бесплодием распространенность тиреодной патологии в 3,8 раза выше по сравнению с фертильными женщинами (48 и 12,5%, $p < 0,05$). В структуре патологии щитовидной железы преобладает носительство АТ-ТПО в сочетании с ультразвуко-

выми признаками аутоиммунного тиреодита (24 и 8,7%; $p < 0,05$); субклинический гипотиреоз в исходе аутоиммунного тиреодита (8,6 и 2,5%; $p < 0,05$); эутиреоидный зоб (7,8 и 2,5%; $p < 0,05$).

Результаты анкетирования, проведенного у женщин с бесплодием, продемонстрировали низкую диагностическую ценность клинической симптоматики гипотиреоза по сравнению с лабораторной диагностикой в верификации данного диагноза. Чувствительность симптомов была невысокой и колебалась от 16,1% до 27,8%, в то время как специфичность симптомов была значительной и варьировала от 85,1% до 94,5%. Ведущее место в структуре причин бесплодия у женщин с аутоиммунным тиреодитом занимает наружный генитальный эндометриоз (34,4%); у пациенток с гипотиреозом – эндокринное бесплодие (29,8%), у женщин с эутиреоидным зобом и без патологии щитовидной железы – трубно-перитонеальный фактор бесплодия (33,3% и 39,8%). Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Роль партнерських пологів у зниженні перинатальної патології

С.Ю. Вдовиченко

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

Метою дослідження було обрано зниження частоти перинатальної патології у жінок з факторами ризику на підставі удосконалення та впровадження методики індивідуальної підготовки подружньої пари під час вагітності та при розродженні.

На першому (ретроспективному) етапі досліджень проведено дослідження типу «випадок-контроль», відповідно до представленої мети і завдань якого було набрано першу групу у кількості 400 подружніх пар, другу групу склали 400 жінок, розроджених без участі партнера.

На другому (проспективному) етапі дослідженні для визначення ефективності профілактики аномалій пологової діяльності на основі використання індивідуальної підготовки до партнерських пологів було проведено комплексне клініко-психологічне і лабораторно-інструментальне обстеження 300 жінок, яких було розподілено на дві групи.

Проведення партнерських пологів з попередньою індивідуальною підготовкою дозволило знизити сумарну частоту аномалій пологової діяльності у 2,3 разу, при цьому зменшити рівень патологічного прелімінарного періоду в 2,7 разу; дискоординованої пологової діяльності – в 1,9 разу; дистопії шийки матки – у 3,1 разу; асфіксії середньої ступеня тяжкості – у 2,1 разу і пологового травматизму – у 3,0 рази. Аналізуючи ефективність індивідуальної методики підготовки подружньої пари і перебіг партнерських пологів, можна зробити висновок, що живання запропонованої системи зменшує число ускладнень в пологах, в першу чергу, аномалій пологової діяльності. У групі жінок, що мають підтримку партнера і лікаря в пологах та використовують навички і прийоми запропонованої методики, частіше спос-

терігалися мимовільні пологи, знижувалася частота аномалій пологової діяльності, оперативних пологів, зменшувалася загальна тривалість пологів, знижувалась інтенсивність больового сприйняття, на відміну від жінок, які не пройшли допологової підготовки і не мали індивідуальної підтримки в пологах.

Особенности невынашивания беременности у женщин с различными аномалиями развития матки

Ю.С. Волина-Стахорна

Медицинский институт Сумского государственного университета
МОН Украины

Целью научного исследования было изучить особенности преждевременного прерывания беременности у пациенток с различными вариантами врожденных аномалий развития матки.

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

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

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

Повторная преэклампсия с позиций нарушений гемостаза

Д.О. Говсеев

Городской клинический родильный дом № 5, г. Киев

Целью исследования было изучение клинико-гемостазиологических аспектов у женщин с повторной преэклампсией.

Было проведено клинико-гемостазиологическое обследование 150 пациенток. Ретроспективную группу составили 60 женщин с преэклампсией и/или потерей

плода в анамнезе. Ретроспективная группа разделена на две подгруппы: подгруппа I – 30 пациенток с потерей плода, у которых преэклампсия имела место до 29 нед; подгруппа II – 30 пациенток, которых родоразрешили от 29 до 34 нед в связи с начавшейся преэклампсией.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной роли тромбофилии в патогенезе развития преэклампсии: частота тромбофилии у пациенток ретроспективной группы достоверно выше, чем у пациенток контрольной группы. Это является научным обоснованием разработки усовершенствованного алгоритма лечебно-профилактических мероприятий на основе патогенетически обоснованной медикаментозной коррекции.

Вплив міоми матки без оперативного лікування на акушерські та перинатальні наслідки розродження

О.В. Жовтенко

Одесский национальный медицинский университет МОЗ України

Метою дослідження було вивчення особливості перебігу вагітності та пологів у жінок з міомою матки, у яких не було проведено оперативне лікування.

Відповідно до поставленої мети вивчено особливості клінічного перебігу вагітності і пологів у 266 жінок з міомою матки (в анамнезі не було оперативного лікування), яких були розподілено на дві групи залежно від розмірів міоматозних вузлів: 1 група – 132 жінки з розмірами вузлів більше 5 см; 2 група – 134 жінки з розмірами міоматозних вузлів менше 5 см. Як контроль (К) були обстежені 64 жінки без міоматозних вузлів.

Було встановлено, що клінічний перебіг вагітності у неоперованих жінок з міомою матки характеризується високою частотою загрози переривання вагітності, причому при розмірі вузлів більше 5 см цей показник значно вище (56,8% та 31,7%). Усі інші ускладнення вагітності та пологів на залежать від розмірів вузла: плацентарна дисфункція – 31,8% та затримка розвитку плода – 9,8%. Отримані результати дозволяють науково обґрунтувати необхідність удосконалення діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Вплив патологічної прибавки маси тіла на перинатальні наслідки розродження

Т.М. Кваскова

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Мета дослідження: зниження частоти перинатальних ускладнень у жінок з МС на основі вивчення в них клініко-ехографічних, біохімічних та ендокринологічних особливостей, а також удосконалення комплексу діагностичних лікувально-профілактичних заходів.

Для вирішення поставленої мети й завдань були обстежені 150 жінок, яких було розподілено на такі групи й підгрупи:

- 1 група – 60 жінок з порушенням жирового обміну, які отримували загальноприйнятні лікувально-профілактичні заходи;
- 2 група – 60 жінок з порушенням жирового обміну, які отримували запропоновані лікувально-профілактичні заходи.

Було встановлено, що наявність плацентарної дисфункції у жінок з метаболічним синдромом призводить до несприятливих перинатальних результатів розродження – сумарні перинатальні втрати складають 54,5%, причому інтранатальна загибель плоду складає 18,2% і постнатальний – 36,4%. Частота постгіпоксичної енцефалопатії (з 5,0% до 20,0%) і реалізації внутрішньоутробного інфікування (з 5,0% до 15,0%) збільшується у міру підвищення індексу маси тіла і наявності метаболічного синдрому. Використання запропонованого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів дозволяє знизити частоту плацентарної дисфункції (з 53,3% до 33,3%) і, відповідно, рівень перинатальних втрат (з 54,5% до 17,2%).

Особенности плацентарной дисфункция при нарушениях объема околоплодных вод

И.Д. Кондратенко

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

Цель исследования: снижение частоты перинатальной патологии у женщин с высоким риском внутриутробного инфицирования на основе изучения особенностей функционального состояния фетоплацентарного комплекса, системного иммунитета и микробиоценоза половых путей, а также усовершенствования и внедрения комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

В соответствии с поставленной целью нами было обследовано 150 пациенток, среди которых 100 – с высоким риском внутриутробного инфицирования, которые были разделены на следующие группы: I группа - 50 женщин с высоким риском внутриутробного инфицирования, получавших общепринятые лечебно-профилактические мероприятия; II группа – 50 женщин с высоким риском внутриутробного инфицирования, получавших предлагаемую нами методику. Контрольную группу составили 50 первородящих без акушерской и соматической патологии, родоразрешенных через естественные родовые пути.

Было установлено, что изменения в фетоплацентарном комплексе при высоком риске внутриутробного инфицирования сопровождаются значительным уровнем нарушений со стороны функционального состояния плода – изменения сердечного ритма (16,0%); дыхательной (20,0%) и двигательной активности плода (26,0%), а также его тонуса (10,0%), плацентры (преждевременное созревание плаценты с одномоментной патологией миометрия в зоне плацентации (28,0%) и сочетания истончения плаценты с опережением созревания (10,0%)) и объема околоплодных

вод – мало- (38,0%) и многоводие (32,0%) на фоне выраженных гемодинамических (усиление кровотока в артерии пуповины и в маточных артериях при одновременном снижении в среднемозговой артерии) и эндокринологических (снижение содержания эстриола, прогестерона, хорионического гонадотропина и плацентарного лактогена на фоне увеличения уровня кортизола) нарушений.

Использование усовершенствованной нами лечебно-профилактической методики позволяет снизить частоту плацентарной дисфункции в 2,1 раза; задержки развития плода – 1,9 раза; обострения урогенитальной инфекции во время беременности – в 2,0 раза; бактериального вагиноза – в 2,1 раза; преждевременных родов – в 2,5 раза; аномалий родовой деятельности – в 1,9 раза; дистресс плода – в 2,3 раза; интранатальной асфиксии – в 2,1 раза; интраамниального инфицирования – в 2,2 раза и перинатальных потерь – в 2,0 раза.

Пути снижения гестационных осложнений у женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани

А.Л. Костюк

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

Целью исследования было усовершенствовать и внедрить методики профилактики акушерских и перинатальных осложнений у женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ).

Для решения поставленной цели исследования 200 беременных были разделены на две группы. Первая группа (основная) формировалась по наличию клинических маркеров НДСТ (n=100). Вторая – контрольная группа женщин формировалась по условию отсутствия указанных ранее признаков НДСТ (n=100).

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у беременных с НДСТ определяется комплекс фенотипических маркеров «слабости» соединительной ткани: повышенная растяжимость кожи, нестабильность опорно-двигательного аппарата (гипермобильность суставов, вывихи и подвывихи, дисплазия тазобедренных суставов, плоскостопие, сколиоз), миопия, варикозное расширение вен нижних конечностей. При этом женщины с НДСТ относятся к группе высокого риска в отношении ряда акушерских осложнений в период беременности (угроза прерывания беременности, преэклампсия, плацентарная дисфункция) и оперативного родоразрешения.

Назначение магниевой терапии обеспечивает доступность, качество и эффективность медико-профилактических мероприятий женщинам с НДСТ, что оказывает существенное влияние на эффективность дородовой подготовки и повышает качество жизни беременных. Использование магниевой терапии у беременных женщин с НДСТ приводит к уменьшению деградации коллагенов, что проявляется достоверным снижением уровня оксипролина, нормализацией уровня магния в крови, способствует снижению частоты угрозы прерывания беременности, преэклампсии, дистресса и задержки роста плода.

Тактика ведення вагітності та родорозрешення у жінок з ретрохоріальними гематомами

С.А. Курицина

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

Целью исследования было изучение особенностей течения беременности и родов, и оптимизировать диагностику и лечение беременных с ретрохоріальной гематомой.

Для решения поставленных цели и задач было проспективно обследовано 100 беременных. Возраст беременных составил от 18 до 44 лет (средний возраст – 28,08±3,5 года). Основную группу составили 70 пациенток, беременность которых осложнилась клиникой угрозы прерывания беременности. Основная группа была разделена на две подгруппы.

В результате исследования проведено оценивание течения II и III триместров беременности и исходы родов, частота развития задержки роста плода, плацентарной дисфункции, дистресса плода и перинатальная заболеваемость у беременных с угрозой прерывания и ретрохоріальной гематомой в I триместре беременности. На основании данных исследования показана эффективность комплексного патогенетического лечения, которая позволяет снизить частоту репродуктивных потерь, способствует пролонгированию беременности и улучшает перинатальную заболеваемость и исходы.

Тактика лікування безпліддя у жінок із субмукозною міомою матки

О.О. Літвак

Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини
Державного управління справами

Метою дослідження було підвищення ефективності діагностики та лікування субмукозної міоми матки у жінок у репродуктивний період на підставі вивчення клініко-ехографічних, ендокринологічних та імуногістохімічних особливостей, а також розроблення і впровадження удосконаленого алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів з використанням сучасних ендоскопічних технологій та направленої медикаментозної корекції.

Для виявлення чинників ризику розвитку субмукозної міоми матки, клініко-морфологічного перебігу захворювання, свідчень до операції, інтра- і післяопераційних ускладнень проведено комплексне обстеження 60 жінок, яким була проведена консервативна міомектомія.

Проведений аналіз найближчих і віддалених результатів субмукозної міомектомії показав, що міомектомія є доцільним і ефективним хірургічним методом лікування. Вживання менш інвазивних ендоскопічних доступів по вдосконаленому нами алгоритму сприяє «гладшому» перебігу післяопераційного періоду, скорочує терміни перебування пацієнток в стаціонарі, що у поєднанні з гормонотерапією, призначеною з врахуванням імуногістохімії ендо- і міометрія, сприяє нормалізації менструальної функції і створює сприятливі умови для реалізації репродуктивної функції жінки.

Особливості діагностики та лікування аденоміозу при поєднанні з гіпотиреозом

Б.М. Лисенко

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

Метою дослідження було підвищення ефективності діагностики і лікування аденоміозу у жінок з порушенням репродуктивної функції на підставі вивчення клініко-ехографічних, ендокринологічних та імунологічних особливостей, а також розроблення і впровадження вдосконаленого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів з використанням сучасних ендоскопічних технологій та медикаментозної корекції.

Для вирішення поставленої мети і завдань було проведено обстеження 850 жінок репродуктивного віку, що звернулися на амбулаторний прийом в науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини Державного управління справами з приводу синдрому тазових болів і безпліддя. Після додаткового обстеження виявлено, що у 496 (58,4%) жінок є ендометріоз геніталій, з числа яких у 127 (14,9%) пацієнток виявлений аденоміоз у поєднанні з безпліддям та гіпотиреозом, яким було проведено клініко-лабораторне обстеження в об'ємі запропонованого діагностичного комплексу.

Було встановлено, що відсутність важких ускладнень, що обтяжують репродуктивне здоров'я на тлі пропонованої терапії для відновлення репродуктивного здоров'я не збільшує, а навпаки, знижує, частоту рецидивів. Визначено достовірну зміну ультразвукових ознак в процесі терапії аденоміозу, які не можуть розглядатися як діагностичні його критерії, але, проте, з високим ступенем достовірності у поєднанні з клінічними даними, а також лабораторними показниками, можуть бути використані для визначення тривалості терапії, а можливо її якості. Отримані дані можна широко використовувати при відновленні репродуктивної функції у пацієнток з аденоміозом. Простота виконання і економічність, а також неінвазивність досліджень підвищує можливість їх використання в широкій медичній практиці.

Особенности течения гестации при недостаточности вен малого таза у женщин с дисплазией соединительной ткани

Л.В. Манжула

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

Целью исследования явилось изучение особенности течения варикозного расширения вен малого таза у беременных с недифференцированными формами дисплазии соединительной ткани, а также оценка влияния медикаментозной коррекции.

На первом этапе исследования было проведено обследование 200 беременных, которые были разделены на две группы пациентов: основную (100 женщины) и срав-

нення (100 жінок). На другому етапі дослідження у жінок з НФДСТ в ІІІ триместрі вагітності була проведена оцінка ефективності профілактики прогресуючого течення ВРВМТ.

Результати проведених досліджень свідчать, що у жінок з недиференційованими формами дисплазії з'єднаної ткани вагітність частіше супроводжується акушерськими та перинатальними ускладненнями. Варикозне розширення вен малого таза у вагітних з недиференційованими формами дисплазії з'єднаної ткани характеризується більш несприятливим теченням, що включає в себе збільшення в післяродовий період діаметра маточних, яєчникових, внутрішніх підшлункових вен та зниження в них швидкості кровотоку, збільшення частоти та інтенсивності хронічних тазових болей, зниження якості життя. Препаратна медикаментозна корекція в ІІІ триместрі вагітності дозволяє профілактику прогресуючого течення варикозного розширення вен малого таза у жінок з недиференційованими формами з'єднаної ткани.

Діагностика та профілактика гестаційних ускладнень у жінок, що народжують вперше після 30 років

В.В. Маркевич

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

Метою дослідження є знизити частоту акушерських і перинатальних ускладнень у жінок, які народжують вперше після 30 років на основі вивчення, клінічних, функціональних, ендокринологічних, імунологічних, біохімічних і мікробіологічних особливостей, а також розроблення і впровадження алгоритму лікувально-профілактичних заходів.

Відповідно до поставленої мети і завдань було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 250 жінок, які народжують вперше після 30 років, яких залежно від віку було розподілено на наступні групи і підгрупи:

- контрольна група – 50 жінок, які народжують вперше у віці від 19 до 29 років;
- перша група – 100 жінок, які народжують вперше у віці старше 30 років та які отримували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи
- друга група – 100 жінок, які народжували вперше після 30 років та отримували вдосконалені нами лікувально-профілактичні заходи.

Результати проведених досліджень довели, що використання запропонованого алгоритму лікувально-профілактичних заходів у першонароджуючих пізнього репродуктивного віку з використанням диференційованого підходу, заснованого на вікових аспектах, дозволяє істотно знизити частоту не лише репродуктивних втрат, але і основних акушерських і перинатальних ускладнень, що є вирішенням важливої проблеми сучасного акушерства.

Тактика ведення вагітності при синдромі фето-фетальної трансфузії

О.В. Мельник

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

Метою дослідження є підвищення ефективності прогнозування і ранньої діагностики синдрому фето-фетальної трансфузії (СФФТ) при багатоплідній вагітності на основі динамічного вивчення доплерометричних та ехографічних показників та їхнього зіставлення з результатами морфологічних досліджень плаценти.

Для вирішення поставленої мети проведено обстеження, аналіз перебігу вагітності, пологів, стан здоров'я новонароджених в 100 жінок з багатоплідною вагітністю двійнятами, яких було розподілено на наступні групи: 1 група (n=25) – вагітні з двійнятами і монохоріальним типом плацентації, в яких народилися близнята без синдрому фето-фетальної трансфузії (СФФТ); 2 група (n=25) – вагітні з двійнятами і монохоріальним типом плацентації, в яких СФФТ був визначений при ультразвуковому дослідженні, і близнята були народжені з ознаками СФФТ. Групу порівняння склали 50 вагітних з двійнятами і біхоріальним типом плацентації.

Було доведено, що патофізіологія СФФТ є багатфакторною з судинними анастомозами в монохоріальній плаценті як анатомічною основою, гемодинамічними і гормональними чинниками, призводячи до різного рівня клінічної картини синдрому. Отримані результати дозволяють підвищити ефективність прогнозування і ранньої діагностики СФФТ, що сприяє своєчасній зміні тактики ведення вагітності і пологів з метою знизити частоту перинатальної патології.

Особенности диагностики патологии матки в постменопаузальный период

О.Ю. Минина

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

Целью исследования было изучение возможности использования современных эндоскопических технологий для диагностики сочетанной патологии матки в постменопаузальный период.

Для решения поставленной цели нами подверглись ретроспективному анализу истории болезни 128 женщин и проспективному изучению 171 пациентки с кровотечениями в постменопаузальный период. Среди ретроспективно изученных пациенток выделена группа сравнения, состоящая из 61 женщины с сочетанной патологией матки (СПМ) в период постменопаузы (для сравнения методов лечения данного контингента).

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой степени информативности гистероскопической оценки сочетанной патологии матки у жен-

щин в период постменопаузы. Установленные особенности необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у этих пациенток.

Профилактика аномалий родовой деятельности у многорожавших женщин при недоношенной беременности

Е. Набхан

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

Цель исследования: разработка и внедрение усовершенствованной методики профилактики аномалий родовой деятельности у многорожавших женщин.

Для решения поставленной цели было изучено клиническое течение беременности и родов у 100 многорожавших женщин, которые были разделены на две группы: в первую группу вошли 50 многорожавших женщин, получавших общепринятые лечебно-профилактические мероприятия; во вторую группу были включены также 50 многорожавших женщин, которые получали предлагаемую нами методику. Контрольную группу составили 50 первородящих, родоразрешенных через естественные родовые пути.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что профилактика аномалий родовой деятельности у многорожавших женщин является достаточно сложным вопросом, для решения которого необходим комплексный патогенетический подход. Использование предлагаемой нами методики на основе применения препаратов фирмы «Heel» позволяет существенно снизить частоту аномалий родовой деятельности за счет проводимой коррекции функционального состояния фетоплацентарного комплекса.

Восстановление репродуктивной функции женщин путем выполнения операции консервативной миомэктомии

И.А. Нигуца

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

Целью научного исследования является изучение особенностей репродуктивной функции пациенток после операции консервативной миомэктомии.

Было обследовано 100 пациенток репродуктивного возраста с бесплодием и лейомиомой матки, которым была выполнена операция консервативной миомэктомии.

Проведенный анализ показал положительное влияние миомэктомии на нормализацию репродуктивной функций женщин с миомой матки. Проведение операции позволило избавиться от основных жалоб у большинства пациенток. При этом не было выявлено влияния операции на гинекологическую заболеваемость, а количество рецидивов явилось незначительным.

Влияние оперированных яичников на репродуктивную функцию у женщин

М.В. Нименький

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

Целью исследования было изучение влияния оперативного лечения яичников на тактику восстановления репродуктивной функции.

С целью изучения состояния органов репродуктивной системы нами обследованы 275 женщин и 350 пациенток с бесплодием и наличием опухолей и опухолевидных образований яичников.

Оперативное вмешательство производили поэтапно:

- 1) оперативная лапароскопия с соблюдением последовательности манипуляций;
- 2) гистероскопия;
- 3) диагностическое выскабливание или соскоб эндометрия.

Результаты проведенных исследований показали, что лапароскопическое лечение опухолей и опухолевидных образований яичников является достаточно важной проблемой, а одной из задач данной проблемы можно выделить восстановление репродуктивной функции у этих пациенток. Исследования в данном направлении носят достаточно перспективный характер и могут быть продолжены в дальнейшем.

Тактика родоразрешения многорожавших женщин с рубцом на матке

Кристина Жиме Нунга

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

Цель исследования: изучение особенностей течения беременности, родов, послеродового периода, а также особенности функционального состояния фетоплацентарного комплекса у беременных с рубцом на матке.

Для решения поставленной цели обследовали в динамике беременность и послеродового периода 60 многорожавших женщин, которые были родоразрешены путем операции кесарева сечения и разделены на две группы. В I группу вошли 30 многорожавших женщин, родоразрешенных абдоминальной путем по причине наличия других относительных показателей (крупный плод, тазовое предлежание, косое или поперечное положение). Во II группу вошли 30 многорожавших женщин с рубцом на матке после кесарева сечения с факторами риска плацентарной дисфункции. В комплекс проведенных исследований были включены клинические, функциональные и эндокринологические методы.

Было установлено, что наличие рубца на матке является существенным фактором риска развития плацентарной дисфункции. Особенно это выражено в случае пе-

ренесенных осложнений после первой операции: гнойно-воспалительные и нарушения сократительной способности матки. Используемые в настоящее время лечебно-профилактические мероприятия при высоком риске развития плацентарной дисфункции у женщин с рубцом на матке недостаточно эффективны. Это диктует необходимость совершенствования лечебно-профилактической методики.

Вплив порушень гомеостазу та мікробіоценозу на ефективність повторних спроб допоміжних репродуктивних технологій

І.Е. Палига

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

Клініка репродуктології «Альтернатива», м. Львів

Метою роботи було вивчення особливостей гормонального статусу і стану мікробіоценозу уrogenітального тракту у чоловіків і жінок з безплідних подружніх пар, включених до програми допоміжних репродуктивних технологій.

Представлено дані обстеження 250 чоловіків і жінок у віці від 24 до 46 років (середній вік – 35,1±4,3 року), які перебували в безплідному шлюбі. Тривалість безплідності у шлюбі коливалася від 2 до 16 років (6,5±2,1 року). В етіопатогенетичній структурі безпліддя жіночий фактор зареєстровано у 30% випадків, чоловічий – в 10% випадків, тоді як у більшості подружніх пар (60%) діагностовано комбінації поєднаних порушень репродуктивної функції.

Результати проведених ендокринологічних і мікробіологічних досліджень в подружніх парах свідчать про більш глибоке, ніж це прийнято вважати, порушення репродуктивної функції і чоловіків, і жінок, включених в програму допоміжних репродуктивних технологій. При цьому основними патогенетичними ланками порушення репродуктивної функції у представників подружніх пар є порушення нейроендокринної регуляції і мікробіоценозу сечостатевої системи. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму підвищення ефективності допоміжних репродуктивних технологій.

Вплив поєднаної патології матки на якість життя жінок у постменопаузальний період

Т.П. Поліщук

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

Метою дослідження було вивчення впливу поєднаної патології матки у постменопаузальний період на психологічні аспекти якості життя пацієнток.

У дослідженні 80 пацієнток були розділені на дві групи: основна – жінки з поєднаною патологією матки і явищами метаболічного синдрому (50 обстежених) і контрольна – жінки з поєднаною патологією матки без метаболічного синдрому (30 пацієнток).

Результати проведених досліджень свідчать про необхідність вивчення психологічного статусу у жінок у постменопаузальний період з поєднаною патологією, причому з врахуванням наявності метаболічного синдрому. Отримані результати вказують на наявність емоційної напруженості, змін психологічного профілю особи із збудливим типом реагування. Значення вегетативного коефіцієнта 0,9–1,9 відповідають оптимальній мобілізованості фізичних і психічних ресурсів; менше 0,9 свідчать про хронічну перевтому, неготовність до напруги і адекватних дій в стресових ситуаціях; більше 1,9 – про зайве збудження, при цьому в складних ситуаціях легко формуються гарячкові реакції: імпульсивність, зниження емоційного самоконтролю. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Особенности женского бесплодия при сочетанной патологии матки и грудных желез

О.А. Полюлях

Одесский национальный медицинский университет МЗ Украины

Целью исследования было изучение роли сочетанной патологии матки и грудных желез в генезе нарушений репродуктивной функции.

Было проведено комплексное клинико-лабораторное и функциональное обследование 109 женщин с сочетанной патологией матки и грудных желез, а также с нарушением репродуктивной функции. Первая (n=69) и вторая (n=19) группы были сформированы из пациенток с хроническим эндометритом, сопутствующей генитальной патологией и диффузной фиброзно-кистозной мастопатией. В третью (n=21) группу были включены женщины после различных внутриматочных манипуляций.

Полученные результаты: результаты проведенных исследований свидетельствуют, что сочетанная патология матки и грудных желез является причиной нарушений репродуктивной функции женщин. Установленные клинические особенности свидетельствуют о необходимости более углубленного изучения данной проблемы для разработки эффективного алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Роль генетических исследований у тактике ведения жінок з аденоміозом

П.М. Прудніков

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

Метою дослідження є визначення ролі поєднаних варіантів генотипів у патогенезі та клінічному перебігу аденоміозу та ендометріом яєчників.

Матеріали та методи дослідження. Було обстежено 100 жінок з генітальним ендометріозом і 50 жінок без цього захворювання. Першу групу склали 50 жінок з

аденоміозом (середній вік становив $44,9 \pm 0,7$ року). У другу групу увійшли 50 жінок з ендометріомами яєчників (середній вік – $32,6 \pm 0,8$ року), з них 10 хворих – з рецидивом ендометріом яєчників після комбінованого лікування. Діагноз хворих верифіковано інтраопераційно і за результатами гістологічного дослідження. Контрольна група була сформована з 50 жінок, при обстеженні яких був виключений генітальний ендометріоз.

У результаті дослідження не було виявлено асоціації нульових генотипів за окремими генами GST T1 і GST M1 з ендометріомами яєчників та аденоміозом, тоді як при аналізі поєднань «функціонально ослаблених» генотипів за вивченими генами виявлена чітка кореляція між розвитком аденоміозу і наявністю генотипу GSTT10/0 + GST M1 0/0. Відзначено також кореляцію делецій генів GST T1 і GSTM1 з деякими клінічними проявами захворювання, такими, як безпліддя і порушення менструальної функції. Можливо за відсутності активності ферментів другої фази системи детоксикації, таких, як глутатіон-S-трансферази, виникає порушення балансу між першою і другою фазами, накопичення активних метаболітів, що спричинює розвиток оксидативного стресу, призводить до пошкодження тканин і, як наслідок, до більш виражених клінічних проявів захворювання. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Дискуссионные вопросы перинатальных исходов вспомогательных репродуктивных технологий

Я.А. Рубан

**Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев
Клиника «Исида», г. Киев**

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

Был проведен анализ рождения 346 детей в группе индуцированной беременности после вспомогательных репродуктивных технологий (из них 134 – в группе многоплодной беременности) и 415 живых детей в группе самопроизвольной беременности (из них 142 – в группе многоплодной беременности).

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что вспомогательные репродуктивные технологии не способствуют увеличению частоты врожденных аномалий развития у плода, а также росту уровня перинатальной заболеваемости. 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.

Врожденные аномалии развития матки в аспекте акушерских и перинатальных исходов родоразрешения

А.П. Садовой

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

Цель научного исследования: проанализировать особенности течения беременности у пациенток с различными вариантами врожденных аномалий развития матки.

Проведено двухэтапное исследование, в результате чего созданы два информационных массива. Первый информационный массив включал в себя результаты ретроспективного анализа медицинской документации (150 историй родов и развития новорожденных) беременных с аномалиями развития матки (первая группа). На втором этапе исследования проводилось диспансерное наблюдение с ранних сроков беременности 40 женщин с аномалиями развития матки, составивших основную группу. Во вторую группу вошли 30 пациенток с нормальной анатомией внутренних половых органов, которые имели отягощенного акушерского анамнеза.

В результате исследования были выявлено, что пациентки с различными 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, фон для которого – не только аномалии как таковые, но и сопутствующие гинекологические заболевания. Полученные результаты диктуют необходимость дальнейшего изучения данной проблемы, особенно в аспекте улучшения перинатальных исходов родоразрешения.

Перинатальные аспекты патологической прибавки массы тела во время беременности

Т.Д. Фахрутдинова

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

Целью исследования было изучение особенности клинической характеристики женщин с патологической прибавкой массы тела и метаболическим синдромом на предгравидарном этапе.

Под наблюдением находились 120 беременных женщин с ожирением, поступивших в отделение патологии беременных с различными осложнениями беременности, причем ранее в связи с ожирением женщины не обследовались и не лечились.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что частота метаболического синдрома у женщин с ожирением еще до беременности составляла

89,2%, а число компонентов метаболического синдрома коррелировало со степенью ожирения. Частота инсулинорезистентности у пациенток с первой степенью ожирения составляла 18,4%; со второй степенью – 29,3% и с третьей степенью – 70,0%. Полный метаболический синдром – сочетание четырех основных компонентов метаболического синдрома – в 70,0% наблюдений обнаружилось у женщин с третьей степенью ожирения; со второй степенью – у 48,8% и с первой степенью – только у 18,4% обследованных. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке тактики ведения пациенток на прегравидарном этапе, а также во время гестационного периода и родоразрешения.

Особенности нарушений репродуктивной функции у женщин – медицинских работников

А.С. Шельгин

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

Целью исследования является оценка гинекологической заболеваемости женщин – медицинских работников.

На первоначальном этапе с целью выявления основных особенностей профессиональной заболеваемости женщин – медицинских работников была проведена комплексная клинико-лабораторная и функциональная оценка состояния здоровья, в том числе и гинекологической заболеваемости, у 100 женщин – врачей различных специальностей и у 100 женщин средних медицинских работников. В исследование были включены отделения различного профиля: терапевтические, хирургические, интенсивной терапии и реанимации, офтальмологические, кардиологические, пульмонологические, инфекционные, лабораторно-диагностические, функционально-диагностические и физиотерапевтические, рентгенологическое, акушерско-гинекологическое и стоматологическое.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой частоте гинекологической заболеваемости медицинских работников различного звена – врачей и медсестер. При этом частота и структура генитальной патологии зависит не только от конкретной специальности, но и от стажа работы в медицине. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Дискусійні питання партнерських пологів при багатоплідній вагітності

Т.А. Шинкарук

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

Метою наукового дослідження було вивчення впливу партнерських пологів на характер пологової діяльності при багатоплідній вагітності.

Було проаналізовано 1795 партнерських пологів за період 2008–2011 рр., що склало 12,5% від усього числа пологів. Безпосередньо по роках цей показник коливався від 9,8% у 2009 р. до 14,7% у 2011 р.

Отримані дані (показники материнського травматизму, частоти і характеру оперативного втручання та здоров'я новонароджених) свідчать про те, що партнерські пологи є серйозним резервом у зниженні частоти акушерської та перинатальної патології. Разом з тим, виникає велика кількість дискусійних питань, вирішення яких необхідно присвятити ще не одне наукове дослідження. Це диктує необхідність проведення наукових досліджень в даному напрямку.

Наукове видання

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ
СПІВРОБІТНИКІВ
НМАПО імені П.Л. ШУПИКА**

Випуск 27 (частина 1)

Головний редактор:
академік НАМН України, професор
Ю.В. Вороненко
Науковий редактор: член-кор. НАМН України, д.мед.н., проф.
Ю.П. Вдовиченко

Художній і технічний редактор:
Л.В. Тищенко

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. – 18,32. Ум.-друк.арк. – 12,76.
Друк ТОВ «Професіонал-Івент»
Тел./факс: (044) 220-15-41