



# **НМАПО**

**ім. П.Л. Шупика  
МОЗ України**

[www.nmapo.edu.ua](http://www.nmapo.edu.ua)

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

**Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика  
Київ, 2019 р. – 140 с.**

У 36 випуску збірника наукових праць висвітлені актуальні питання акушерства і гінекології, репродуктивних технологій у 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 **Ю.П. Вдовиченко**

**Редакційна колегія:** **М.Л. Анкін** – д.мед.н., проф.; **В.І. Біда** – д.мед.н., проф.; **Г.Ф. Білоклицька** – д.мед.н., проф.; **Н.О. Ветютнева** – д.мед.н., проф.; **І.Б. Вовк** – д.мед.н., проф.; **Г.І. Герцен** – д.мед.н., проф.; **В.Г. Гетьман** – д.мед.н., проф.; **Н.Г. Гойда** – д.мед.н., проф.; **Ю.І. Головаченко** – д.мед.н., проф.; **О.В. Голяновський** – д.мед.н., проф.; **О.В. Горбунова** – 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.; **С.І. Жук** – д.мед.н., проф.; **В.А. Загорій** – д.мед.н., проф.; **В.К. Казимирко** – д.мед.н., проф.; **В.М. Коваленко** – академік НАМН України, проф.; **Г.П. Козиньць**, д.мед.н., проф.; **І.П. Козярін** – д.мед.н., проф.; **А.Г. Корнацька** – д.мед.н., проф.; **О.А. Лоскутов** – д.мед.н., проф.; **В.І. Мамчич** – д.мед.н., проф.; **О.В. Павленко** – д.мед.н., проф.; **М.Є. Поліщук** – член-кор. НАМН України, проф.; **В.А. Попов** – д.мед.н., проф.; **М.С. Пономаренко** – д.мед.н., проф.; **С.О. Риков** – д.мед.н., проф.; **Т.Г. Романенко** – д.мед.н., проф.; **Н.О. Савичук** – д.мед.н., проф.; **Н.Я. Скріпченко** – д.мед.н., проф.; **Л.В. Суслікова** – д.мед.н., проф.; **О.О. Тимофєєв** – д.мед.н., проф.; **О.В. Ткаченко** – д.мед.н., проф.; **Р.О. Ткаченко** – д.мед.н., проф.; **М.А. Трещінська** – д.мед.н., проф.; **Л.Є. Туманова** – д.мед.н., професор; **Ю.І. Фещенко** – академік НАМН України, проф.; **Н.В. Харченко** – чл.-кор. НАМН України, 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 09.10.2019 р.*

#### **АТЕСТОВАНО**

Вищою атестаційною комісією України, Постанова Президії ВАК України від 10.02.2010 р. № 1-05/1

**медичні, фармацевтичні науки**

#### **ПЕРЕРЕЄСТРОВАНО**

Департаментом атестації кадрів вищої кваліфікації, Наказ Міністерства освіти і науки України № 528 від 12.05.2015, **медичні, фармацевтичні науки**

**Збірник включено в наукометричні бази даних: міжнародна наукометрична база «Google Scholar», реферативна база даних "Україніка наукова".**

**Збірник реферується Інститутом проблем реєстрації інформації НАН України.**

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, 2019

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ  
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ імені П.Л. ШУПИКА

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

*ВИПУСК 36*

Київ – 2019

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, 2019; 140 p.**

The 36<sup>th</sup> 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; **G.F. Biloklytska** - M.D., Ph.D., Professor; **N.O. Vetyutneva** - M.D., Ph.D., Professor; **N.G. Goyda** - M.D., Ph.D., Professor; **O.V. Horbunova**, M.D., Ph.D., Professor; **Yu.I. Golovchenko** - M.D., Ph.D., 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; **S.I. Zhuk**, M.D., Ph.D., Professor; **V.K. Kazymyrko** - M.D., Ph.D., Professor; **V.M. Kovalenko** - Academician of the NAMS, Professor; **I.P. Kozyarin** - M.D., Ph.D., Professor; **G.P. Kozynets** - M.D., Ph.D., Professor; **O.A. Loskutov**, 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; **M.Ye. Polischuk** - Associate Member of the NAMS, Professor; **V.A. Popov** - M.D., Ph.D., Professor; **M.S. Ponomarenko** - M.D., Ph.D., Professor; **S.O. Rykov** - M.D., Ph.D., Professor; **N.O. Savychuk**, M.D., Ph.D., Professor; **M.A. Treshchinska**, M.D., Ph.D., Professor; **O.O. Tymofeyev** - M.D., Ph.D., Professor; **O.V. Tkachenko** - M.D., Ph.D., Professor; **R.O. Tkachenko**, M.D., Ph.D., Professor; **Yu.I. Feshchenko** - Academician of the NAMS, Professor; **N.V. Kharchenko** - Associate Member of the NAMS, 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, 09.10.2019

**IS CERTIFICATED:** by Supreme Certifying Commission of Ukraine  
**Medical, Pharmaceutical Science**

Resolution of Presidium SCC of Ukraine from 10.02.2010, №1-05/1

**REREGISTERED:** by the Department of Certification of Personnel of Higher Qualification, Order of the Ministry of Education and Science of Ukraine No. 528 from 12/05/2015, **medical, pharmaceutical sciences**

The collected paper are included to the scientometric databases: international scientometric database «Google Scholar», review database and «Ukrainika naukova».

The collected paper are reviewed by the Institute for Information Recording of the National Academy of Science of Ukraine.

Is published under the certificate of subject of publishing entry in state register of publishers, manufactures and distributors of production, series DK№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. Tovstansovska** - 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, 2019

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 36*

Kyiv – 2019

# ЗМІСТ

## АКУШЕРСТВО

<b>Сучасні фактори ризику повторних акушерських та перинатальних ускладнень</b> <i>Д.О. Говсеєв</i> .....	8
<b>Вплив патології пуповини на перинатальні результати розродження</b> <i>С.О. Добарін</i> .....	15
<b>Порівняльні аспекти активної та очікувальної тактики ведення передчасних пологів при вилитті навколоплідних вод</b> <i>В.В. Артьоменко, Н.В. Домакова</i> .....	19
<b>Вагітність та пологи у жінок із апоплексією в анамнезі</b> <i>О.М. Іщак</i> .....	25
<b>Профілактика перинатальної патології при ретрохоріальних гематомах</b> <i>В.В. Козаченко</i> .....	30
<b>Сучасні аспекти прогнозування перинатальної патології після допоміжних репродуктивних технологій</b> <i>Я.А. Рубан</i> .....	35

## ГІНЕКОЛОГІЯ

<b>Вплив гістеректомії на сексуальні та уrogenітальні розлади у жінок з надмірною масою тіла</b> <i>В.В. Костіков</i> .....	42
<b>Особливості контрацепції у жінок із бактеріальним вагінозом</b> <i>С.А. Пандей</i> .....	47
<b>Роль гістероскопії у діагностиці гіперпластичних процесів матки у постменопаузальний період</b> <i>Ю.М. Садигов</i> .....	52
<b>Особливості прегравідарної підготовки у пацієнок з аутоімунним тиреоїдитом</b> <i>Д.Ю. Берая</i> .....	59
<b>Вплив органозберігальних операцій на яєчниках на менструальну функцію жінок</b> <i>А.В. Бойко, В.А. Терехов</i> .....	64
<b>Особливості лікування порушень менструальної функції у жінок з дифузною дисплазією грудних залоз</b> <i>С.Є. Гладенко</i> .....	71
<b>Найближчі і віддалені наслідки хірургічного лікування різних форм аденоміозу</b> <i>С.Я. Гринчук</i> .....	75
<b>Клінічні аспекти гіперпластичних процесів та поліпів ендометрія</b> <i>О.К. Ігнат'єва</i> .....	81
<b>Тактика ранньої діагностики та прогнозування дифузної дисплазії грудних залоз у жінок перименопаузального віку</b> <i>О.Ю. Крук</i> .....	86

<b>Клініка та діагностика різних форм апоплексії яєчника</b> <i>Г.В. Колесник, П.М. Патій</i> .....	90
<b>Порівняльна характеристика локальних деструктивних методів лікування передракової патології шийки матки</b> <i>А.А. Суханова, Є.І. Соколова</i> .....	98

## БЕЗПЛІДДЯ

<b>Невдалі спроби допоміжних репродуктивних технологій у жінок з першим медичним абортom в анамнезі</b> <i>С.М. Бакшеєв</i> .....	108
<b>Оптимізація допоміжних репродуктивних технологій при чоловічому безплідді</b> <i>О.О. Берестовий</i> .....	114

## ТЕЗИ науково-практичного семінару у форматі телемосту

«Міжнародні та вітчизняні стандарти надання гінекологічної допомоги»

12 вересня 2019 року,

КИЇВ–ОДЕСА–МИКОЛАЇВ–ХЕРСОН

<i>С.М. Бакшеєв</i> .....	118
<i>Д.Ю. Берая</i> .....	119
<i>О.О. Берестовий</i> .....	119
<i>А.В. Бойко, В.А. Терехов</i> .....	120
<i>С.Є. Гладенко</i> .....	120
<i>Д.О. Говсеєв</i> .....	121
<i>С.Я. Гринчук</i> .....	121
<i>С.О. Добарін</i> .....	122
<i>Н.В. Домакова</i> .....	122
<i>О.К. Ігнат'єва</i> .....	123
<i>О.М. Іщак</i> .....	123
<i>В.В. Козаченко</i> .....	124
<i>В.В. Костіков</i> .....	124
<i>О.Ю. Крук</i> .....	124
<i>С.А. Пандей</i> .....	125
<i>П.М. Патій</i> .....	125
<i>Я.А. Рубан</i> .....	126
<i>Ю.М. Садигов</i> .....	126
<i>Є.І. Соколова</i> .....	127

## ГІНЕКОЛОГІЯ

<b>Особливості менеджменту періоду менопаузального переходу у жінок з екстрагенітальною патологією</b> <i>В.І. Пирогова, Х.В. Козак</i> .....	128
--	-----

## СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА

<b>Алгоритм інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг на рівень первинної медичної допомоги.</b> <i>Н.Я. Жилка, О.С. Щербінська</i> .....	134
--	-----

# Сучасні фактори ризику повторних акушерських та перинатальних ускладнень

**Д. О. Говсеєв**

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

Міський клінічний пологовий будинок № 5, м. Київ

Запропонована бальна вимірвальна система оцінки ризику гестаційних ускладнень дозволяє обґрунтувати доцільність проведення лікувальних заходів у групі ризику. Одночасно з цим представлений підхід відкриває перспективу виділення контингенту вагітних, які не потребують проведення лікувально-профілактичних заходів, що дозволить уникнути необґрунтованих втручань у гестаційний процес. Використання запропонованої методики прогнозування дозволить знизити частоту повторних ускладнень вагітності.

**Ключові слова:** вагітність, повторні ускладнення, фактори ризику.

У сучасному акушерстві прогнозування гестаційних та перинатальних ускладнень базується на концепції високого ризику [2, 6], але складність патогенетичних механізмів їх формування утруднює можливості цілеспрямованого прогнозування. Основним досягненням сучасного етапу вивчення патогенезу акушерських ускладнень є кардинальне розширення уявлень щодо ангіогенного дисбалансу та судинних порушень, які супутні початковим стадіям плацентарної недостатності та асоційованих з нею гестаційних ускладнень, а також визначення значення ендотеліальної дисфункції в їх клінічній маніфестації [4, 7].

Виявлення доклінічних системних змін в організмі жінки відкриває перспективу верифікації провісників гестаційних ускладнень на підставі скринінг-дослідження біохімічних та біофізичних показників [1, 5]. Однак жоден з методів ранньої діагностики не може претендувати на ідеальний скринінг, індивідуальна прогностична цінність кожного з тестів невисока, а багатофакторність ускладнень вагітності визначає необхідність пошуку комплексних методів їхнього ефективного прогнозування з перспективою використання не одного, а цілої низки клінічних та біохімічних маркерів [3, 7]. Для оптимізації антенатального обстеження з метою формування груп ризику доцільно використовувати найбільш інформативні з доступних тестів оцінки фетоплацентарного гомеостазу, а обґрунтування необхідності всіх видів досліджень повинно мати доказову базу, засновану на епідеміологічному підході до верифікації окремих факторів ризику.

Більш точна ідентифікація груп ризику на підставі комплексного підходу до вибору прогностичних стратегій може сприяти розробленню цілеспрямованих за-

ходів профілактичного та лікувального впливу та обмеженню «акушерської агресії», особливо у жінок з повторними гестаційними ускладненнями.

**Мета дослідження:** встановлення сучасних факторів ризику повторних акушерських і перинатальних ускладнень на підставі використання сучасних інформативних маркерів.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети дослідження були проведені у два етапи. На першому етапі під спостереження безвибірковим методом було взято 150 жінок, що стали на облік з вагітності у жіночій консультації, одноплідна вагітність та згода вагітної на обстеження протягом усього періоду гестації. До групи контролю увійшли 50 невагітних жінок. Середній вік вагітних становив  $25,8 \pm 0,4$  року, жінок групи контролю –  $24,9 \pm 0,7$  року ( $p > 0,05$ ). Після завершення вагітності залежно від особливостей її перебігу та результату було виконано розподіл жінок на три клінічні групи.

Група 1 – 50 жінок, перебіг вагітності в яких мав різні акушерські ускладнення (загроза переривання вагітності, гестоз, порушення стану плода) та завершився несприятливим перинатальним наслідком: антенатальною загибеллю плода, передчасними пологам, народженням доношених дітей з пренатальною гіпотрофією і/або захворюваннями постгіпоксичного генезу.

Група 2 – 50 жінок, вагітність у яких також мала ускладнений перебіг, але завершилась народженням здорових доношених дітей.

Група 3 – 50 жінок з фізіологічним перебігом та наслідком вагітності.

До комплексу проведених досліджень було включено клінічні, ехографічні, доплерометричні, картографічні, лабораторні (рівень плацентарного фактору зростання, стабільних метаболітів оксиду азоту, ендотеліну-1, концентрація С-реактивного білка) дослідження проводили за загальноприйнятими методиками [5].

Статистичне оброблення результатів проводили згідно з рекомендаціями О.П. Мінцера та співавторів [4].

Відповідно до мети дослідження, за результатами першого етапу роботи була розроблена таблиця бальної оцінки факторів перинатального ризику в жінок із повторними ускладненнями гестації. Для оцінювання інформативності алгоритму перинатального моніторингу було застосовано безвибіркове обстеження відповідно до складеної програми 50 жінок з одноплідною вагітністю. Оцінених за вказаною вище шкалою вагітних розподілено на групу сприятливого прогнозу та групу ризику щодо виникнення повторних ускладнень гестації. Після завершення вагітності у даних жінок було зроблено остаточні висновки.

Дослідження провели згідно з принципами Гельсінської декларації. Протокол дослідження було ухвалено комісією з питань етики Національної медичної академії з післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати оцінювання перинатального ризику довели, що несприятливий наслідок вагітності для плода було асоційовано з факторами, аналогічними встановленим факторам у процесі оцінки ризику розвитку гестаційних ускладнень. Так, із соматичних захворювань фактором, що значно збільшує перинатальний ри-

зик, є гіпертонічна хвороба (відносний ризик (ВР) дорівнює 2,1), а факторами, що помірно впливають на збільшення ризику, були ожиріння (ВР=1,5) і анемія, що виявляється в І триместрі вагітності (ВР=1,3). Значно більше ризик несприятливого перинатального наслідку підвищувало паління (ВР=2,1). З анамнестичних показників суттєвим фактором ризику був дефіцит маси тіла до вагітності (ВР=1,7). У рамках проведеного дослідження вказівка на штучні аборти в анамнезі незначно підвищувала перинатальний ризик (ВР=1,1), але ранні репродуктивні втрати збільшували ризик в 1,3 разу, а наявність трьох і більше випадків переривання вагітності сприяла збільшенню ризику в 1,4 разу.

Внаслідок мультифакторності гестаційних і перинатальних ускладнень можливість їхнього цілеспрямованого і достовірного прогнозування, заснованого на виділенні тільки клініко-анамнестичних та ультразвукових факторів ризику, дуже утруднена. Цей факт визначає необхідність пошуку прогностично достовірних маркерів акушерського та перинатального ризику, заснованих на вивченні основних механізмів формування гестаційних ускладнень.

Результати проведеного аналізу дозволили встановити, що стандартний об'єм гормонального обстеження у більшості випадків не дозволяє діагностувати доклінічні зміни, що розвиваються у фетоплацентарній системі.

Важлива роль у розвитку матково-плацентарної судинної сітки в процесі морфофункціонального становлення фетоплацентарного комплексу відводиться оптимальній продукції проангіогенних факторів [7].

Дане дослідження показало, що у пацієток з фізіологічною вагітністю рівень плацентарного фактору зростання (PIGF) прогресивно наростає у процесі формування та розвитку плаценти, досягав піку в 27–31 тиж та дещо знижувався до 32–35 тиж гестації. Формування типових гестаційних ускладнень (загрози переривання вагітності, прееклампсії, плацентарної дисфункції) супроводжувалося наявністю загальної закономірності у формі зниження сироваткової концентрації PIGF протягом усього періоду гестації.

Однак у пацієток з гестаційними ускладненнями, вагітність яких завершилась народженням здорових дітей, суттєві відмінності з фізіологічною вагітністю у показниках концентрації фактору зростання плаценти відсутні, тоді як у жінок з несприятливими перинатальними наслідками зниження експресії PIGF було виявлено в процесі анатомічного формування плаценти, зберігалось і прогресувало протягом усієї вагітності, а максимальне значення показника навіть не досягали рівня, характерного для жінок з фізіологічною вагітністю у терміні 21–26 тиж. Цей факт свідчить про порушення процесів плацентарного ангіогенезу і, отже, неповноцінність її компенсаторних можливостей. Імовірно, цей маркер є одним із самих ранніх предикторів плацентарної дисфункції та несприятливого наслідку вагітності для плода.

У розвитку вагітності важливу роль відіграє функціональний стан судинного ендотелію, що забезпечує зниження периферичного судинного опору та посилення маткової кровотечі завдяки вазодилатуючому ефекту оксиду азоту [6].

Згідно з отриманими результатами, у жінок із гестаційними ускладненнями, що народили здорових дітей, у ранні терміни вагітності достовірних відмінностей у рівні стабільних метаболітів оксиду азоту порівняно з показниками жінок з фізіологічною вагітністю, не встановлено ( $p > 0,05$ ). У той самий час у пацієток з

несприятливими перинатальними наслідками в І триместрі показники були достовірно нижче, ніж у жінок, що народили здорових дітей. Це дозволяє припустити наявність серйозних змін функціонального стану судинного ендотелію. Тенденція до деякого збільшення даного показника в ІІ триместрі вагітності (до  $10,21 \pm 0,27$  мкМ/л у терміні 15–21 тиж і  $10,07 \pm 0,37$  мкМ/л у 22–28 тиж) може бути пов'язана з проявом компенсаторних можливостей, спрямованих на підтримку мікроциркуляції в ділянці плацентарного ложа для запобігання переривання вагітності. У ІІІ триместрі гестації сироваткова концентрація стабільних метаболітів NO у пацієток з гестаційними ускладненнями, поза залежності від перинатального наслідку, достовірно відрізнялась від показників жінок з фізіологічною вагітністю, при цьому найбільше зниження величини маркера на стадії прояву гестаційних ускладнень встановлено у жінок, що народили хворих дітей.

У процесі кореляційного аналізу між концентрацією стабільних метаболітів NO і кількісними вмістом фактору зростання плаценти у сироватці крові в ранні терміни вагітності було встановлено пряму залежність з високим ступенем достовірності ( $r = 0,706$ ;  $p < 0,0001$ ). У ІІ триместрі вагітності дана закономірність зберігалась: спряженість показників була позитивною і статистично значимою ( $r = 0,783$ ;  $p < 0,0001$ ).

Дослідження концентрації ендотеліну-1 у сироватці крові оказало, що як у здорових вагітних, так і у пацієток з гестаційними ускладненнями в ранні терміни рівень даного маркера був зіставний з показниками групи контролю ( $0,64 \pm 0,4$  моль/мл;  $p > 0,05$ ) і суттєво не змінився у ІІ триместрі вагітності.

Фізіологічні процеси, що зумовлюють нормальний перебіг вагітності, зіставні зі структурними і функціональними взаємодіями тканин плідного яйця та ендометрія. Ці процеси супроводжуються деяким ушкодженням тканин материнського організму та розвитком запальної відповіді, значення якого при фізіологічній і ускладненій вагітності донині залишається маловивченим [2, 6, 7]. Маркером запальних змін у рамках даного дослідження є сироваткова концентрація С-реактивного білка (hsCRP).

У І триместрі фізіологічної вагітності концентрація hsCRP ( $4,43 \pm 0,32$  мг/л) значно перевищувала рівень білка у невагітних ( $1,27 \pm 0,15$  мг/л;  $p < 0,01$ ), указуючи на асоціативність процесів плацентации та запалення. Результати динамічного обстеження здорових вагітних виявили достовірне збільшення експресії hsCRP (до  $5,81 \pm 0,67$  мг/л у терміні 15–21 тиж;  $p < 0,05$ ). У кінці ІІ триместра вагітності концентрація hsCRP становила  $5,73 \pm 0,56$  мг/л, у 29–35 тиж –  $5,42 \pm 0,87$  мг/л ( $p > 0,05$ ). При доношеній фізіологічній вагітності концентрація hsCRP збільшилась до  $6,67 \pm 0,73$  мг/л ( $p > 0,05$ ).

Аналіз динаміки сироваткової концентрації С-реактивного білка у пацієток з гестаційними ускладненнями свідчив про формування більш вираженої запальної відповіді на ранніх етапах гестаційного процесу. У І триместрі вагітності концентрація білка становила  $5,85 \pm 0,63$  мг/л у жінок з несприятливими перинатальними наслідками і  $6,26 \pm 0,77$  мг/л у пацієток з ускладненим перебігом вагітності, що народили здорових дітей, достовірно перевищуючи показник жінок із фізіологічною вагітністю ( $4,42 \pm 0,3$  мг/л;  $p < 0,05$ ). У ІІІ триместрі вагітності запальна відповідь була значно більш інтенсивною у пацієток з несприятливими наслідками вагітності для плода ( $8,78 \pm 0,99$  мг/л і  $5,42 \pm 0,86$  мг/л;  $p < 0,05$ ), але при доношеній вагітності зміни у рівні С-реактивного білка у жінок порівнюваних груп були недостовірні-

ми у зв'язку з наявністю як дуже високих (30,5 г/л), так і низьких (2 мг/л) значень маркера. Як показали дослідження, даний факт обумовлений характером гестаційних ускладнень, і найбільш високі показники були зареєстровані у вагітних з прееклампсією. У жінок з наступним розвитком прееклампсії вже у I триместрі було зареєстровано достовірно більш висока експресія hsCRP ( $7,88 \pm 0,82$  мг/л), ніж при фізіологічній вагітності ( $4,43 \pm 0,32$  мг/л;  $p < 0,01$ ), і відзначено прогресуюче збільшення концентрації білка: при термінах вагітності 29–35 тиж концентрація hsCRP становила  $10,07 \pm 1,13$  мг/л ( $p < 0,01$ ), при доношеній вагітності –  $12,97 \pm 2,09$  мг/л ( $p < 0,05$ ).

Сучасні уявлення щодо патофізіології гестозу припускають також формування ендогенної інтоксикації як важливого компоненту патогенезу [7]. Наші дослідження рівня середньомолекулярних пептидів (молекул середніх мас – МСМ) показали, що при фізіологічній вагітності параметри ендогенної інтоксикації не зазнають суттєвих змін навіть до її завершення. У той самий час у вагітних з прееклампсією латентний токсикоз виявлявся з початку II триместру.

Кореляційний аналіз між сироватковою концентрацією С-реактивного білка і рівнем середньомолекулярних пептидів встановив наявність прямого взаємозв'язку показників з високим ступенем достовірності (hsCRP – МСМ-254 нм:  $r = 0,783$ ;  $p < 0,001$ ; hsCRP – МСМ-22 нм:  $r = 0,672$ ;  $p < 0,001$ ).

Оскільки в клінічній практиці розглядається сукупний, а не індивідуальний вплив факторів ризику на можливість розвитку ускладнень, основу прогнозу гестаційних ускладнень становив клініко-анамнестичний підхід, що базується на сучасних методах статистичного аналізу, який був доповнений результатами пальпаторного обстеження вагітних. Проведений клінічний аналіз з урахуванням показників фетоплацентарного гомеостазу у I – початку II триместрів вагітності дозволив виконати математичну оцінку акторів ризику, на підставі якої виявлено фактори, що підвищують ймовірність розвитку гестаційних ускладнень і несприятливо-го перинатального наслідку.

Математичний аналіз для оцінки ймовірності розвитку гестаційних ускладнень включав наступні етапи:

- 1) виявлення залежності між розвитком ускладнень і факторами, що розглядаються;
- 2) визначення ймовірності розвитку ускладнень для кожного із виявлених факторів ризику;
- 3) прогнозування розвитку ускладнень на підставі сукупності виявлених факторів ризику.

Визначення інформативності клінічних факторів ризику, доповнених лабораторно-діагностичними тестами оцінки фетоплацентарного гомеостазу, дозволило розробити оціночно-прогностичну шкалу ризику розвитку повторних гестаційних ускладнень (таблиця).

Середня сумарна оцінка ризику гестаційних ускладнень у жінок з фізіологічною вагітністю становила  $3,9 \pm 1,5$  бала ( $M \pm \sigma$ ), пацієнок з гестаційними ускладненнями –  $12,2 \pm 1,8$  бала ( $M \pm \sigma$ ), загальна сумарна оцінка становила 8,9 бала, тому при індивідуальному проспективному оцінюванні кількість балів, що становить 9,0 і більше, вказує на високий ризик розвитку ускладнень вагітності.

## Шкала оцінки ризику розвитку гестаційних ускладнень

Ознака	BP1	Шанс	ВШ2	ВП	Бали
<i>Соціальні фактори</i>					
Паління	1,44	15,7	8,44	7,44	7
Дефіцит маси тіла	1,09	2,75	1,34	1,3	1
Незареєстрований шлюб	1,06	2,45	1,21	1,15	1
<i>Акушерсько-гінекологічний анамнез</i>					
Рубець на матці	1,12	3,0	1,46	1,44	1
Безпліддя	1,09	2,71	1,31	1,29	1
Мимовільні аборти	1,32	6,0	3,21	2,5	3
Три і більше мимовільних і/або штучних абортів в анамнезі	1,26	4,88	2,46	2,39	2
Передчасні пологи	1,44	1,0	6,21	5,38	5
Прееклампсія	1,32	4,88	2,87	2,3	2
<i>Соматичні захворювання</i>					
Гіпертонічна хвороба	1,36	9,5	4,79	4,44	4
Ожиріння	1,23	4,26	2,2	2,02	2
Захворювання нирок	1,06	2,45	1,23	1,14	1
Анемія, ранні терміни вагітності	1,3	2,33	1,15	1,09	1
<i>Результати скринінг-обстеження</i>					
Сироваткова концентрація PAPP-A $\leq 2,2$ мкг/мл у 10-11 тиж	1,21	3,29	1,91	1,36	1
Носійство Chlamydia trachomatis	1,22	4,4	2,18	1,97	2
Носійство Toxoplasma gondii	1,24	4,58	2,35	2,11	2
<i>Додаткові лабораторні тести ранні терміни вагітності</i>					
Сироваткова концентрація стабільних метаболітів NO $\leq 8,2$ мкМ/л	1,93	8,0	1,69	6,2	6
Сироваткова концентрація С-реактивного білка $\geq 8,0$ мг/л	1,61	8,5	6,8	4,67	5
Сироваткова концентрація С-реактивного білка $\leq 2,9$ мг/л	1,18	2,83	1,69	1,57	2

### ВИСНОВКИ

Запропонована бальна вимірювальна система оцінки ризику гестаційних ускладнень дозволяє обґрунтувати доцільність проведення лікувальних заходів у групі ризику. Водночас з цим представлений підхід відкриває перспективу виділення контингенту вагітних, які не потребують проведення лікувально-профілактичних заходів, що дозволить запобігти необґрунтованим втручанням у гестаційний процес.

#### Современные факторы риска повторных акушерских и перинатальных осложнений Д.А. Говсеев

Предложенная балльная измерительная система оценки риска гестационных осложнений позволяет обосновать целесообразность проведения лечебных мероприятий в группе риска. Одновременно с этим представленный подход открывает перспективу выделения контингента беременных, не нуждающихся в проведении лечебно-профилактических мероприятий, что позволит избежать необоснованных вмешательств в гестационный процесс. Использование предложенной методики прогнозирования позволит снизить частоту повторных осложнений беременности.

**Ключевые слова:** беременность, повторные осложнения, факторы риска.

#### Factors of risk of repeated obstetrical and perinatal complications D.A. Govseyev

The offered mark measuring system of an assessment of risk of gestational complications allows to prove expediency of carrying out medical actions in group of risk. At the same time with it presented approach opens prospect of allocation of the contingent of the pregnant women who aren't needing carrying out treatment-and-prophylactic actions that will allow to avoid unreasonable interventions in gestational process. Use of an offered technique of forecasting will allow to reduce the frequency of repeated complications of pregnancy.

**Key words:** pregnancy, repeated complications, factors of risk.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бабкина Т.М. Эхографические методы исследования в акушерстве и гинекологии // Клиническая медицина. – 2014. – № 4. – С. 123–126.
2. Запорожан В.М. // Акушерство і гінекологія. – К.: Здоров'я, 2016. – 240 с.
3. Игитова М.Б. Прогнозирование и лечение беременных с высоким риском развития акушерских осложнений // Акушерство и гинекология. – 2016. – № 3. – С. 43–51.
4. Минцер А.П. Статистические методы исследования в диссертационных работах // Практическая медицина. – 2014. – № 4. – С. 87–92.
5. Назаренко Г.И. Лабораторные методы исследования в клинической медицине. – М.: Медицина, 2016. – 358 с.
6. Радзинский В.Е. Плацентарная недостаточность прогнозирования и ее коррекция // Акушерство и гинекология. – 2016. – № 1. – С. 11–16.
7. Сердюк Г.В., Момот А.П., Воробьева Е.Н. Клинико-диагностическое значение С-реактивного белка и проангиогенных факторов роста как маркеров системного воспалительного ответа при беременности (обзор литературы) // Клиническая лабораторная диагностика. – 2016. – № 6. – С. 3–8.

УДК 618.5-06:618.33-001-031.31.31-02:618.38-031.71

## Вплив патології пуповини на перинатальні результати розродження

С.О. Добарін

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

Результати проведених досліджень свідчать, що багаторазове обвиття пуповиною ший плода є чинником ризику розвитку плацентарної дисфункції, що значною мірою обумовлює високий рівень перинатальної захворюваності і смертності. З метою поліпшення перинатальних результатів розродження необхідне адекватне оцінювання найбільш інформативних клініко-функціональних і лабораторних показників, на підставі чого можливий вибір правильної тактики ведення III триместра вагітності і раціонального методу розродження.

**Ключові слова:** патологія пуповини, перинатальні результати розродження.

Проблема зниження перинатальної смертності і захворюваності продовжує залишатися однією з найважливіших в сучасному акушерстві. На тлі низької народжуваності плодів втрати за останні 10 років залишаються досить високими, хоча й мають тенденцію до зниження [1–4].

За даними сучасної літератури [1–4], понад 75% випадків перинатальної смертності пов'язано з гіпоксією плода, асфіксією новонародженого і внутрішньочерепною травмою гіпоксичного генезу, обумовленими часто патологією пуповини – відносна короткість пуповини унаслідок її обвиття довкола частин тіла плода. Обвиття пуповини є найчастішим і водночас одним з найбільш несприятливих у плані прогнозування результатів вагітності і пологів для плода патологічних станів. Ознаки хронічної гіпоксії виявлені вдвічі, а ознаки гострої гіпоксії – в 11 разів частіше у дітей, що народилися з обвиттям пуповиною. Крім того, в цих новонароджених зафіксований значний відсоток порушень мозкового кровообігу і гіпотрофії.

Сприятливий результат вагітності і пологів при даній патології пуповини визначається як спадковістю на етапах анте- та інтранатальної охорони плода, так і ретельним розробленням семіотики страждання плода при розродженні. Водночас багато питань пренатальної діагностики багаторазового обвиття пуповиною плода, а також оцінювання клінічної значущості лабораторного та ультразвукового дослідження залишаються маловивченими. Так, на нашу думку, серед цілої низки важливих питань особливе місце посідає необхідність вивчення функціонального стану фетоплацентарного комплексу в цій групі вагітних, що дозволить, на наш погляд, науково обґрунтувати необхідність удосконалення використовуваних прогностичних і лікувально-профілактичних заходів.



**Мета дослідження:** зниження частоти перинатальної патології у жінок при багаторазовому обвитті пуповиною шії плода на тлі вивчення особливостей клінічного перебігу вагітності і пологів, функціонального стану фетоплацентарного комплексу, а також розроблення алгоритму діагностичних заходів і раціональної тактики розродження.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети і завдань наукового дослідження було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 175 жінок у терміні від 28 до 41 тиж гестації. Усіх обстежених було розподілено на дві групи:

1. Основна – 125 вагітних з багаторазовим обвиттям пуповиною шії плода (за наявності або відсутності іншої акушерської та екстрагенітальної патології), причому були виділені три підгрупи:

- підгрупа 1 – 50 жінок з дворазовим обвиттям;
- підгрупа 2 – 50 жінок з триразовим обвиттям;
- підгрупа 3 – 25 жінок з чотириразовим обвиттям.

2. Контрольна група – склали 50 жінок у ті самі терміни вагітності з аналогічною акушерською та екстрагенітальною патологією, але без обвиття пуповиною шії плода.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, доплерометричні, кардіотокографічні, морфологічні і статистичні методи дослідження.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що клінічний перебіг вагітності у жінок з багаторазовим обвиттям пуповиною шії плода характеризується високим рівнем плацентарної дисфункції, частота якої збільшувалася з наростанням кратності обвиття:

- з 24,0% – при дворазовому,
- до 32,0% – при триразовому,
- до 52,0% – при чотириразовому обвитті пуповиною шії плода з переважанням затримки розвитку плода за асиметричним варіантом (90,0%).

При розродженні жінок з багаторазовим обвиттям пуповиною шії плода частота ускладнень (передчасний розрив плодових оболонок, аномалії пологової діяльності, дистрес плода і випадання петель пуповини) залежала від кратності обвиття, що призводило до високого рівня абдомінального розродження (33,6%), який також залежав від кратності обвиття: при дворазовому – 24,0%; при триразовому – 30,0% і при чотириразовому – відповідно 60,0%. У структурі показань частіше за інших мало місце поєднання обвиття пуповиною шії плода з плацентарною дисфункцією (при дворазовому – 25,0%; при триразовому – 33,3% і при чотириразовому – 46,7%).

Перинатальні результати розродження жінок з багаторазовим обвиттям пуповиною шії плода характеризувалися:

- високим рівнем середньо-тяжких форм асфіксії новонароджених (при дворазовому – 10,0%; при триразовому – 14,0% і при чотириразовому – 16,0%);
- затримки розвитку плода (22,0; 30,0 і 48,0% відповідно);
- постгіпоксичної енцефалопатії (12,0; 16,0 і 24,0% відповідно).

Сумарні перинатальні втрати становили при дворазовому обвитті 20,0%, при триразовому – 40,0% і при чотириразовому – 60,0%. Основною причиною перинатальних втрат у всіх випадках була гостра асфіксія новонароджених на тлі тяжкої форми затримки розвитку плода.

При розродженні жінок з багаторазовим обвиттям пуповиною шії плода встановлена пряма кореляційна залежність між частотою обвиття і рівнем затримки розвитку плода: дворазове обвиття –  $r=+0,71$ ; триразове –  $r=+0,77$  і чотириразове –  $r=+0,91$ ; а також між частотою обвиття і рівнем середньо-важких форм асфіксії новонароджених: дворазове обвиття –  $r=+0,74$ ; триразове –  $r=+0,77$  і чотириразове –  $r=+0,93$ .

При вивченні взаємозв'язку основних показників стану плода і способу розродження показано пряму кореляційну залежність між способом розродження і рівнем затримки розвитку плода: консервативне –  $r=+0,73$  і оперативне –  $r=+0,79$ ; а також між способом розродження і рівнем середньо-важких форм асфіксії новонароджених: консервативне –  $r=+0,75$  і оперативне –  $r=+0,93$ .

Функціональний стан фетоплацентарного комплексу у жінок з багаторазовим обвиттям пуповиною шії плода залежить від кратності обвиття і характеризується високою частотою затримки розвитку плода на тлі порушення матково-плацентарно-плодового кровотоку, дисгормональних і дисметаболических змін.

Морфологічні зміни з боку фетоплацентарного комплексу у жінок з двократним обвиттям пуповиною шії плода характеризуються різко вираженими компенсаторно-приспосувальними реакціями, які макроскопічно виявляються збільшенням маси, об'єму і товщини плаценти, а мікроскопічно – гіперплазією термінальних ворсин, капілярів, збільшенням синцитіокапілярних мембран, судинного індексу і площі капілярів. При три- і більш кратному обвитті нарастають деструктивно-некротичні зміни, які виявляються наявністю  $\alpha$ -функціональних зон і збільшенням погиреності незрілих форм ворсин.

### ВИСНОВКИ

Отже, багаторазове обвиття пуповиною шії плода є чинником ризику розвитку плацентарної дисфункції, що значною мірою обумовлює високий рівень перинатальної захворюваності і смертності. З метою поліпшення перинатальних результатів розродження необхідно адекватне оцінювання найбільш інформативних клініко-функціональних і лабораторних показників, на підставі чого можливий вибір правильної тактики ведення III триместра вагітності і раціонального методу розродження.

Вагітні з багаторазовим обвиттям пуповиною шії плода відносяться до групи високого перинатального ризику, що вимагає обов'язкового скринінгового трьохетапного обстеження з 34 тиж вагітності (ехографія, доплерометрія і кардіотокографія). При багаторазовому обвитті пуповиною шії плода у поєднанні з високою локалізацією плаценти і наявністю плацентарної дисфункції необхідно виконати плановий кесарів розтин. У решті випадків може плануватися розродження через природні пологі шляхи під кардіомоніторним контролем. При наростанні ознак плацентарної дисфункції (за даними КТГ) і при розвитку аномалій пологової діяльності повинно виконати екстрений кесарів розтин.

### Влияние патологии пуповины на перинатальные исходы родоразрешения С.А. Добарин

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что многократное обвитие пуповиной шеи плода является фактором риска развития плацентарной дисфункции, что в значительной мере обуславливает высокий уровень перинатальной заболеваемости и смертности. С целью улучшения перинатальных исходов родоразрешения необходима адекватная оценка наиболее информативных клинико-функциональных и лабораторных показателей, на основании чего возможен выбор правильной тактики ведения III триместра беременности и рационального метода родоразрешения.

**Ключевые слова:** патология пуповины, перинатальные исходы родоразрешения.

### Influence at pathology of umbilical cord at perinatal outcomes deliveries S.O. Dobarin

Results of the lead researches testify, that repeated twist umbilical cord of a neck of born is risk factor of development of placental dysfunction, that appreciably causes a high level perinatal diseases and death rates. With the purpose of improvement perinatal outcomes deliveries the adequate estimation of the most informative clinical-functional and laboratory parameters on the basis of that the choice of correct tactics of conducting III trimesters of pregnancy and a rational method deliveries is possible is necessary.

**Key words:** twist a umbilical cord, perinatal outcomes deliveries.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Пырскова Ж.Ю., Титченко Л.И. Индекс извитости сосудов пуповины. Антенатальная диагностика и перинатальные исходы // Вестник Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. – 2016. – № 4. – С. 13–15.
2. Титченко Л.И., Пырскова Ж.Ю. Ультразвуковая диагностика патологии пуповины // Обзор литературы. Вестник Рос. Ассоциации акушеров-гинекологов. – 2017. – № 3. – С. 26–28.
3. Шадлун Д.Р. Сучасні аспекти аналізу перинатальної смертності. Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Медицина». – 2010. – Вип. 11. – С. 292–297.
4. Шадлун Д.Р. Актуальні питання інтранатальних втрат на сучасному етапі. 36. наук. праць співробітників КМАПО імені П.Л. Шупика. – К., 2011. Вип. 9. – С. 765–769.

УДК 618.396-06:618.33-007.29-007.12]-08-037

## Порівняльні аспекти активної та очікувальної тактики ведення передчасних пологів при вилитті навколоплідних вод

В.В. Артьоменко, Н.В. Домакова

Одеський національний медичний університет МОЗ України

Було встановлено, що у вагітних з передчасним відходженням навколоплідних вод чинником ризику, який передуює передчасному розриву плодових оболонок, є наявність в анамнезі самовільних і штучних абортів, ускладнений перебіг вагітності та пологів, порушення біоценозу піхви, патологія ендометрія. Провідною мотивацією консервативного ведення вагітності є зниження частоти респіраторного дистрес-синдрому та збільшення виживання новонароджених з низькою та дуже низькою масою тіла. Чим довший безводний період, тим вище виживаність недоношених дітей за умови відсутності інфікування матері та плоду. Найбільш частим ускладненням при очікуваній тактиці пологів з передчасним розривом плодових оболонок є хоріоамніоніт. Підвищення частоти застосування штучної вентиляції легень при очікувальній тактиці ведення вагітності та пологів пов'язано з розвитком внутрішньоутробної пневмонії. Отже, в більшості випадків, очікувальну тактику при малих термінах вагітності (до 33–34 тиж.) належить вважати виправданою.

**Ключові слова:** передчасні пологи, передчасний розрив плодових оболонок, тактика ведення.

Передчасні пологи є провідною причиною в структурі перинатальної захворюваності [1–5]. У зв'язку з цим надзвичайно високий рівень (60–80%) ранньої неонатальної смертності пов'язаний з недоношеними новонародженими [1, 5]. Виходячи з результатів проведених досліджень [1–5], частота передчасних пологів залишається достатньо стабільною (5–7%), з них передчасний розрив навколоплідних оболонок спостерігається у кожному другому випадку, що відбувається на фоні дисфункції плаценти.

Крім того, передчасний розрив плодових оболонок часто відбувається внаслідок інфікування матері та плода [1, 5]. Лікарська тактика при передчасних пологах є предметом чисельних дискусій у сучасній літературі [1–5], тому ми зупинились саме на порівняльних аспектах активної та очікувальної тактики ведення передчасних пологів при вилитті навколоплідних вод.

**Мета дослідження:** встановити порівняльні аспекти перинатальних наслідків розродження передчасних пологів при різній тактиці ведення жінок.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проведено в спеціалізованому клінічному об'єднанні № 5 м. Одеси, спеціалізованому по передчасним пологам. Ретроспективному аналізу піддано перебіг вагітності та пологів у 72 жінок з передчасним вилиттям навколоплідних вод в терміни гестації 24–35 тиж за період 2010–2017 рр. З урахуванням тактики (активна, очікувальна) жінки були розподілені на дві групи.

До першої групи увійшли 18 (25%) жінок, у яких застосовувалась активна тактика ведення. За наявності ознак біологічної зрілості шийки матки вводили утеротонічні засоби, а при невідготовлених пологових шляхах пологозбудження здійснювали шляхом введення ензапросту, а потім інфузії окситоцину. З метою профілактики респіраторного дистрес-синдрому (РДС) плода призначався дексаметазон двократно по 8–12 мг.

До другої групи увійшли 54 вагітних з передчасним розривом плодових оболонок (ПРПО), у яких застосовувалась очікувальна тактика ведення. Термін вагітності тривав від 24 до 35 тиж, в тому числі: 24–27 тиж – у 4 (7,4%) пацієнток, 28–30 тиж – у 10 (18,5%), 31–32 тиж – у 15 (27,7%), 33–35 тиж – у 25 (46,3%) жінок.

Застосування очікувальної тактики базувалось на ретельному оцінюванні як акушерського, так і соматичного статусу, моніторингу стану плоду, оцінці об'єму навколоплідних вод, тону мати, результатів лабораторного дослідження крові, наявності нормотермії, бактеріоскопічного, бактеріологічного дослідження виділень, результатів УЗ-дослідження, КТГ, доплерометрії. В якості методу профілактики РДС застосовували дексаметазон, лазолван. Стан новонароджених оцінювали за шкалою Апгар, Сільвермана. Усі новонароджені перебували у відділенні інтенсивної терапії із застосуванням сучасного технологічного обладнання, що забезпечувало можливість виходжування та моніторингу основних функціональних систем організму.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вік вагітних коливався від 18 до 36 років, з них 24 (44,4%) першороділь та 30 (55,6%) повторнороділь. Екстрагенітальну патологію виявлено у 66,7% обстежених вагітних. Найбільш частим захворюванням була патологія травного тракту – 10 (13,9%), верхніх дихальних шляхів – 12 (16,7%), серцево-судинної системи – 14 (19,4%), порушення ліпідного обміну – 6 (8,3%).

Ускладнений акушерський анамнез виявлено у 46 (63,8%) вагітних. Дана вагітність настала самовільно у 50 (69,4%) пацієнток, після застосування допоміжних репродуктивних технологій – у 22 (30,6%) жінок. Звертає на себе увагу наявність в анамнезі високої частоти артифіційних самовільних абортів.

Тільки у 10 (13,9%) жінок із 72 спостерігали неускладнений перебіг вагітності. Привертає увагу дуже високий процент перенесеного ОРВІ, у більшості за 2–3 тиж до несвоечасного відходження вод. Найбільш поширеною патологією в перебігу вагітності була загроза її переривання в I–II триместрах, яка спостерігалась у 42 (58,3%) жінок. За результатами бактеріоскопічних і бактеріологічних досліджень виділень з каналу шийки матки виражений ріст умовнопатогенної мікрофлори в монокультури виявлено у 16 (22,2%), в асоціаціях – у 27 (37,5%) жінок. Мікробна мікрофлора найбільш часто була представлена *Candida albicans*, *E. coli*, *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus aureus*, бактеріями. Поєднання захво-

рювань, які передаються статевим шляхом, і умовно-патогенної флори виявлено у 32 (44,4%) жінок.

При активній тактиці пологи через природні пологові шляхи здійсненні в 13 (72,2%) з 18 жінок. Тривалість першого періоду тривала від 7 год 20 хв до 13 год 45 хв. Кесарів розтин виконано у 5 (27,8%) жінок, як правило, в термін вагітності 33–34 тиж. Показанням до операції була відсутність ефекту від пологозбудження.

Під час оцінювання перинатальних наслідків розродження встановлено, що маса тіла новонароджених становила від 795 г у 25 тиж до 2930 г у 35 тиж. Двоє новонароджених померли в ранній неонатальний період від чисельних вад розвитку, один – від вродженої пневмонії. Асфіксія новонароджених спостерігалась у 6 (11%), з них легкого ступеня – в 1, середнього – у 3, тяжкого – у 2 дітей. Синдром дихальних розладів (СДР) оцінювали за шкалою Сильвермана і зафіксували у 14 (26%) новонароджених, з них у 4 дітей – середнього та тяжкого ступеня. Ацидоз крові з артерії пуповини при народженні був виявлений у кожному другому випадку при природному розродженні.

За результатами нейросонографії у 8 (44,4) новонароджених виявлено посилення перивентрикулярної ехогеності, у решти ці показники були в межах норми. За підсумками клінічних та параклінічних досліджень гіпоксична енцефалопатія була виявлена в одному випадку. Не виключено, що дані результати обґрунтовані великою питомою масою тіла дітей, народжених в термін 32–34 тиж вагітності. У кожному другому випадку новонароджені даної групи потребували підтримувальної вентиляційної терапії на ІВЛ. На ІВЛ перебувало 6 (33%) новонароджених, усі діти розроджені до 32 тиж, на СРАР – 4 (22%), решта потребувала приймання кисню за допомогою маски.

У другій (очікувальна тактика) групі природне розродження здійснено у 46 (83%) вагітних. Наші дані свідчать, що в більшості випадків у жінок з передчасним розривом плодових оболонок початок пологової діяльності настав спонтанно протягом чотирьох діб та у 16 (30%) – через 72 год безводного проміжку. Протягом першої доби початок регулярної пологової діяльності настав у 12 (22%) жінок. Результати свідчать, що чим менше строк гестації, тим довший безводний проміжок до початку самостійної регулярної пологової діяльності. В якості препаратів, призначених для знеболення, у більшості використовувались спазмолітики.

Тривалість I періоду пологів при очікуваній тактиці становила від 4 год до 15 год 30 хв і була в середньому 8 год 12 хв, тривалість II періоду становила 23,5 хв у середньому. Необхідність епізіотомії зафіксована у 36 вагітних.

Оперативне розродження виконано у 8 (14,8%) вагітних. Показанням до операції в даній групі вагітних були дистрес плода – 2 (3,7%) випадки, анатомофункційна неспроможність міометрія в зоні післяопераційного рубця – 3 (5,6%), вагітність у терміні 18–30 тиж у поєднанні з екстрагенітальною патологією – 1 (1,9%) випадок, тазове передлежання – 1 (1,9%), слабкість пологової діяльності з відсутністю ефекту від активації утеротоніками – 1 (1,9%) випадок. Кесарів розтин виконаний у 4 жінок у першу добу безводного періоду, у 3 – на другу добу.

Слід зазначити, що у жодної жінки до операції не було діагностовано гіпертермії. У післяопераційний період усім жінкам проводили антибактеріальну терапію. Тільки у 3 жінок на 2–3-у добу післяопераційного періоду було зареєстровано підвищення температури тіла зі зсувом лейкоцитарної формули вліво. Моніто-

ринг лабораторних показників здійснювали щоденно, на фоні антибактеріальної терапії, значного лейкоцитарного та нейтрофільного руху не зареєстровано.

У 6 (33,3%) вагітних відзначено підвищення температури за добу до пологів у межах до 37,4 °C і вище, у всіх безводний період становив більше ніж 62 год. Хоріонамніоніт розвинувся у кожному третьому випадку (33,3%) у жінок з очікувальною тактикою ведення пологів, у всіх безводний період становив понад 1,5 доби, а розвиток пологової діяльності настав протягом 2 діб після передчасного вилиття навколоплідних вод. При наявності хоріонамніоніту внутрішньоутробна інфекція була діагностована в 50% випадків новонароджених, внутрішньоутробний омфаліт – в 5%, везикульоз – в 5%. Прояви внутрішньоутробного інфікування не залежали від тривалості безводного періоду.

У всіх породіль з внутрішньоутробним інфікуванням при бактеріологічному дослідженні мазків із піхви була виявлена умовно-патогенна мікрофлора. Антибактеріальна терапія в період безводного проміжку проводилась всім жінкам незалежно від нормо- або гіпертермії та результатів дослідження крові.

Маса тіла новонароджених становила 740–3010 г та розподілилась наступним чином:

- від 800 до 1000 г – 9 (16,7%),
- від 1001 до 1500 г – 11 (20,4%),
- від 1500 до 2000 г – 10 (18,5%),
- від 2001 до 2500 г – 11 (20,4%),
- вище 2500 г – 13 (24%).

Перебіг раннього неонатального періоду характеризувався наявністю у 37 (68,5%) новонароджених асфіксії легкого ступеня – 27 (50%), середнього – 9 (16,7%), тяжкого – 18 (33%). Синдром дихальних розладів у жінок з очікувальною тактикою ведення пологів за частотою розподілився так: тяжкий РДС відзначено у 3 (5,9%) новонароджених, РДС середнього ступеня – у 7 (13,7%), легкого ступеня – у 41 (80,4%). Відсутність РДС була в трьох спостереженнях. Підтримувальна вентиляційна терапія була проведена в 43 (79,6%) випадках, у тому числі ІВЛ потребувало 27 (50%) новонароджених, СПАП – 17 (31,5%), кисневої маски – 2 (3,7%), без додаткового кисню – 11 (20,4%). Показанням до ІВЛ у п'яти випадках з 54 стала наявність внутрішньоутробної пневмонії.

Було констатовано, що чим довший безводний період, тим легший ступінь тяжкості РДС за умови відсутності внутрішньоутробної інфекції. Розвиток внутрішньоутробної пневмонії не залежав від терміну гестації. Ацидоз пуповинної крові за першу хвилину життя виявлено у 38 (70,4%) випадках. За даними нейросонографії у 18 (33,3%) дітей виявлена структурна незрілість головного мозку, в 11 (20,4%) – посилена перевентрикулярна ехогенність. Найнижча маса тіла при народженні, по відношенню до того чи іншого гестаційного віку, виявлена у 4 новонароджених з активною тактикою ведення та у 14 – з очікувальною тактикою.

## ВИСНОВКИ

Отже, у вагітних з передчасним відходженням навколоплідних вод чинником ризику, який передуює передчасний розрив плодових оболонок (ПРПО), є наявність

в анамнезі самовільних і штучних абортів, ускладнений перебіг вагітності та пологів, порушення біоценозу піхви, патологія ендометрія. Провідною мотивацією консервативного ведення вагітності з ПРПО є зниження частоти респіраторного дистрес-синдрому та збільшення виживаності новонароджених з низькою та дуже низькою масою тіла. Чим довший безводний період, тим вище рівень виживаності недоношених дітей за умови відсутності інфікування матері та плоду.

Найбільш частим ускладненням при очікуваній тактиці пологів з ПРПО є хоріонамніоніт. Підвищення частоти застосування ІВЛ при очікувальної тактиці ведення вагітності пов'язано з розвитком внутрішньоутробної пневмонії. Отже, в більшості випадків очікувальну тактику при малих термінах вагітності (до 33–34 тиж) належить вважати виправданою.

## Сравнительные аспекты активной и выжидательной тактики ведения преждевременных родов при излитии околоплодных вод

*В.В. Артеменко, Н.В. Домакова*

Было установлено, что у беременных с преждевременным разрывом околоплодных оболочек факторами риска являются наличие в анамнезе самопроизвольных и искусственных абортов, осложненное течение беременности и родов, нарушения биocenоза влагалища, патология эндометрия. Основной мотивацией консервативного ведения беременности является снижение частоты респираторного дистресс-синдрома и увеличение выживаемости новорожденных с низкой и очень низкой массой тела. Чем продолжительней безводный период, тем выше частота выживаемости недоношенных детей, при условии отсутствия инфицирования матери и плода.

Наиболее частым осложнением при выжидательной тактике ведения родов с ПРПО является хоріонамніоніт. Повышение частоты использования искусственной вентиляции легких при выжидательной тактике ведения беременности и родов связано с развитием внутриутробной пневмонии. Итак, в большинстве случаев, выжидательная тактика при малых сроках беременности (до 33–34 нед) является оправданной.

**Ключевые слова:** преждевременные роды, преждевременный разрыв плодных оболочек, тактика ведения.

## Comparative aspects of active and expectant tactics of conducting premature birth at rupture of amniotic waters

*V.V. Artyomenko, N.V. Domakova*

By us it is established that at pregnant women with premature rupture of amniotic covers risk factors are existence in the anamnesis of the spontaneous and artificial abortions, the complicated course of pregnancy and labors, disturbances of biocenosis of vagina, pathology an endometrium. The main motivation of conservative conducting pregnancy is depression of frequency of the respiratory distress of syndrome and augmentation of a survival of newborns with low and very low body weight. The anhydrous period is more long, the frequency of survival of prematurely born children, on condition of lack of becoming infected of mother and fetus is higher.

The most frequent complication at expectant tactics of maintaining labors with premature rupture of fetal covers, is horionamnionites. Rising of frequency of use of artificial ventilation of the lungs at expectant tactics of conducting pregnancy and labors, is bound to development

of fetal pneumonia. So, in most cases, expectant tactics at small durations of gestation (till 33–34 pregnancy) is justified.

**Key words:** premature births, premature rupture of fetal covers, maintaining tactics.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. Акушерство. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1200 с.
2. Антоненко Л.І., Власенко Д.Н., Тищенко Б.М. Етіологія передчасного розриву амніотичного міхура // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2014. – № 5. – С. 18–22.
3. Башмакова Н.В., Винокурова Е.А., Краева О.А. Прогнозирование преждевременных родов у женщин с первичными и вторичным привычным невынашиванием беременности в анамнезе // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 5. – С. 29–33.
4. Буль К.В., Калущко Т.Р. Гістологія плаценти та клінічні характеристики пацієнток із передчасними пологами // Міжнародний журнал акушерства, педіатрії та гінекології. – 2012. – № 7. – С. 42–50.
5. Володин Н.Н. Принципы ведения новорожденных с СДР: Методическое руководство. – М., 2012. – С. 14–15.

УДК 618.3/.5-005.1-071.1

## Вагітність та пологи у жінок із апоплексією в анамнезі

**О.М. Іщак**

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

Результати проведених наукових досліджень свідчать, що вагітність і пологи у жінок, що перенесли апоплексію яєчника, є досить актуальним науковим завданням. При цьому у вагітних цієї групи, особливо після допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), розвивається плацентарна дисфункція поєданого генезу (порушення мікроциркуляції, ендокринна недостатність), основні ехографічні прояви якої розпочинаються з 18–20 тиж і прогресивно наростають аж до розродження. Високий рівень акушерської і перинатальної патології обумовлений, насамперед, порушеннями у системі мати–плацента–плід, що є причиною високої частоти абдомінального розродження. Для розроблення алгоритму ведення цих пацієнток необхідно враховувати не лише сам факт перенесеної апоплексії яєчника, але й те, як вона настала – самостійно або після ДРТ. Тактика ведення таких пацієнток на усіх етапах має бути індивідуалізована з урахуванням результатів клініко-функціональних, ендокринологічних, імунологічних і мікробіологічних методів дослідження.

**Ключові слова:** вагітність, пологи, апоплексія яєчника.

Однією з актуальних проблем сучасного акушерства та гінекології є відновлення репродуктивної функції жінок, що страждають на різні порушення репродуктивної функції і високий рівень перинатальних втрат [1–5]. У всіх цих ускладненнях велику роль відіграє перенесена в анамнезі апоплексія яєчника (АЯ), частота якої серед жінок репродуктивного віку досягає 2–3%, а серед пацієнток з хронічними запальними процесами репродуктивної системи – до 5% [2, 3].

На жаль, протягом останніх років частота АЯ продовжує наростати, що пов'язано з підвищенням рівня дисгормональних порушень, починаючи з пубертатного періоду. Усе це викликає стан «хронічного стресу» під час вагітності, частота ускладнень якої вище порівняно із загальною популяцією [4, 5].

Незважаючи на значне число наукових повідомлень з проблеми вагітності і пологів у жінок з обтяженим репродуктивним анамнезом, ряд наукових завдань залишається далеким від вирішення. На нашу думку, одним з таких завдань є зниження акушерської і перинатальної патології у жінок з АЯ в анамнезі. Публікації в цьому напрямі є поодинокими, не систематизованими і носять фрагментарний характер, що не дозволяє досить ефективно вирішувати цю наукову задачу. Усе це в сукупності свідчить про актуальність обраної тематики для проведення наукових досліджень, спрямованих на зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень у жінок групи високого ризику.

**Мета дослідження:** зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з АЯ в анамнезі на основі вивчення клініко-функціональних, імунологічних, ендокринологічних і мікробіологічних особливостей, а також розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети і завдань дослідження були проведені поетапно.

На першому етапі були проаналізовані результати хірургічного лікування АЯ у 160 пацієнток, яких було розділено на три групи.

1-а група – 30 жінок, у яких АЯ настала після використання ДРТ.

2-а група – 30 пацієнток з АЯ, яка настала після хірургічних втручань на яєчниках.

3-я група – 100 пацієнток з АЯ, які до даного захворювання не знаходились на постійному обліку у гінеколога.

На другому етапі було проведено клініко-функціональне і лабораторне обстеження 50 пацієнток, які завагітніли після АЯ, причому 25 – самостійно (підгрупа А) і 25 – внаслідок використання ДРТ.

До контрольної групи увійшли 30 акушерські і соматично здорових первородящих, які народили через природні пологові шляхи.

Окрім загальноклінічного обстеження (збір анамнезу, загальний і гінекологічний огляд, лабораторні аналізи, ЕКГ, за необхідності – консультації хірурга або терапевта) хворим проводили і додаткові методи дослідження: УЗД за допомогою вагінального датчика, кульдоцентез, вишкрібання порожнини матки, гормональна кольпоцитологія, вимір базальної температури, визначення хоріонічного гонадотропіну людини (ХГЛ), діагностичну і лікувальну лапароскопію (ЛС). Крім того, вивчали первинну документацію з аналізом попередніх клініко-анамнестичних даних, результатів гормонального лікування, гістеросальпінгографії (ГСГ), ЛС і результатів попередніх мікробіологічних досліджень (хламідії, вірус простого герпесу, мікоплазми, уреаплазми і кандиди).

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що клінічний перебіг гестаційного періоду у жінок з АЯ в анамнезі залежав від методу лікування порушень репродуктивної функції, причому після ДРТ спостерігалася більш висока частота основних ускладнень:

- загроза переривання вагітності (32% і 60%);
- плацентарна дисфункція (56% і 72%);
- гестаційна анемія (56% і 60%);
- загострення хронічної урогенітальної інфекції (24% і 36%);
- порушення мікробіоценозу статевих шляхів (20% і 32% відповідно).

Основним методом розродження жінок з АЯ в анамнезі був кесарів розтин, частота якого становила 100% після застосування ДРТ, а при інших варіантах настання вагітності – 60%, причому в структурі показань переважали високий відсоток перинатального ризику (40%), дистрес плода (16%) та аномалії пологової діяльності (4%).

Перинатальні результати розродження жінок з АЯ в анамнезі менше залежали від методики настання вагітності: більшість дітей народжувалися в задовільному

стані (76% і 80%). Водночас у жінок після ДРТ відзначено трохи вищу частоту інтраамніального інфікування (12% і 16%) і затримки розвитку плода (24% і 36% відповідно).

Функціональний стан фетоплацентарного комплексу у жінок з АЯ в анамнезі залежав від методу настання вагітності і характеризувався більш високою частотою порушень після ДРТ:

- затримка розвитку плода (24% і 36%);
- порушення серцевого ритму (12% і 28%);
- суб- і декомпенсовані порушення дихальної (12% і 20%) і рухової (12% і 24%) активності плода;
- зміни з боку тонусу плода (8% і 20%);
- зміни об'єму навколоплідних вод (16% і 32%);
- посилення кровотоку в артеріях матки і пуповини;
- зниження вмісту естріолу і хоріонічного гонадотропіну при одночасному підвищенні рівня кортизолу.

У вагітних після АЯ, особливо при використанні ДРТ, спостерігався імунний дисбаланс вже у 18–20 тиж гестації: зниження відносного вмісту CD3+ клітин та їх субпопуляцій CD4+ і підвищення числа CD8+ та імунорегуляторного коефіцієнта. Тільки у вагітних після ДРТ спостерігалася значне підвищення числа CD20+ лімфоцитів, що було причиною зриву адаптаційних можливостей системи мати–плацента–плід і раннього формування плацентарної дисфункції.

Стан мікробіоценозу статевих шляхів у жінок, що перенесли АЯ, не залежав від методу настання вагітності і характеризувався низьким рівнем лактобацил (42%), біфідобактерій (34%) і молочнокислих стрептококів (22%) на тлі тимчасового росту штамів стафілококів (78%) та інших патогенних і умовно-патогенних мікроорганізмів. Сумарна оцінка мікробіологічних і вірусологічних досліджень у 38–40 тиж вагітності свідчить про переважання носійства основних показників TORCH-інфекцій. Отримані результати мікробіологічних і вірусологічних досліджень свідчать про істотну роль цих чинників у генезі плацентарної дисфункції у жінок з АЯ в анамнезі.

Для практичної охорони здоров'я можна рекомендувати наступне:

- жінки, що перенесли АЯ, входять до групи високого ризику щодо розвитку акушерських і перинатальних ускладнень, частота яких залежить від використання ДРТ;
- тактика ведення вагітності і пологів у жінок з АЯ в анамнезі залежить від необхідності використання ДРТ і вимагає застосування лікувально-профілактичних заходів, які впливають на розвиток плацентарної дисфункції дисгормонального генезу;
- алгоритм ведення новонароджених від жінок з АЯ вимагає профілактики затримки розвитку плода дисгормонального генезу.

### ВИСНОВКИ

Отже, як свідчать результати проведених наукових досліджень, вагітність і пологи у жінок, що перенесли апоплексію яєчника (АЯ), є досить актуальним науковим завданням. При цьому у вагітних цієї групи, особливо після застосування до-

поміжних репродуктивних технологій (ДРТ), розвивається плацентарна дисфункція поєднаного генезу (порушення мікроциркуляції та ендокринна недостатність), основні ехографічні прояви якої розпочинаються з 18–20 тиж і прогресивно нарастають аж до розродження.

Високий рівень акушерської і перинатальної патології обумовлений, насамперед, порушеннями у системі мати–плацента–плід, що є причиною високої частоти абдомінального розродження. Для розробки алгоритму ведення цих пацієнток необхідно враховувати не лише сам факт перенесеної АЯ, але й як вона настала – самостійно або після ДРТ. Тактика ведення таких пацієнток на усіх етапах має бути індивідуалізована з урахуванням результатів клініко-функціональних, ендокринологічних, імунологічних і мікробіологічних методів дослідження.

### **Беременность и роды у женщин с апоплексией яичника в анамнезе** **О.Н. Ищак**

Результаты проведенных научных исследований свидетельствуют, что беременность и роды у женщин, перенесших апоплексию яичника (АЯ), является достаточно актуальной научной задачей. При этом у беременных этой группы, особенно после вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), развивается плацентарная дисфункция сочетанного генеза (нарушения микроциркуляции, эндокринная недостаточность), основные эхографические проявления которой начинаются с 18–20 нед и прогрессивно нарастают вплоть до родоразрешения.

Высокий уровень акушерской и перинатальной патологии обусловленный, в первую очередь, нарушениями в системе мать–плацента–плод, что является причиной высокой частоты абдомінального родоразрешения. Для разработки алгоритма ведения этих пациенток необходимо учитывать не только сам факт перенесенной АЯ, но и как она наступила – самостоятельно или после вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Тактика ведения таких пациенток на всех этапах должна быть индивидуализирована с учетом результатов клинико-функциональных, эндокринологических, иммунологических и микробиологических методов исследования.

**Ключевые слова:** беременность, роды, апоплексия яичника.

### **Pregnancy and childbirth at women with ovary apoplexy in the anamnesis** **O.M. Ishchak**

Results of the spent scientific researches testify, that pregnancy and childbirth at the women who have transferred ovary apoplexy is enough an actual scientific problem. Thus at pregnant women of this group, especially after auxiliary reproductive technologies develops placental dysfunction mixed genesis (microcirculation infringements, endocrinological insufficiency), the basic echografical which displays begin from 18-20 weeks and progressively accrue up to delivery.

High level obstetrical and perinatal pathologies caused, first of all, infringements in system mother-placenta-born that is the reason of high frequency abdominal delivery. For working out of algorithm of conducting these patients is necessary to consider not only the fact of the transferred ovary apoplexy but also as it has come – independently or after auxiliary repro-

ductive technologies Tactics of conducting such patients at all stages should be individualised taking into account results clinical-functional, endocrinological, immunological and microbiological methods of research.

**Key words:** pregnancy, childbirth, ovary apoplexy.

### **СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Ветров В.В., Жемчужина Т.Ю. Эндовидеохирургия в гинекологической практике // Журнал акушерства и женских болезней. – 2017. – № 4. – С. 78–82.
2. Духин А.О., Каранашева А.Х. Репродуктивное здоровье пациенток после хирургического лечения апоплексии яичника // Вестник Рос. университета дружбы народов. – М.: Изд-во РУДГ, 2012. – № 1. – С. 255–262.
3. Рутенбург Г.М., Чуйко И.В., Жемчужина Т.Ю. Лечение апоплексии яичника при лапароскопической операции // Современные аспекты медицины и здравоохранения. – 2017. – № 1. – С. 149–153.
4. Семко А.Ф. Апоплексия яичника после вспомогательных репродуктивных технологий: диагностика, лечение и реабилитация // Репродуктивное здоровье женщины. – 2016. – № 2 (ч. 1). – С. 135–137.
5. Стрижелецкий В.В., Борнисов А.Б., Рывкин А.Ю. Лапароскопические технологии в неотложной хирургии // Эндоскопическая хирургия. – 2018. – № 1. – С. 51–53.

## Профілактика перинатальної патології при ретрохоріальних гематомах

**В.В. Козаченко**

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

Використання удосконаленого нами алгоритму ведення жінок із ретрохоріальними гематомами дозволяє знизити частоту ранніх репродуктивних втрат (з 25,0% до 10,0%), покращує перинатальні результати (відсутність випадків перинатальних втрат у проспективних дослідженнях і 40,0% у ретроспективних), зменшити перинатальну захворюваність (з 30,0% до 15,6%), а також сприяє пролонгуванню вагітності.

Результати проведених досліджень свідчать, що профілактика перинатальної патології у жінок із ретрохоріальними гематомами має носити комплексний поетапний характер з урахуванням результатів клінічних та додаткових методів досліджень, а також на підставі впровадження удосконаленого нами алгоритму.

**Ключові слова:** ретрохоріальна гематома, перинатальна патологія, профілактика.

Незважаючи на прогрес сучасного акушерства, проблема перинатальної патології залишається далекою від свого вирішення. За даними різних авторів, частота плодових втрат та захворюваності залишається достатньо високою порівняно з іншими країнами Європи [1–4].

Причини високого рівня перинатальної патології є різними [5–7], однак в умовах сьогодення вони вивчені недостатньо. У результаті дії різних ушкоджувальних чинників (гормональних, генетичних, імунологічних тощо) у ділянці трофобласта (або плаценти) розвиваються локальні гормональні порушення та імунологічні реакції, які призводять до розвитку цитотоксичної дії на трофобласт, що і зумовлює відшарування хоріона (плаценти) [8, 9]. Внаслідок цього розвиваються ретрохоріальні гематоми (РХГ), що широко дискутується у сучасній літературі [10–12]. Можливі наслідки цих ускладнень пов'язані з розвитком плацентарної дисфункції (ПД), затримкою розвитку плода (ЗРП), передчасними пологамі (ПП) та перинатальною патологією.

Донині відсутній чіткий взаємозв'язок перебігу патологічного процесу між I–II–III триместрами. Завдяки впровадженню високоефективних методів дослідження з'явилася можливість комплексної діагностики порушень стану плода з найраніших термінів, визначення їхнього ступеня тяжкості і патогенетичних особливостей розвитку клінічних проявів ПД [3–5].

Усе викладене вище стало для нас підставою до проведення даного наукового дослідження, що дозволяє вирішити важливу наукову проблему сучасного акушерства.

**Мета дослідження:** зниження частоти перинатальної патології при ретрохоріальних гематомах на тлі удосконалення і впровадження алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних і прогностичних заходів.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети нами спочатку проведено ретроспективний аналіз клінічного перебігу вагітності та пологів у 100 жінок (ретроспективна група) з ретрохоріальною гематомою (РХГ), а потім проспективно обстежено 150 вагітних (група 1), яких розподілено на три підгрупи:

- підгрупу 1.1 (n=50) створили першовагітні жінки з виявленою клінікою загрози переривання вагітності та ультразвуковими ознаками РХГ;
- підгрупу 1.2 (n=50) створили повторновагітні жінки з клінікою загрози переривання вагітності та ультразвуковими ознаками РХГ як за даної вагітності, так і в анамнезі (дані про вагітності, що раніше ускладнилися загрозою переривання, передчасними пологамі);
- підгрупу 1.3 (n=50) створили вагітні без ознак загрози переривання вагітності як за даної вагітності, так і в анамнезі, при цьому дану підгрупу розглядали як контрольну.

*Критерії виключення з дослідження:*

- субкомпенсовані і декомпенсовані захворювання внутрішніх органів;
- вагітні з діагностованим АФС;
- багатоплідна вагітність;
- використання допоміжних репродуктивних технологій.

Загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи проводилися згідно із протоколами МОЗ України.

Удосконалений нами алгоритм включав додаткове використання таких заходів:

- рання ехографічна діагностика РГ;
- раннє доплерометричне обстеження пацієнток при встановленні діагнозу «РХГ»;
- використання ранніх маркерів ПД – вміст плацентарного протеїну, що асоціюється з вагітністю (РАРР-а); визначення АВГ – асоційованого з вагітністю  $\alpha 2$ -глікопротеїну; ТБГ – трофобластичного  $\beta$ -глобуліну;  $\beta$ -субодиниць хоріонічного гонадотропіну людини (ХГЛ) та  $\alpha$ -фетопротеїну (АФП) – з моменту встановлення діагнозу РХГ;
- використання кардіоінтервалографії (КІГ) з ранніх термінів вагітності і до розродження;
- диференційований підхід до використання медикаментозної і немедикаментозної терапії.

Диференційований підхід до використання різної терапії включав медикаментозні методи корекції гормональних (моногормонотерапія гестагенами), дисметаболічних (антиоксиданти) і нейровегетативних (седативні препарати, комплекси вітамінів і мікроелементів) порушень. При виявленні РХГ до лікування додавалися препарати транексамової кислоти та венотонічні препарати.



### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що провідними причинами розвитку ретрохоріальних гематом є:

- порушення гемостазу у формі ознак гіпокоагуляції (зниження протромбінового індексу, підвищення розчинних фібрин-мономерних комплексів, активовано-го частково тромбопластинового часу, подовження часу кровотечі і часу здатності згущування крові) – у 46,0%;
- гормональні порушення: недостатність лютеїнової фази в анамнезі та зниження рівня хоріонічного гонадотропіну людини та прогестерону у ранні терміни вагітності – у 42,0%;
- наявність інфекційного збудника у формі мікст-інфекції – у 30,0%.

Частота клінічних проявів ретрохоріальних гематом становила 88,0% (кров'янисті виділення – 65,0%; больовий синдром – 58,0%; їхнє поєднання – 35,0%), безсимптомно ретрохоріальні гематоми виникали тільки у 12,0% спостережень. У структурі кров'янистих виділень переважали незначні (84,0%) порівняно з помірними (14,0%) та рясними (2,0%).

Ретрохоріальні гематоми частіше діагностувалися з 7 до 12 тиж вагітності (83,0%) порівняно з терміном до 6 тиж (17,0%). За об'ємом переважали малі (2–15 см<sup>3</sup>) – 58,0% та середні (16–25 см<sup>3</sup>) – 32,0% на відміну від великих (25–40 см<sup>3</sup>) – 10,0%. За місцем розташування частіше зустрічалися супрацервікальні (86,0%) порівняно з корпоральними, а також на передній стінці матки – 67,0%.

При ехографічних дослідженнях слід виділяти такі форми:

- «свіжа» – з чітко обмеженим анехогенним вмістом ретрохоріальної гематоми, із вираженим інтенсивним кровотоком довкола (24,0%);
- «організація з ділянками відшарування» – ретрохоріальна гематома неправильної форми, інтенсивність кровотоку не змінена, кровотік інтенсивний (20,0%);
- «організація без ділянок відшарування» і відсутність локального кровотоку – потоншення анехогенного прошарку в діаметрі, місцями повністю відсутній, без ознак кровообігу (30,0%);
- «повністю організована» – визначалася як стандартне місце стику хоріона зі стінкою матки (26,0%).

Використання удосконаленого нами алгоритму ведення жінок із ретрохоріальними гематомами дозволило знизити частоту ранніх репродуктивних втрат (з 25,0% до 10,0%), покращило перинатальні результати (відсутність випадків перинатальних втрат у проспективних дослідженнях і 40,0% у ретроспективних, зменшити перинатальну захворюваність (з 30,0% до 15,6%), а також сприяло пролонгуванню вагітності.

### ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що профілактика перинатальної патології в жінок із ретрохоріальними гематомами має носити комплексний поетапний характер з урахуванням результатів клінічних та додаткових методів досліджень, а також на підставі впровадження удосконаленого нами алгоритму.

### Профілактика перинатальної патології при ретрохоріальних гематомах В.В. Козаченко

Использование усовершенствованного нами алгоритма ведения женщин с ретрохоріальными гематомами позволяет снизить частоту ранних репродуктивных потерь (с 25,0% до 10,0%), улучшить перинатальные результаты (отсутствие случаев перинатальных потерь в проспективных исследованиях и 40,0% в ретроспективных), уменьшить перинатальную заболеваемость (с 30,0% до 15,6%), а также способствует пролонгированию беременности.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что профилактика перинатальной патологии у женщин с ретрохоріальными гематомами должна носить комплексный поэтапный характер с учетом результатов клинических и дополнительных методов исследований, а также на основе внедрения усовершенствованного нами алгоритма.

**Ключевые слова:** ретрохоріальная гематома, перинатальная патология, профилактика.

### Prophylaxis of perinatal pathology at retrochorial hematomas V.V. Kozachenko

Use of the algorithm of maintaining women improved by us with retrochorial hematomas allows to reduce the frequency of early genesial losses (from 25,0% to 10,0%), to improve perinatal results (lack of cases of perinatal losses in the prospective researches and 40,0% in retrospective), to reduce perinatal case rate (from 30,0% to 15,6%), and also promotes pregnancy prolongation.

Results of the conducted researches testify that prophylaxis of perinatal pathology at women with retrochorial hematomas has to have complex stage-by-stage character taking into account results of clinical and additional methods of researches, and also on the basis of introduction improved by us to algorithm.

**Key words:** retrochorial hematoma, perinatal pathology, prophylaxis.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Генік Н.І., Литвин Н.В., Кінаш Н.М. Перебіг вагітності з відшаруванням хоріона та плаценти у різні терміни гестації // Тавричеський медико-біологічний вестник. – 2012. – Т. 15, № 2. – С. 48–50.
2. Торчинов А. М., Умаханова М.М., Доронин Г.Л. Беременность малого срока и ретрохоріальная гематома: диагностика, лечение и прогнозы на современном этапе развития акушерства (обзор литературы) // Молодой ученый. – 2013. – № 4. – С. 659–662.
3. Сидельникова В.М., Гнипова В.В. Особенности ведения беременности, наступившей после ЭКО и осложнившейся кровотечением в I триместре // Проблемы репродукции. – 2015. – № 4. – С. 39–43.
4. Schaubberger C.W., Mathiason M.A., Rooney B.L. Ultrasound assessment of first-trimester bleeding. Obstet. Gynecol. – 2015. – № 105 (2). – С. 333–338.
5. Tower C.L., Regan L. Intrauterine haematomas in a recurrent miscarriage population. Hum. Reprod. – 2016. – No. 16. – P. 2005–2007.
6. Кирущенко А.П., Белоусов Д.М., Александрова О.С. Патогенетическое обоснование тактики ведения отслойки хоріона и плаценты на ранних сроках беременности // Гинекология. – 2010. – Т. 12, № 1. – С. 12–15.

7. Михайлин Е.С. Встречаемость некоторых наследственных тромбофилий при гестозе и преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты // Медицинская генетика. – 2015. – Т. 4, № 5. – С. 230–234.
8. Буранова Ф.Б. Актуальные аспекты этиологии, патогенеза, диагностики и лечения плацентарной недостаточности у беременных после ЭКО // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 6. – С. 9–16.
9. Веропотвелян П.Н., Веропотвелян Н.П. Тромбофилии и беременность // Здоровье Украины. – 2011. – № 9/10 (50). – С. 30–34.
10. Гейдарова К.А. Характерные морфофункциональные признаки плаценты при фетоплацентарной недостаточности // Проблемы репродукции. – 2015. – № 6. – С. 28–32.
11. Hung E.C., Chiu R.W., Lo Y.M. Detection of circulating fetal nucleic acids: a review of methods and applications. J. Clin. Pathol. – 2016. – Vol. 62, No. 4. – P. 308–313.
12. Johns J., Jauniaux E. Threatened miscarriage as a predictor of obstetric outcome. Obstet. Gynecol. – 2016. – No. 107 (4). – P. 845–850.

УДК 618.177-089.888.11-06:616-053.31-036.1

## Сучасні аспекти прогнозування перинатальної патології після допоміжних репродуктивних технологій

**Я.А. Рубан**

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

Отримані результати дозволили сформувати комплекс правил прогнозу плацентарної дисфункції (ПД) та затримки розвитку плода (ЗРП) при одноплідній вагітності після допоміжних репродуктивних технологій на підставі параметрів ультразвукового і гемостазіологічного досліджень. Розрахунок вірогідності плацентарної дисфункції та затримки розвитку плода здійснювався індивідуально для кожного тижня вагітності з 6 по 17 включно. У процесі дослідження використовували спосіб, інформативний для даного терміну маркерів.

Застосування розробленого комплексу правил дозволяє ефективно прогнозувати ПД та ЗРП до появи її клінічних проявів і своєчасно застосовувати заходи профілактики даного ускладнення вагітності. Отримані результати дають право рекомендувати розроблену методику в практичну охорону здоров'я.

**Ключові слова:** плацентарна дисфункція, затримка розвитку плода, допоміжні репродуктивні технології.

Частота безплідних шлюбів у третьому тисячолітті збільшилась до 20% і має тенденцію до подальшого зростання [1, 2, 5]. З огляду на це сучасні репродуктивні технології дозволяють сьогодні вирішити проблему безпліддя родинним парам з низькими показниками репродуктивного здоров'я [3, 4]. Проте невдалі спроби допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), збільшення частоти втрат бажаної вагітності призводять до вимушеної зміни гормонального фону і зниженню імунітету [5, 6]. До того ж більшість жінок, що мають виражені порушення в репродуктивній сфері, не здатні без кваліфікованої медичної допомоги виносити вагітність. До 40% маткових вагітностей не вдається врятувати [1–7].

Вагітності, що настали у результаті ДРТ, мають більш високу частоту невиношування, багатоводдя, ризик формування вад розвитку плода, підвищений інфекційний індекс [1, 2] і, принаймні – формування плацентарної дисфункції (ПД) та затримку розвитку плода (ЗРП). Усе це впливає на перинатальне благополуччя, а при переході до гострої клінічної форми загрожує життю матері і дитині [3, 6].

Незважаючи на значну кількість наукових публікацій, присвячених проблемі вагітності і пологів після ДРТ, не можна вважати всі питання повністю вирішени-

ми. На наш погляд, насамперед це стосується можливостей прогнозування ПД та ЗРП на ранніх термінах вагітності після ДРТ, чому і присвячено дане наукове дослідження.

**Мета дослідження:** розроблення сучасної тактики прогнозування перинатальної патології після використання ДРТ.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для розв'язання поставленої мети було проведено суцільне когортне контрольоване дослідження, в результаті якого сформовано дві групи: основну і контрольну.

До основної (першої) групи увійшли 190 пацієток з одноплідною вагітністю, що настала в результаті застосування методів ДРТ. Цих жінок спостерігали в клініці «Ісіда-IVF» (м. Київ), де і відбулось їхнє розродження в період 2014–2016 рр. Усі жінки, крім стандартного обстеження, передбаченого протоколом спостереження категорії вагітних групи високого ризику, пройшли ще поглиблене обстеження з 6–8-го по 16–17-й тиждень з інтервалом 3–4 тиж залежно від терміну первинного звернення. Під час обстеження жінкам виконували розширене ультразвукове дослідження (УЗД) з розрахунком об'єму хоріону і визначенням показників резистентності кровотоку в маткових артеріях, проводили дослідження гормонального статусу, що включає есенціальні гормони вагітності (хоріонічний гонадотропін людини (ХГЛ), естрадіол, прогестерон) та аналіз коагулограми.

У 11–12 тиж проводили «квадротест» – визначення  $\beta$ -ХГЛ, альфа-фетопротеїну (АФП), плацентарного фактору зростання (PIGF), пренатального розрахунку (PAPP-A) з метою розрахунку індивідуального ризику хромосомної патології плода і визначення групи ризику розвитку ЗРП та ПД.

До контрольної групи увійшли 30 пацієток з одноплідною вагітністю, що спонтанно настала. Цих жінок спостерігали з ранніх термінів вагітності, додатково вони отримали поглиблене обстеження, як і пацієтки першої групи.

Критерієм включення до першої групи була наявність одноплідної вагітності, що настала в результаті застосування різних методів ДРТ. Критерієм включення до контрольної групи була наявність одноплідної вагітності, що спонтанно настала, а також відсутність у пацієтки значимих репродуктивних і соматичних захворювань.

Критерієм виключення з обох груп було багатопліддя.

У середині першої групи ретроспективно виділена підгрупа пацієток, перебіг вагітності яких ускладнився ПД та ЗРП, що було підтверджено під час оцінювання стану дитини після пологів. Цих пацієток було об'єднано у підгрупу 1.1 – 60 (31,6%) жінок. Решта пацієток першої групи об'єднана в підгрупу 1.2 – 130 (68,4%) жінок без ПД та ЗРП.

На підставі виявлених для конкретного терміну найбільш інформативних, чутливих і специфічних параметрів, що свідчать про можливе формування ПД та ЗРП у майбутньому, розроблений комплекс правил прогнозування ПД та ЗРП для кожного тижня одноплідної вагітності після ДРТ.

Дизайн дослідження представлений на малюнку.



Дизайн дослідження

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Отримані в процесі проведеного клінічного, інструментального і лабораторного обстеження дані було оброблено методами дискримінантного і кореляційного аналізу. Для кожного терміну вагітності було визначено найбільш чутливі і специфічні щодо прогнозу ПД і ЗРП маркери (таблиця).

На підставі визначених маркерів було розроблено правила прогнозу ПД і ЗРП для кожного тижня одноплідної вагітності з 6 по 17 включно, що дозволяють розрахувати прогноз індивідуально в конкретному випадку з визначеною для даного терміну ефективністю. Ефективність застосування цього комплексу правил після його перевірки на екзаменаційній вибірці пацієток становило 86%.

Отже вагітність, яка настала в результаті застосування ДРТ, відноситься до категорії високого ризику щодо розвитку ПД та ЗРП. Це зумовлено як особливостями контингенту пацієток, їхнього акушерсько-гінекологічного і соматичного анамнезу, стану репродуктивної системи жінок і їх статевих партнерів, що формують статус безпліддя, так і специфічними особливостями процедури ДРТ, що

## Розрахунок розвитку ПД і ЗРП у пацієнток після ДРТ

Візит	Термін, тиж	Вирішальне правило	Інтерпретація
1	6	4,27V-3,15	>0 – ПД і ЗРП, <0 – N чутливість: 85% специфічність: 94% ефективність: 93%
2	7	0,18SD+2,34RD+0,11 SS+5,23RS-7,14	>0 – N, <0 – ПД і ЗРП чутливість: 82% специфічність: 95% ефективність: 87%
3	8	2,87V-3,99	>0 – N, <0 – ПД і ЗРП чутливість: 97% специфічність: 91% ефективність: 93%
4	9	36,51RS-3,90SS-5,87	>0 – N, <0 – ПД і ЗРП чутливість: 91% специфічність: 88% ефективність: 90%
5	10	0,07V+15,60RS-11,15	>0 – N, <0 – ПД і ЗРП чутливість: 94% специфічність: 92% ефективність: 91%
6	11	0,57V-5,72	>0 – N, <0 – ПД і ЗРП чутливість: 74% специфічність: 90% ефективність: 83%
7	12	0,08V+SD- 0,04SS+2,83	>0 – N, <0 – ПД і ЗРП чутливість: 90% специфічність: 87% ефективність: 90%
8	13	0,21V+3,10RD-5,59	>0 – N, <0 – ПД і ЗРП чутливість: 51% специфічність: 90% ефективність: 75%
9	14	0,36AP-11,04	>0 – N, <0 – ПД і ЗРП чутливість: 85% специфічність: 90% ефективність: 88%
10	15	0,03V- 1,38SS+20,94RS-9,51	>0 – N, <0 – ПД і ЗРП чутливість: 90% специфічність: 92% ефективність: 90%
11	16	1,35FG-0,02V-5,75	>0 – ПД і ЗРП, <0 – N чутливість: 91% специфічність: 92% ефективність: 95%
12	17	1,90RD+55,52RS- 3,85SD-4,73SS-9,28	>0 – N, <0 – ПД і ЗРП чутливість: 92% специфічність: 88% ефективність: 91%

Примітки: V – об'єм хоріону; SD – s/d праворуч (систола-діастолічне відношення); SS – s/d ліворуч; RD – Ri праворуч (індекс резистентності); RS – Ri ліворуч; AP – АПТЧ (активованний протромбіновий час); FG – ФГ (фібриноген).

штучно заповнює дефект природного механізму настання вагітності в конкретній подружній парі.

Генез ПД та ЗРП у вагітних після ДРТ завжди первинний, що підтверджується комплексом макро- і мікрморфологічних змін посліду, які виявляються при патогістологічному дослідженні. Патоморфологічна картина посліду визначається співвідношенням ступеня вираженості аномалій розвитку посліду, що характеризує його морфофункціональну лабільність і компенсаторно-приспосовні реакції, опосередковані судинною системою фетоплацентарного комплексу.

Терміни маніфестації і тяжкість клінічних проявів ПД та ЗРП також певною мірою визначаються адекватністю функціонування системи кровообігу, яка притаманна діяльності людини та є індикатором на рівні системної гемодинаміки мати-плаценти-плід.

Відповідно, чинниками найбільш високого ризику розвитку ПД і ЗРП є системна судинна патологія (артеріальна гіпертензія); репродуктивна патологія, що супроводжується вираженими змінами ангіоархитектоники матки (міома та ендометріоз); аномалії судин пуповини (єдина артерія пуповини), що відноситься до порушень в басейні плодового кровотоку. Чинником ризику, за даними нашого дослідження, є також використання «складної» репродуктивної технології, зокрема застосування інтрацитоплазматичної ін'єкції сперматозоїда (ІКСІ). При цьому має значення як вища вірогідність розвитку аномалій структурних компонентів посліду в результаті заміщення більшої кількості етапів природного механізму настання вагітності внаслідок штучних маніпуляцій, так і передбачуваний більш виражений ступінь соматичних і репродуктивних порушень здоров'я пацієнток, лікування яких потребувало залучення додаткових технологій.

Подолання низки об'єктивних перешкод розвитку вагітності, зумовлених особливостями індивідуального статусу безпліддя конкретної пацієнтки і застосованої в її випадку технології, підтверджується ознаками активації компенсаторно-приспосовних механізмів плаценти, виражених ще з ранніх термінів після ДРТ, і системи гемостазу, що є однією з адаптаційних систем організму. При цьому у пацієнток з ПД і ЗРП ступінь вираженості даних змін у ранні терміни більший, ніж у пацієнток, що мали нормальні масо-зростові показники дітей при народженні.

Підвищення рівня есенціальних гормонів вагітності є, з одного боку, одним з компонентів «несприятливого середовища» розвитку вагітності після ДРТ. Це призводить, разом з наведеними вище особливостями, до високої частоти загрози викидня в ранні терміни та є чинником ПД, дія якого опосередкована через регуляторники зростання, що впливають на процеси формування ангіогенезу в плаценті.

Отримані результати дозволили сформувати комплекс правил прогнозу ПД і ЗРП при одноплідній вагітності після ДРТ на основі параметрів ультразвукового і гемостазіологічного досліджень. Розрахунок вірогідності ПД та ЗРП здійснюється індивідуально для кожного тижня вагітності з 6-го по 17-й включно способом на підставі вироблених у процесі дослідження інформативних для даного терміну маркерів.

### ВИСНОВКИ

Отже, здійснивши всі необхідні дослідження, можемо дійти висновку, що застосування розробленого комплексу правил дозволяє ефективно прогнозувати плацентарну дисфункцію і затримку розвитку плода до появи її клінічних проявів і своєчасно вжити заходи профілактики даного ускладнення вагітності. Отримані результати дають нам право рекомендувати розроблену методіку для практичної охорони здоров'я.

#### Современные аспекты прогнозирования перинатальной патологии после вспомогательных репродуктивных технологий Я.А. Рубан

Полученные результаты позволили сформировать комплекс правил прогноза плацентарной дисфункции (ПД) и задержки развития плода (ЗРП) при одноплодной беременности после вспомогательных репродуктивных технологий на основе параметров ультразвукового и гемостазиологического исследований. Расчет вероятности плацентарной дисфункции и задержки развития плода осуществлялся индивидуально для каждой недели беременности с 6-й по 17-ю включительно способом, разработанным в процессе исследования информативных маркеров, характерных для данного срока.

Применение разработанного комплекса правил позволило эффективно прогнозировать ПД и ЗРП до появления ее клинических проявлений и своевременно принимать меры профилактики данного осложнения беременности. Полученные результаты дают нам право рекомендовать использование разработанной методіки в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** плацентарная дисфункция, задержка развития плода, вспомогательные репродуктивные технологии.

#### Modern aspects of forecasting of perinatal pathology after auxiliary reproductive technologies Ya.A. Ruban

The received results allowed to create complex of rules of the forecast of placental dysfunction and fetus arrest of development at one-fetal pregnancy after auxiliary genesial technologies on the basis of parameters of ultrasonic and gemostaziological researches. Calculation of probability of placental dysfunction and an arrest of development of fetus is carried out individual for every week of pregnancy with 6 on 17 inclusive in the way on the basis of developed in the course of research, informative markers for this term.

Application of the developed complex of rules allows to prognosticate effectively placental dysfunction and fetus arrest of development before emergence of its clinical implications and in due time to apply measures of prophylaxis of this complication of pregnancy. The received results grant to us the right to recommend the developed technique in practical health care.

**Key words:** placental dysfunction, fetal retardation, assisted reproductive technologies.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Башмакова Н.В. К обоснованию профилактики плацентарной недостаточности при беременности, наступившей в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий // Уральский медицинский журнал. – 2018. – № 12. – С. 49–54.
2. Бызова Т.Е. К обоснованию УЗИ-мониторинга ранних сроков беременности, наступившей после вспомогательных репродуктивных технологий // Вестник Российского университета дружбы народов. – 2017. – № 7. – С. 110–116.
3. Радзинский В.Е. Плацентарная недостаточность у женщин после вспомогательных репродуктивных технологий // Акушерство и гинекология. – 2016. – № 1. – С. 11–16.
4. Сидорова И.С., Макаров И.О. Плацентарная недостаточность // Клинико-диагностические аспекты. – М.: Знание, 2016. – 126 с.
5. Чайка В.К. Основы репродуктивной медицины: практическое руководство. – Донецк: Альматео, 2013. – С. 275–321.
6. Трапезникова Ю.М. Поиск ранних ультразвуковых маркеров осложненного течения и неблагоприятного исхода беременности, наступившей после вспомогательных репродуктивных технологий // Уральский медицинский журнал. – 2017. – № 10. – С. 21–26.
7. Янчук Т.В. Сравнительный анализ течения и исходов беременности после применения вспомогательных репродуктивных технологий при различных вариантах гормональной поддержки // Акушерство и гинекология. – 2018. – № 5. – С. 139–144.

УДК 618.14-089.87-06:616.6:577.80]-055.2-056.5

## Вплив гістеректомії на сексуальні та урогенітальні розлади у жінок з надмірною масою тіла

**В.В. Костіков**

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

У результаті проведених досліджень встановлено, що гістеректомія у жінок з надмірною масою тіла сприяє розвитку сексуальних і урогінекологічних проблем, причому їх прогрес спостерігається зі збільшенням тривалості післяопераційного періоду і розширенням об'єму оперативного втручання (субтотальна або тотальна гістеректомія). Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення комплексу реабілітаційних заходів для жінок з надмірною масою тіла та перенесеною гістеректомією.

**Ключові слова:** гістеректомія, надмірна маса тіла, сексуальні і урогенітальні розлади.

Сьогодні широко впроваджуються у клінічну практику оперативні методи лікування основних гінекологічних захворювань [1–4]. Визначення раціональних показань до операції, адекватний анестезіологічний вибір, використання сучасної техніки, бурхливий розвиток ендоскопічної хірургії призвели до того, що оперативне втручання в гінекології стало розглядатися як досить безпечно та ефективна лікувальна процедура, що забезпечує, а в деяких випадках і гарантує пацієнці повне одужання [2, 3]. Ця клінічна і соціальна ситуація призвела до значного росту числа оперативних втручань у гінекології, зокрема гістеректомій, частка яких становить на сьогодні від 15% до 45% у структурі усіх гінекологічних операцій [1–4].

Незважаючи на незначну кількість післяопераційних ускладнень у ранній післяопераційний період, віддалені наслідки гістеректомії, виконаної в репродуктивному віці, вивчені недостатньо, що призводить до незначної ефективності використовуваних реабілітаційних заходів. Особливого значення набувають сексуальні та урогенітальні порушення у віддаленому періоді після операції, для адекватної оцінки яких потрібне їхнє спостереження в динаміці.

Усе викладене вище свідчить про необхідність вивчення особливостей сексуальних і урогенітальних розладів після гістеректомії у жінок з надмірною масою тіла.

**Мета дослідження:** вивчення особливостей сексуальних і урогенітальних розладів після гістеректомії у жінок з надмірною масою тіла.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети в дослідження включено 299 жінок з надмірною масою тіла, 277 з них страждали на різну гінекологічну патологію, у 252 була зроблена гістеректомія (ГЕ). Усіх пацієнток було розподілено на чотири групи.

Група 1 – 122 у жінки з надмірною масою тіла, які перенесли субтотальну ГЕ (середній вік становив  $37,7 \pm 2,9$  року; на момент операції вік був у межах 29–41 року; середній вік –  $34,5 \pm 1,9$  року).

Група 2 – 130 у жінок з надмірною масою тіла, що перенесли тотальну ГЕ (середній вік становив  $39,9 \pm 2,4$  року; на момент операції вік був в межах 29–43 років; середній вік –  $36,7 \pm 2,1$  року).

Група 3 – 25 жінок репродуктивного періоду з міомою матки невеликих розмірів, що знаходилися на диспансерному спостереженні і не вимагали оперативного лікування на момент проведення досліджень (середній вік –  $42,7 \pm 2,2$  року).

Група 4 – 22 практично здоровими жінками ідентичного віку (середній вік становив  $39,5 \pm 2,5$  року).

Основним показаннями до видалення матки у пацієнток груп 1 і 2 була міома матки. Крім того, 39,8% пацієнток групи 1 і 52,2% пацієнток групи 2 відзначали менометроррагії, що призводять до анемізації. Великі розміри міоми діагностовані відповідно у 57,5% хворих першої і 65,0% хворих другої групи. Субмукозне розташування вузлів зустрічалось у кожній третій пацієнтки (33,2%), швидкий ріст відзначався вдвічі частіше у пацієнток, яким в майбутньому була виконана тотальна гістеректомія (19,5 і 39,5% відповідно по групах). Больовий синдром також частіше зустрічався в групі 2 (22,1 і 37,5% відповідно по групах). Необхідно відзначити, що більш ніж у половини хворих цих груп мало місце поєднання декількох показань для оперативного лікування.

Тривалість захворювання на міому матки у пацієнток груп 1 і 2 не перевищувала 3 роки – у 57 (22,7%) пацієнток; від 3 до 5 років – у 136 (64,8%) і більше 5 років – у 32 (12,5%) хворих. До операції 203 (80,7%) хворих груп 1 і 2 отримували різні варіанти консервативного лікування (гормональна і симптоматична терапія), проте усі ці пацієнтки надалі були прооперовані з огляду на неефективність консервативного лікування. Хворі груп 1 і 2 як під час оперативного лікування, так і до моменту проведення обстеження перебували в репродуктивному віці, під час операції в усіх пацієнток були збережені яєчники.

Пацієнтки груп 1 і 2 були розділені на три підгрупи залежно від тривалості післяопераційного періоду (1, 3 і 5 років після операції).

Аналіз даних анамнезу досліджуваних пацієнток продемонстрував, що жінки усіх чотирьох груп практично не мали достовірних відмінностей ані за характером і частотою перенесених раніше захворювань, ані за наявною супутньою патологією.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Доопераційне дослідження хворих з міомою матки не виявило достовірних відмінностей з контрольною групою, діагностована лише деяка тенденція до збільшення гонадотропних гормонів та екстрадіола, а також незначне збільшення об'єму яєчників і зниження доплерометричних індексів у хворих з міомою матки.

Зазначена істотна зміна емоційного статусу пацієнток груп 1 і 2, що цілком закономірно перед операцією.

Виявлені зміни анатомо-функціонального стану яєчників, а також перенесені у зв'язку із операцією стрес, дія наркозу, астенізація позначалися появою характерних скарг у прооперованих пацієнток.

Так, у ранній післяопераційний період з'являлися деякі нейровегетативні симптоми, посилювалася емоційна напруга, що, в цілому, статистично підвищувало значення модифікованого індексу менопаузи (ММІ) у групах 1 і 2. Тотальна гістеректомія (ТГЕ) викликала більш виражену клінічну симптоматику. Деяке зниження рівня нейровегетативних та емоційних розладів відзначалося до п'ятого дня після операції, у зв'язку з чим значення ММІ дещо вирівнювалося, хоча і залишалось таким, що значно перевищує контрольні цифри.

Надалі, під час дослідження вегетативної реактивності у віддалений період після гістеректомії, виявлено значне зменшення нормальної реактивності (29,0% у групі 1; 34,7% – у групі 2 і 12,5% – у групі 3). Водночас у здорових жінок (група 4) подібного типу вегетативної реактивності не виявлено.

Показовим є факт, що вегетативне забезпечення було недостатнім (54,8%, 62,5%, 25,0% і 28,6% відповідно) у пацієнток усіх досліджуваних груп, причому вказані зміни прогресували зі збільшенням тривалості віддаленого періоду після гістеректомії.

Проведене дослідження дозволило виявити синдром вегетативної дистонії у 48,4% пацієнток групи 1 і у 59,4% жінок групи 2.

Застосування спеціальної анкети з дослідження сексуальної функції дозволило виявити поліпшення сексуальної функції жінок після гістеректомії в репродуктивному віці тільки в 9,9% випадків. У порівнянні з цим погіршення спостерігалось у 39,9% жінок, а 50,2% пацієнток зазначили, що їхня сексуальна функція не змінилася.

Найбільш частими порушеннями сексуальної функції були зменшення частоти оргазму (32,2%), зниження статевої активності (25,8%) і задоволеності (31,8%).

Зміни сексуальної функції після тотальної гістеректомії виявлялися в 1,5 рази частіше і були більше виражені, ніж після субтотальної, причому збільшення терміну післяопераційного періоду корелювало з частотою розвитку сексуальних розладів.

У 36,6% обстежених пацієнток були виявлені різні уrogenітальні розлади, причому 23,6% пацієнток відзначали урологічні і 33,5% жінок – гінекологічні. Поєднання урологічних і гінекологічних симптомів діагностовано у 21,5% хворих.

Для оцінювання ступеня вираженості уrogenітальних розладів нами розроблена спеціальна анкета.

Аналіз вираженості урологічних проблем виявив найбільшу міру страждання у пацієнток після тотальної гістеректомії з давністю оперативного лікування 5 років (16,3±0,4 бала), найменша міра діагностована через рік після субтотальної гістеректомії (4,2±0,1 бала).

Найчастіше зафіксована як денна, так і нічна поллакіурія (15,7%). Меншою мірою пацієнтки скаржилися на свербіж і різь при сечовипусканні (11,7%), а також відчуття неповного спорожнення сечового міхура (6,9%).

У 16,8% жінок констатовано епізоди стресового та імперативного нетримання сечі, що зажадало використання прокладок, причому їхня кількість варіювала від 8 до 10 на тиждень при легкому ступені і до 20 – при тяжкому.

Проведення уродинамічного дослідження, яке включало урофлоуметрію, профілометрію і цистоманометрію, дозволило виявити істотне зменшення максимального уретрального тиску, а також функціональної довжини сечівника при стресовому нетриманні сечі, що свідчить про неповноцінність уретрального механізму утримання сечі.

Звертає на себе увагу достовірно знижений об'єм сечового міхура при першому позиві до акту сечовипускання у хворих з імперативним нетриманням сечі, а також високий тиск детрузора при цистометричному об'ємі у цієї самої категорії хворих. Крім того, в обох групах з нетриманням сечі виявлено виражене зменшення максимального цистометричного об'єму сечового міхура.

Нетримання сечі сприяє розвитку інфекції, причому бактеріурія виявлена у 12,7% хворих з нетриманням сечі і у жодної хворої без нетримання. На наш погляд, частіше діагностована бактеріурія у пацієнток після гістеректомії порівняно з пацієнтками в клімактеричному періоді пояснюється більшою сексуальною активністю молодих жінок.

## ВИСНОВКИ

Отже, гістеректомія у жінок з надмірною масою тіла сприяє розвитку сексуальних і урогінекологічних проблем, причому прогрес їх спостерігається зі збільшенням тривалості післяопераційного періоду і розширенням об'єму оперативного втручання (субтотальна або тотальна гістеректомія). Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення комплексу реабілітаційних заходів для жінок з надмірною масою тіла та перенесеною гістеректомією.

## Влияние гистерэктомии на сексуальные и урогенитальные расстройства у женщин с избыточной массой тела

*В.В. Костиков*

В результате проведенных исследований установлено, что гистерэктомия у женщин с избыточной массой тела способствует развитию сексуальных и урогинекологических проблем, причем прогрессирование их наблюдается с увеличением длительности послеоперационного периода и расширением объема оперативного вмешательства (субтотальная или тотальная гистерэктомия). Полученные результаты необходимо учитывать при разработке комплекса реабилитационных мероприятий для женщин с избыточной массой тела, перенесших гистерэктомию.

**Ключевые слова:** гистерэктомия, избыточная масса тела, сексуальные и урогенитальные расстройства.

## Influence of hysterectomy on sex and urogenital disorders at women with excess body weight

*V. V. Kostikov*

In results of the conducted researches it is established that the hysterectomy at women with excess body weight promotes development sex and the urogenital of problems, and, their advance is observed with augmentation of duration of the postoperative period and expansion

of volume of an operative measure (a subtotal or total hysterectomy). The received results need to be considered when developing a complex of rehabilitational actions for women with the excess body weight, transferred a hysterectomy.

**Key words:** *hysterectomy, excess body weight, sex and urogenital disorders.*

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В., Мынбаев О.А. Оперативная гинекология – хирургические энергии: Руководство. – М.: Медицина, 2016. – 860 с.
2. Іванюта Л.І., Іванюта С.О. Лейоміома матки (причини виникнення, діагностика, принципи лікування) // Діагностика та лікування. – 2016. – № 3. – С. 44–48.
3. Прилепская В.Н. Практическая гинекология. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 720 с.
4. Суханова А.А., Суменко В.В. Міома матки, диференційований підхід до вибору методу лікування // Практична медицина. – 2016. – № 1–2. – С. 22–26.

УДК 618.15-002-022-035.2.256.3-039

## Особливості контрацепції у жінок із бактеріальним вагінозом

**С.А. Пандей**

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

Як засвідчили результати проведених досліджень, контрацепція у пацієнок з бактеріальним вагінозом повинна носити комплексний характер з урахуванням усіх ланок етіопатогенетичних змін. Поєднане використання гормональних контрацептивів з лікувальними заходами (корекція мікробіоценозу статевих шляхів і кишечника) дозволяє забезпечити не лише високий контрацептивний ефект, але й профілакувати рецидивування бактеріального вагінозу. Це дозволяє рекомендувати запропоновану методику для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** *бактеріальний вагіноз, контрацепція.*

Проблеми планування сім'ї, регуляції дітородіння тісно пов'язані з питаннями контрацепції. В Україні, як і в інших країнах, найчастіше використовується гормональний і бар'єрний методи профілактики небажаної вагітності. Водночас вплив цих способів контрацепції на мікробіоценоз піхви і кишечнику вивчений недостатньо, а наявні публікації носять суперечливий характер. Так, з одного боку, статеві стероїди пропонують для лікування дисбіозу піхви, а з іншого боку гормональні контрацептиви спричинюють контамінацію піхви різними мікроорганізмами, внаслідок чого істотно змінюється стан місцевого імунітету [1–4].

Проблема бактеріального вагінозу сьогодні є однією з найбільш актуальних у сучасній гінекології, а його частота коливається в межах 40–60% серед жінок репродуктивного віку [1–4]. Бактеріальний вагіноз розглядають як загальний інфекційний незапальний синдром, пов'язаний з дисбіозом вагінального біотопу, який характеризується дуже високою концентрацією облігатних і факультативних анаеробних умовно патогенних мікроорганізмів і різким зниженням або відсутністю моноклональних бактерій у вагінальному відокремлюваному.

Незважаючи на численні наукові повідомлення з проблеми контрацепції за останні роки, питання профілактики небажаної вагітності у жінок з бактеріальним вагінозом практично не вивчені, хоча їх необхідність не викликає сумнівів.

**Мета дослідження:** зниження частоти побічних ефектів різних методів контрацепції у жінок з бактеріальним вагінозом на підставі комплексного вивчення мікробіоценозу піхви та кишечника і розроблення методики поєданого використання гормональних контрацептивів і корекції мікробіоценозу статевих шляхів і кишечника.



### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети було обстежено 150 жінок репродуктивного віку, яких було розподілено на три групи:

- I група – 50 жінок репродуктивного віку з бактеріальним вагінозом, що використовують бар'єрні методи контрацепції;
- II група – 50 жінок репродуктивного віку з бактеріальним вагінозом з поєднаним використанням комбінованих оральних контрацептивів і корекцією мікробіоценозу статевих шляхів і кишечника;
- контрольна група – 50 гінекологічно і соматично здорових жінок репродуктивного віку, що використовують бар'єрні методи контрацепції.

В якості гормонального контрацептиву був використаний дієногест, який має виражений периферичний, сфокусований вплив на органи-мішені (органи малого таза) за відсутності інших часткових ендокринних ефектів, у тому числі естрогенного, андрогенного і глюкокортикоїдного впливів. Дієногест – перший норстероїд, застосування якого не впливає на P45-цитохромзалежні ферменти печінки. Крім того, дієногест має клінічно доведені антиандрогенні властивості. Усе це в сукупності свідчить про доцільність використання саме цих гормональних контрацептивів.

Для корекції мікробіоценозу використовували комплексний препарат Мікожи-накс. Схема використання препарату була наступною: перший менструальний цикл – з 10-го дня по 1 вагінальній пігулці на ніч протягом 6 днів; наступні 6 пігулок через день; другий менструальний цикл – після закінчення менструації 1 вагінальна пігулка через 2–3 дні. Подальше використання препарату залежало від суб'єктивних відчуттів пацієнтки і результатів клініко-лабораторних досліджень.

Ми зробили свій вибір саме на цьому препараті для корекції мікробіоценозу статевих шляхів у жінок з бактеріальним вагінозом, оскільки до його складу входять:

- хлорамфенікол – ефективний відносно багатьох грампозитивних і грамнегативних бактерій, збудників гнійних інфекцій, активний відносно рикетсій, хламідій і спірохет, який проникає в клітини мікроорганізмів і діє на мікроби внутрішньоклітинно;
- метронідазол – активний щодо трихомонад, гарднерелл і анаеробів;
- ністатин – позитивно впливає на дріжджоподібні гриби роду *Candida*;
- дексаметазон ацетат – має місцеву протизапальну активність.

Крім того, допоміжні речовини (лактоза, полівідон, магнію сульфат, натрію лаурил), що входять до складу лікарської форми, попереджають ушкодження слизової оболонки піхви, а також сприяють підтриманню фізіологічного рівня рН.

З метою корекції мікробіоценозу кишечника застосовували препарат, який містить продукти життєдіяльності мікроорганізмів у формі беззародкового водного субстрату, що відповідає 110 мг молочної кислоти, 55 мг лактози на 1 мл крапель. Препарат сприяє відновленню фізіологічної флори кишечника біологічним шляхом, викликаючи зрушення і підтримку значень рН у травному тракті в межах фізіологічної норми, що створює несприятливі умови для життєдіяльності патогенних мікроорганізмів, забезпечуючи санацію кишечника. На тлі прискорення розвитку нормальних симбіонтів кишечника під дією препарату нормалізується природний синтез вітамінів групи B і D, покращуються фізіологічні функції слизо-

вої оболонки травного тракту. Жирині кислоти, що містяться в препараті, забезпечують відновлення порушеного водно-електролітного балансу в просвіті кишки.

Серед основних методів дослідження були використані клінічні, мікробіологічні, імунологічні, ендокринологічні і статистичні.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що ефективність бар'єрних методів контрацепції у пацієнок з бактеріальним вагінозом становить 90,0%, а комбінованих – 96,0%, індекс Перля – 1,1 і 3,9 відповідно.

Серед головних етіопатогенетичних причин бактеріального вагінозу найчастіше зустрічалися порушення гормонального балансу (34,0%) і використання антимікробної хіміотерапії (30,0%). Дещо рідше мали місце інфекційно-залежний варіант (20,0%), механічні чинники (8,0%) і супутня патологія травного тракту (8,0%).

Основними скаргами у пацієнок з бактеріальним вагінозом, що використовували бар'єрні методи контрацепції, були виділення білого кольору помірної кількості (76,0%), причому слизові (52,0%) і сирнисті (40,0%), майже в половині випадків (48,0%) з характерним запахом. Крім того, зафіксована висока частота диспареунії (44,0%), свербіж (46,0%) в ділянці зовнішніх статевих органів. Скаргами соматичного характеру зареєстровано біль у нижніх відділах живота (50,0%), метеоризм (58,0%), хронічні запори (48,0%), діарею (14,0%), нудоту (28,0%) і порушення апетиту (10,0%).

Стан мікробіоценозу статевих шляхів у пацієнок з бактеріальним вагінозом і бар'єрними методами контрацепції характеризувався достатньою кількістю лактобацил, що свідчить про «паличковий характер» мікрофлори при мікроскопуванні ( $\chi^2 < 0,01$ ), а зі збільшенням їхнього числа частіше визначалися дріжджові клітини і рідше – фузобактерії ( $p < 0,05$ ). Кількість епітеліальних клітин і мазання залежали від концентрації гемофільної палички ( $r = 0,3676$ ) і молочнокислого стрептокока ( $r = 0,421$ ), а лейкоцитоз поєднувався з кількістю *E. coli* з гемолітичними властивостями ( $r = 0,716$ ), *Acinetobacter* ( $r = 0,350$ ) і *Vacillus* ( $r = 0,716$ ) та не зустрічався при виявленні молочнокислого стрептокока ( $p < 0,05$ ). Цитоліз був пов'язаний з присутністю в піхві ентеробактерій ( $p < 0,01$ ) і стафілококів ( $p < 0,05$ ). При колонізації піхви *Enterobacteriaceae* і *Ureaplasma* в мазках знайдені «ключові клітини», кількість яких і визначає ступінь тяжкості бактерійного вагінозу ( $r = 0,426$ ,  $\chi^2 < 0,01$ ).

Особливості мікробіоценозу кишечника у пацієнок з бактеріальним вагінозом і бар'єрною контрацепцією характеризувалися переважанням анаеробів (8,57±0,32); *Bifidobacterium* (7,96±0,25); *E. coli* (7,63±0,24); аеробів (7,26±0,26) і *Lactobacillus* (7,11±0,33). За ступенем тяжкості дисбактеріозу кишечника переважали перший (35,0%) і другий (37,0%) ступені тяжкості.

Використання комбінованої методики контрацепції у жінок з бактеріальним вагінозом дозволяє констатувати зниження відносної кількості сильних виділень (I група – 20,0%, II група – 8,0%); сирнистих виділень (I група – 40,0%, II група – 16,0%); виділень з неприємним запахом (I група – 48,0%, II група – 30,0%); диспареунії (I група – 44,0%, II група – 26,0%); свербіж статевих органів (I група – 46,0%, II група – 24,0%) і паління (I група – 42,0%, II група – 20,0%). Одночасно

відбувалося зменшення відносного числа скарг соматичного характеру: болі в животі (I група – 50,0%, II група – 28,0%); метеоризм (I група – 58,0%, II група – 32,0%); закреп (I група – 48,0%, II група – 26,0%); діарея (I група – 14,0%, II група – 4,0%); нудота (I група – 28,0%, II група – 14,0%) і порушення апетиту (I група – 10,0%, II група – 4,0%).

При комбінованій методиці контрацепції у пацієнток з бактеріальним вагінозом відзначено збільшення числа *Lactobacillus* ( $p < 0,05$ ) і *Bifidobacterium* ( $p < 0,05$ ) на тлі одночасного зниження *Candida* ( $p < 0,05$ ). При використанні непараметричного критерію Wald–Wolfowitz виявлене достовірне зниження кількості *E. coli* без гемолітичних властивостей ( $p < 0,01$ ), *Enterobacter* ( $p < 0,01$ ), *Acinetobacter* ( $p < 0,01$ ), *E. faecalis* ( $p < 0,01$ ), *Mucor* ( $p < 0,01$ ) і плісневих грибів ( $p < 0,05$ ). У міру збільшення тривалості використання гормональної контрацепції підвищувалася концентрація лактозонегативної *E. coli* і грибів роду *Candida* та збільшувалася частота бактерійного вагінозу (I група – 20,0%, II група – 32,0%) при одночасному зниженні рівня III ст. (I група – 12,0%, II група – 6,0%).

### ВИСНОВКИ

Отже, як показали результати проведених досліджень, контрацепція у пацієнток з бактерійним вагінозом повинна носити комплексний характер з урахуванням усіх ланок етіопатогенетичних змін. Поєднане використання гормональних контрацептивів з лікувальними заходами (корекція мікробіоценозу статевих шляхів і кишечника) дозволяє забезпечити не лише високий контрацептивний ефект, але й профілакувати рецидивування бактерійного вагінозу. Це дозволяє рекомендувати запропоновану методику для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

#### Особенности контрацепции у женщин с бактериальным вагинозом С.А. Пандей

Как показали результаты проведенных исследований, контрацепция у пациенток с бактериальным вагинозом должна носить комплексный характер с учетом всех звеньев этиопатогенетических изменений. Сочетанное использование гормональных контрацептивов с лечебными мероприятиями (коррекция микробиоценоза половых путей и кишечника) позволяет обеспечить не только высокий контрацептивный эффект, но и профилактировать рецидивирование бактериального вагиноза. Это позволяет рекомендовать предлагаемую методику для широкого использования в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** бактериальный вагиноз, контрацепция.

#### Features of contraception at women with bacterial vaginosis S.A. Pandey

As have shown results of lead uses contraception at patients with bacterial vaginosis should have complex character in view of all parts patogenetical changes. Complex with medical actions (correction micribiozenoses sexual ways and intestines) allows to provide use of hor-

monal contraceptives not only high contraceptive effect, but also profilactice recedive bacterial vaginosis. It allows to recommend an offered technique for wide use in practical public health services.

**Key words:** bacterial vaginosis, contraception.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кузьмин А.А. Гормональные контрацептивы нового поколения // Контрацепция и здоровье женщины. – 2018. – № 1. – С. 3–10.
2. Курбанова М.Х. Приемлемость и эффективность средств контрацепции при некоторых формах экстрагенитальной и акушерской патологии // Акушерство и гинекология. – 2017. – № 3. – С. 34–39.
3. Фролова О.Г., Волгина В.Ф., Пугачева Т.М. Дискуссионные вопросы контрацепции у женщин после родов // Акушерство и гинекология. – 2015. – № 6. – С. 43–46.
4. Хомасурадзе А.Г., Шакаршвили А.А. Руководство по контрацепции. Тбилиси, 2014. – 504 с.

УДК 618.14-072-06:618.173

## Роль гістероскопії у діагностиці гіперпластичних процесів матки у постменопаузальний період

Ю.М. Садигов

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

Результати проведених досліджень свідчать про високу міру інформативності гістероскопічного оцінювання при поєднаній патології матки у жінок періоду постменопаузи. Вищу достовірність діагностики поєднаної патології матки у хворих постменопаузального віку (97,3%) вдалося досягти послідовним використанням різних методів, оскільки самостійне вживання однієї методики дає діагностичні помилки. Підтвердженням високої діагностичної цінності даного алгоритму була висока частота збігу клінічного і морфологічного діагнозів. Крім того, в алгоритм обстеження хворих даної групи, враховуючи синхронність розвитку проліферативних процесів, необхідно включати адекватне ендоскопічне обстеження ендо- та екзоцервікса. Встановлені особливості необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у цих пацієнток.

**Ключові слова:** гіперпластичні процеси ендометрія, період постменопаузи, гістероскопія.

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

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

Не дивлячись на тривалу історію досліджень постменопаузального періоду, донині не можна вважати до кінця з'ясованими причини і механізм розвитку поєднаної патології матки саме в цей період, а також гістероскопічне оцінювання даної патології.

У зв'язку з викладеним вище представляється актуальним і перспективним обґрунтування і розроблення клінічної системи діагностики і тактики ведення жінок з гіперпластичними процесами матки у постменопаузальний період.

**Мета дослідження:** гістероскопічне оцінювання жінок з гіперпластичними процесами матки у постменопаузальний період.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети нами піддалися ретроспективному аналізу історії хвороби 128 жінок і проспективному вивченню 171 пацієнтка з кровотечами у постменопаузальний період. Серед ретроспективно вивчених пацієнток виділена група порівняння, що складалася з 61 жінки з поєднаною патологією матки в постменопаузальний період (для порівняння методів лікування даного контингенту).

З дослідження були виключені пацієнтки, в яких при патоморфологічному дослідженні були виявлені злоякісні або передракові зміни ендо- і міометрія. Водночас не можна не відзначити, що такі поєднання патологій, як метаболічний синдром, лейоміома матки та атрофія ендометрія (на фоні метроррагії); метаболічний синдром, лейоміома матки і гіперплазія ендометрія; рецидивуюча гіперплазія ендометрія, є доброякісними з точки зору патоморфолога, проте з урахуванням віку пацієнток і комплексності 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, контрольну групу склали 82 жінки, що не мали метаболічного синдрому. У середині обох груп виділено по дві підгрупи жінок:

- підгрупа 1 – з ізольованою формою патології ендометрія (30 і 48 пацієнток відповідно),
- підгрупа 2 – із поєднаною патологією матки (59 і 34 жінок відповідно).

Діагностика метаболічного синдрому ґрунтувалася на критеріях, затверджених ВООЗ.

У поняття «поєднана патологія матки» ми об'єднали патологію ендо- і міометрія: патологія ендометрія у поєднанні з лейоміомою матки, патологія ендометрія й 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 та атрофію ендометрія (за умови наявності метроррагії).

До комплексу обстеження жінок, що знаходилися під спостереженням, входили:

- ретельний збір анамнезу життя і захворювання,
- об'єктивне обстеження,
- додаткові методи обстеження (гістероскопія за загальноприйнятими методами).

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час обстеження пацієнток обох груп нами виявлені наступні види поєднаної патології матки:

- лейоміома матки й атрофія ендометрія – у 18 (20,22±2,25%) спостережуваних групи з метаболічним синдромом і в 14 (17,07±1,15%) без метаболічного синдрому;
- лейоміома матки і поліпи ендометрія – у 30 (33,71±3,01%) обстежуваних основної групи і в 18 (21,95±2,57%) контрольної ( $p<0,01$ );
- 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 мали 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 10 (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 – у 4 пацієнток (4,49±1,19%;  $p<0,001$ ) основної групи, в групі контролю не діагностована.

Отже, в основній групі достовірно частіше діагностовані поєднання лейоміоми матки і залозистої гіперплазії ендометрія, лейоміоми 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 становив 60,51±1,51 року, з поєднаною патологією матки – 57,86±0,99 року, в 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 показав наступні особливості: у пацієнток, що мали метаболічний синдром з ізольованою формою патології ендометрія, менопауза настала в 50,64±0,66 року, при поєднаній формі патології міо- та ендометрія – в 50,75±0,32 року; у групі жінок, що не мали метаболічного синдрому – 50,47±0,36 року і 51,11±0,56 року відповідно.

Кожна з проспективно обстежених груп зі свого боку 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 – у 10 (33,33±3,06%),
- 6–10 років – у 10 (33,33±3,06%),
- більше 11 років – у 10 (33,34±3,06%) пацієнток.

Серед пацієнток без проявів 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 у спостережуваних жінок відрізнялася значною різноманітністю симптомів, що обумовлене різними чинниками: тривалістю захворювання, поєднанням декількох патологічних процесів статевих органів, особливостями попереднього лікування, що проводилося, соматичною патологією. Клінічна картина гіперпластичних процесів матки в обстежуваних жінок характеризувалася загалом матковими кровотечами (різного ступеня вираженості і тривалості) та болізовим синдромом.

Під час проведення гістероскопії вдалося виявити підслизову локалізацію вузла в групі жінок з метаболічним синдромом в 4 (6,78±0,27%) випадках і в групі пацієнток, що не мали метаболічного синдрому, – в 3 (8,82±0,86%). Збіг результатів з морфологічним діагнозом становив 87,50%.

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

Поліпи в постменопаузі часто зустрічаються на фоні атрофічного ендометрія, при цьому видно поліпоподібні розростання від 0,5 до 2,0 см і більше. У даному дослідженні при гістероскопії поліпи ендометрія виявлені в групі з поєднаною патологією матки і метаболічним синдромом у 30 (50,85±4,50%) жінок, у групі без метаболічного синдрому і поєднаної патології матки – в 20 (58,82±5,44%); в основній групі з ізольованою патологією ендометрія – у 18 (60,00±5,99%) жінок, в контрольній з ізольованою патологією ендометрія – в 22 (45,83±4,19%;  $p<0,05$ ) пацієнток. Збіг гістероскопічного і гістологічного висновків становив 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 дрібноточечних до більших. Подібна картина виявлена в групі з метаболічним синдромом і поєднаною патологією матки у 20 (33,90±3,16%) пацієнток, у групі без метаболічного синдрому із поєднаною патологією матки – у 12 (35,29±3,19%); в основній групі з ізольованою патологією ендометрія – у 8 (26,67±2,07%) жінок, в контрольній із ізольованою патологією ендометрія – у 25 (52,08±4,21%;  $p<0,001$ ) пацієнток. Збіг результатів з морфологічним дослідженням становив 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 (простой форми) були наступні: потовщення ендометрія більше 5 мм; ендометрій, що створював складки різної висоти (феномен «пастки»), блідо-рожевого кольору з вира-

женим судинним малюнком. На поверхні слизової оболонки при кістозній формі гіперплазії була видимою велика кількість проток залоз (прозорі крапки) і кістозних порожнин діаметром 2–3 мм. При зміні швидкості подачі рідини спостерігався хвилюподібний рух ендометрія (феномен «водних рослин»).

Гістероскопічна картина гіперплазії ендометрія виявлена у жінок основної групи з 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 контрольній групі в 1 (2,08±0,05%;  $p<0,001$ ) випадку. Збіг результатів гістероскопії з морфологічним діагнозом становив у групі жінок з проявами метаболічного синдрому і поєднаною патологією матки 87,5%, у цих самих пацієнток з ізольованою патологією ендометрія – 80,0%, у групі без метаболічного синдрому – 82,95% відповідно.

Отже, при гістероскопічному дослідженні у жінок основної групи (в обох підгрупах) частіше зустрічалася гіперплазія ендометрія, тоді як в контрольній групі жінок, що мали ізольовану патологію ендометрія, частіше відзначена атрофія ендометрія.

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

До комплексного обстеження хворих входила також проста і розширена кольпоскопія шийки матки з подальшою прицільною біопсією. Патологія екзоцервікса підтверджувалася даними морфологічного дослідження біопатів.

Найбільшою кольпоскопічною ознакою, що часто зустрічалася, був ендцервіцит, 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 остриців циліндричного епітелію виявлена в групі жінок з метаболічним синдромом і поєднаною патологією ендометрія в 13 (22,03±2,39%) випадках, у групі без проявів метаболічного синдрому і поєднаної патології матки – в 7 (20,59±2,93%).

Залозисто-м'язова гіпертрофія шийки матки відзначена у 7 (11,86±2,24%) пацієнток основної групи із поєднаною патологією матки і в 3 (8,82±0,86%) випадках 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 та екзоцервікса діагностована у 6 (10,57±1,93%) жінок, які страждали на метаболічний синдром, 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%) пацієнток.

Поліп каналу шийки матки 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%) жінок. У поліпах ендцервікса в 75,65% випадків спостерігалася плоскоклетинна 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.

Ендцервіцит в основній групі з ізольованою патологією ендометрія виявлений у 8 (26,67±3,07%) жінок і в контрольній групі – у 3 (6,25±0,49%;  $p<0,001$ ) пацієнток. Дифузна атрофія епітелію у поєднанні із запаленням слизової оболонки піхви та 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 та ізольованою патологією ендометрія діагностована у 3 (10,00±1,47%) жінок, у групі без метаболічного синдрому та з ізольованою патологією ендометрія – у 3 (6,25±0,49%) пацієнток. Поліп каналу шийки матки 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%) пацієнток, у групі без метаболічного синдрому – у 3 (6,25±0,49%); рубцева деформація в основній групі з ізольованою патологією ендометрія відзначена в 2 (6,67±0,55%) і 3 (6,25±0,49%) жінок групи контролю.

Приведені дані дозволяють дійти висновку про те, що в обстежених хворих значно поширені супутні патологічні стани шийки матки з переважаанням фонових процесів. Ендцервіцит і поліп каналу шийки матки мали достовірно значущі відмінності в обох підгрупах основної і контрольної груп, що свідчить про безперечну роль запального компонента в патогенезі даної патології. Достовірно частіше в обох підгрупах основної групи зустрічалися поєднання декількох фонових процесів шийки матки.

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

## ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про високий ступінь інформативності гістероскопічної оцінки поєднаної патології матки у жінок постменопаузального періоду. Встановлені особливості необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у цих пацієнток.

### Роль гістероскопии в диагностике гиперпластических процессов матки в постменопаузальный период Ю.М. Садыгов

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой степени информативности гистероскопической оценки при сочетанной патологии матки у женщин постменопаузального периода. Более высокую достоверность диагностики сочетанной патологии матки у больных постменопаузального периода (97,3%) удалось достигнуть по-

следовательным использованием различных методов, самостоятельное применение одной методики дает диагностические ошибки. Подтверждением высокой диагностической ценности данного алгоритма была высокая частота совпадения 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:** гиперпластические процессы эндометрия, постменопаузальный период, гистероскопия.

### The role of hysteroscopia at diagnostic of uterus hyperplasia in postmenopausal period Yu.M. Sadugov

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 proliferative 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:** uterus hyperplasia, postmenopausal period, hysteroscopia.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамьян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2018. – 320 с.
2. Аккер Л.В. Течение постоварикозного синдрома в постменопаузальном периоде: особенности метаболических изменений и их коррекция гормонозаместительной гормональной терапией // Акушерство и гинекология. – 2014. – № 5. – С. 34-38.
3. Афанасьева А.А. Гистероскопический контроль терапии гиперпластических процессов эндометрия в перименопаузе // Проблемы пери- и постменопаузального периода. – 2016. – С. 6-7.
4. Беляков Н.А. Метаболический синдром у женщин. – СПб: МАПО, 2012. – 438 с.
5. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. – СПб: Фолиант, 2009. – 542 с.
6. Бреусенко В.Г. Значение современных методов диагностики опухолей яичников у женщин в период постменопаузы // Рос. вестник акушера-гинеколога. – 2017. – № 2. – С. 67-72.
7. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии: Руководство для врачей. – 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 // Справочник поликлинического врача. – 2016. – № 1. – С. 61-63.

УДК 616.441-002-055.2:615.256.3

## Особливості прегравідарної підготовки у пацієнток з аутоімунним тиреоїдитом

Д.Ю. Берая

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

Результати даного дослідження продемонстрували, що використовуваний гестаген є високоефективним контрацептивним препаратом для жінок з аутоімунним тиреоїдитом, що має лікувальний ефект і не має негативного впливу на параметри артеріального тиску і масу тіла. Важливим аспектом є відсутність у цілому істотного негативного впливу на параметри гемостазу і рівень гормонів щитоподібної залози. Отримані результати дозволяють рекомендувати гестагенний препарат з метою контрацепції у пацієнток з аутоімунним тиреоїдитом та в якості прегравідарної підготовки.

**Ключові слова:** прегравідарна підготовка, аутоімунний тиреоїдит.

Збереження репродуктивного здоров'я жінок, у тому числі і з аутоімунними захворюваннями, є одним із головних завдань сучасної медицини. Згідно з даними літератури, аутоімунні захворювання зустрічаються у 5–7% населення [1–4], значно частіше у жінок, ніж у чоловіків, і відрізняються тривалим хронічним перебігом. Відомо, що одним з аутоімунних захворювань, що найчастіше зустрічається у жінок, є аутоімунний тиреоїдит (АІТ) [1, 2], який нерідко поєднується з гінекологічною та акушерською патологією [3, 4].

АІТ – це органоспецифічне, Т-клітиннопосередковане аутоімунне захворювання, що характеризується утворенням аутоантитіл до тканини щитоподібної залози з подальшим зниженням її функції [2]. Враховуючи той факт, що в основі усіх аутоімунних захворювань полягають схожі патогенетичні механізми, нерідким є поєднання різних аутоімунних процесів. Не викликає сумнівів, що таке поєднання не лише погіршує перебіг захворювань, але й чинить негативний вплив на репродуктивну функцію жінки.

У той самий час більшість пацієнток з АІТ сексуально активні, фертильні, у зв'язку з чим потребують не лише високоефективних, але й безпечних і прийнятних методів контрацепції, які не мають негативного впливу на основне захворювання.

Сьогодні гормональна контрацепція вважається одним з найбільш високоефективних методів контрацепції, що мають не лише контрацептивний, але і лікувальний ефект при таких гормонозалежних гінекологічних захворюваннях, як ендометріоз, міома матки, гіперандрогенія, передменструальний синдром, дисменорея тощо [1–4]. Цей аспект дуже важливий для жінок з АІТ, оскільки у них виявлена висока частота таких захворювань та їх поєднання [2].

Аналіз літературних даних свідчить про відсутність досліджень, присвячених впливу різних методів контрацепції на перебіг АІТ у жінок, особливо на прегравідарному етапі. До сьогодні не вивчений вплив гормональної контрацепції на клінічний перебіг АІТ, на стан різних ланок імунітету. Не вивчені особливості репродуктивного здоров'я жінок з АІТ, ефективність і прийнятність гормональних контрацептивів у них. Не визначена тактика ведення пацієток з АІТ у процесі контрацепції та на прегравідарному етапі.

**Мета дослідження:** вивчення можливості використання гормональної контрацепції у пацієток з АІТ на прегравідарному етапі.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У відповідності з поставленою метою після детального обстеження було відібрано 30 жінок репродуктивного віку (від 18 до 49 років) з АІТ (основна група) і 20 здорових жінок (контрольна група), що не мали протипоказань до призначення гормонального методу контрацепції у відповідності критеріями прийнятності і безпеки ВООЗ (2017).

**Критерії включення:** фертильні жінки репродуктивного віку від 18 до 49 років на еутиреоїдній стадії аутоімунного тиреоїдиту, що знаходяться на замісній гормональній терапії L-тироксину, з високими значеннями антитіл до щитоподібної залози, з нормальними показниками гемостазу, які не планують вагітність протягом року і не мають протипоказань щодо вживання гормональних контрацептивів.

**Критерії виключення:** тяжкі захворювання серцево-судинної системи, злаякісні новоутворення, захворювання крові, тромбоемболія в анамнезі, вагітність, захворювання печінки, тяжка форма цукрового діабету, індивідуальна непереносимість, тромбофілія, кровотечі із статевих шляхів неясної етіології, артеріальна гіпертонія (160/100 мм рт.ст. і вище), паління у віці старше 35 років, мігрень з неврологічною симптоматикою, наявність вовчакового антикоагулянта.

Була вивчена можливість використання з метою контрацепції препарату, що містить тільки прогестаген, – 75 мкг дезогестрелу. Препарат приймається з першого дня менструації, в один і той самий час, впродовж 28 днів, у безперервному режимі. З 29-го дня розпочинається вживання нової упаковки.

У комплексі проведених досліджень були включені клінічні, функціональні, лабораторні і статистичні методи.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Враховуючи відсутність настання вагітності впродовж одного року спостереження, нами було зроблено висновок про високу ефективність препарату в обох групах, а індекс Перля дорівнював 0.

На тлі вживання препарату менструальний цикл характеризувався дуже різноманітними змінами. На підставі отриманих даних можна сказати, що зі збільшенням тривалості застосування препарату скорочувалися епізоди кровотечі (з 16,7% до 6,7%).

У результаті вивчення середньої кількості днів кровотечі, які оцінюються в 90-денному інтервалі часу, було встановлено, що до одного року прийому препарату відзначалося істотне скорочення днів кровотечі в обох групах (у середньому на  $1,3 \pm 0,1$  днів). Дещо довше цей ефект спостерігався в контрольній групі. Оцінюючи

лікувальний ефект, необхідно відзначити, що препарат чинив позитивний вплив на перебіг мастопатії у двох пацієток основної групи (6,7%) і в однієї жінки з контрольної групи (5,0%) з фіброзно-кістозною мастопатією в анамнезі. Це було підтверджено даними УЗ-дослідження (регрес дифузних змін у тканині залози). Сім (23,3%) жінок з 9 (30,0%) із АІТ, що скаржилися на хворобливі менструації (первинна дисменорея), відзначили зникнення болю до 12-го місяця від початку контрацепції, у 2 (6,7%) пацієток інтенсивність больового синдрому знизилася. У контрольній групі лікувальний ефект відзначався у 10,0% жінок. Зменшення об'єму менструальної кровотечі було встановлено у 23,3% жінок до 6 міс від початку застосування контрацепції. До 12-го місяця позитивну динаміку відзначили усі пацієтки.

Симптоми передменструального синдрому (дратівливість, плаксивість, задишка, тахікардія, масталгія) через 12 міс від початку вживання препарату збереглися тільки в 1 (3,3%) жінки з основної групи і в 1 (5,0%) з контрольної групи. Зникнення овуляторного болю відзначили усі 11 (36,7%) пацієток з АІТ і 2 (10,0%) жінки з контрольної групи.

Вивчення маси тіла і параметрів артеріального тиску в обстежуваних жінок засвідчило, що препарат не призводить до істотних змін їхніх значень. Протягом усього періоду спостереження у жодної пацієтки не було виявлено побічних реакцій. Міжменструальні кров'янисті виділення у 17 (56,7%) пацієток з АІТ зменшувалися з тривалістю вживання препарату і не стали причиною відміни або відмови від контрацептиву.

Вивчення динаміки гормонів щитоподібної залози продемонструвало, що на тлі лікування відзначали статистично не значима тенденція до зниження рівня тиреоїдного гормону (ТТГ) і вільного тироксину (Т<sub>4</sub>). Ці параметри не виходили за межі нормативних значень і не вимагали змін дози L-тироксину. Через 12 міс від початку вживання середні значення ТТГ і Т<sub>4</sub><sub>вільн.</sub> становили  $2,7 \pm 0,7$  МО/л і  $11,2 \pm 0,1$  нмоль/л відповідно.

Кількість тромбоцитів протягом усього періоду спостереження не виходила за межі норми, у середньому цей показник до 12 міс від початку вживання препарату становив  $315,3 \pm 8,7 \times 10^9$  у пацієток з АІТ і  $310,2 \pm 10,3 \times 10^9$  у здорових жінок. Що стосується змін протромбінового індексу (ПІ), то було виявлено незначне підвищення цього параметра в основній групі, але при цьому значення його не виходили за межі референсних значень, у контрольній групі відзначали зниження, хоча статистично не значуще ( $p > 0,05$ ).

Під час аналізу параметрів тромбоеластограми (r+k, ma) в основній групі не були виявлені статистично значущі зміни. Усі показники протягом усього періоду спостереження не виходили за межі референсних значень. Середні значення r+k через 12 міс від початку вживання препарату становили  $19,5 \pm 1,5$ . У контрольній групі відзначалася тенденція до збільшення r+k, практично стабільний стан значень. У 4 (20%) пацієток через 6 міс від початку вживання препарату зафіксовано незначне підвищення рівня r+k до 25–26 мм (норма – 19–27 мм), але при цьому як підвищення значення у цих пацієток, так і кінцевий результат параметру відповідали нормі.

Концентрація фібриногену за весь період спостереження відповідали нормі, середні його значення через 12 міс від початку приймання в основній групі становили

ли  $3,45 \pm 0,05$  г/л, що трохи вище за початкові значення –  $3,1 \pm 0,87$  г/л, у контрольній групі –  $2,9 \pm 0,2$  г/л.

Через 12 міс від початку вживання препарату середні значення активованого часткового тромбопластинового часу (АЧТВ) становили  $41,2 \pm 10,9$ , що дещо нижче рівня АЧТВ до контрацепції ( $44,3 \pm 11,8$ ). Що стосується контрольної групи, його незначні підвищення супроводжувалися статистично значущим зниженням через 6 міс ( $p < 0,05$ ).

Значення агрегаційної активності тромбоцитів при індукції процесу агрегації специфічним стимулятором АДФ 10 на тлі контрацептиву практично не змінювалися в основній групі, до кінця спостереження середні його значення склали  $63,1 \pm 1,67\%$ , в контрольній групі –  $51,5 \pm 3,5\%$ . Вовчаковий антикоагулянт був негативним протягом всього періоду спостереження в усіх жінок.

Отже, гестагенний препарат у цілому не чинить негативного впливу на параметри гемостазу. До кінця спостереження усі показники, що вивчалися, відповідали нормативним значенням в обох групах. Незначні зміни деяких параметрів статистично недостовірні і практично не значимі.

Аналіз отриманих даних свідчить, що в переважаючій більшості випадків в основній групі відзначалася тенденція до зниження показників лімфоцитарних клітин імунної системи, а в значеннях натуральних кілерних клітин зниження достовірне ( $p < 0,05$ ). Тенденція до підвищення відзначалася в рівні цитотоксичних Т-лімфоцитів, кінцевий результат якого відповідав верхній межі норми, до зниження – в значеннях Т-кілерних клітин. При цьому до 12 міс від початку застосування контрацепції рівень Т-кілерів був достовірно вищим ( $p < 0,05$ ) порівняно зі здоровими жінками.

Що стосується контрольної групи, то динаміка лімфоцитарних клітин характеризувалася тенденцією до підвищення значень Т-лімфоцитів, Т-хелперів, цитотоксичних Т-лімфоцитів, Т-кілерів, натуральних кілерних клітин, В-лімфоцитів. Деяке зниження встановлене в значеннях імунорегуляторного індексу. Проте необхідно підкреслити, що окрім натуральних кілерних клітин, які до кінця спостереження достовірно вище порівняно з основною групою, підсумкові показники усіх інших параметрів відповідали нормі.

Отже, використовуваний препарат у контрольній групі, на відміну від основної, мав переважно стимулювальний ефект і може бути використаний на прегравідарному етапі.

## ВИСНОВКИ

Результати даного дослідження продемонстрували, що використовуваний гестаген є високоефективним контрацептивним препаратом для жінок з аутоімунним тиреоїдитом, який має лікувальний ефект і не чинить негативного впливу на параметри артеріального тиску і масу тіла. Важливим аспектом є відсутність у цілому істотного негативного впливу на параметри гемостазу і рівень гормонів щитоподібної залози.

Отримані результати дозволяють рекомендувати гестагенний препарат з метою контрацепції у пацієнток з аутоімунним тиреоїдитом та у якості прегравідарної підготовки.

## Особенности прегравидарной подготовки у пациенток с аутоиммунным тиреоидитом

*Д.Ю. Берая*

Результаты данного исследования показали, что используемый гестаген является высокоэффективным контрацептивным препаратом для женщины с аутоиммунным тиреоидитом, обладающим лечебным эффектом и не оказывающим отрицательного влияния на параметры артериального давления и массу тела. Важным аспектом является отсутствие в целом существенного негативного влияния на параметры гемостаза и уровень гормонов щитовидной железы.

Полученные результаты позволяют рекомендовать гестагенный препарат с целью контрацепции у пациенток с аутоиммунным тиреоидитом и в качестве прегравидарной подготовки.

**Ключевые слова:** *прегравидарная подготовка, аутоиммунный тиреоидит.*

## Features of pregravidare preparation at patients with autoimmune thyreoidite

*D. Yu. Beray*

Results of our research have shown that used gestagen is a highly effective contraceptive preparation for women with autoimmune thyreoidite, possessing medical effect and not rendering negative influence on parameters of arterial pressure and on weight of a body. A prominent aspect is absence as a whole essential negative influence on parameters of a hemostasis and on level of hormones of a thyroid gland. The received results allow to recommend gestagene preparation for the purpose of contraception at patients with autoimmune thyreoidite and pregravidare preparation.

**Key words:** *pregravidare preparation, autoimmune thyreoidite.*

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Перминова С.Г. Гипотиреоз и нарушения репродуктивной функции женщины // Гинекология. – 2016. – Т. 8, № 1. – С. 21–26.
2. Петунина Н.А. Аутоиммунный тиреоидит: современные представления об этиологии патогенеза, диагностики и лечения // Проблемы эндокринологии. – 2017. – Т. 43, № 4. – С. 30–35.
3. Прилепская В.Н. Контрацепция у женщин с патологией щитовидной железы. Руководство по контрацепции / ред. В.Н. Прилепской. – М.: МЕДпресс-информ, 2016. – С. 307–312.
4. Старкова Н.Т. Руководство по клинической эндокринологии. – Санкт-Петербург, 2016. – 540 с.



## Вплив органозберігальних операцій на яєчниках на менструальну функцію жінок

А.В. Бойко, В.А. Терехов

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Не дивлячись на численні публікації, присвячені вивченню репродуктивного здоров'я жінок з кістами і доброякісними пухлинами яєчників, проблема ефективного відновлення репродуктивної функції цих жінок на сьогодні вирішена недостатньо. Донині не систематизовані дані щодо впливу органозберігальних операцій на яєчниках на особливості менструальної функції жінок.

**Мета дослідження:** вивчення особливостей менструальної функції жінок після органозберігальних операцій на яєчниках.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз морфофункціонального стану яєчників у 100 пацієнок з простою серозною цистаденомою (50) і зрілою тератомаю (50) до і після органозберігальних операцій (кістектомія, резекція). З урахуванням об'єму виконаного оперативного втручання обстежені були розподілені на три групи. У комплексі проведених досліджень були включені клінічні, ендокринологічні, біохімічні, морфологічні та статичні методи.

**Результати.** Узагальнення отриманих результатів дозволило дійти висновку, що частота порушень менструальної функції у жінок після операцій на яєчниках обумовлена як порушеннями до операції, так і наслідком оперативного втручання. Значний відсоток змін менструального циклу до операції (46,0% із зрілою тератомаю і 54,0% з простою серозною цистаденомою), згідно з нашими даними, прямо пропорційно корелює з рівнем зміни оваріального резерву. У післяопераційний період відзначено збільшення в 1,3–1,4 разу кількості пацієнок з порушенням менструальної функції, більшою мірою після резекції яєчника. Серед усіх видів порушень менструального циклу переважали укорочення циклу та олігоменорея.

**Заключення.** Отримані дані необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів.

**Ключові слова:** доброякісні пухлини яєчників, репродуктивний вік, порушення менструальної функції.

Одне з перших місць серед новоутворень жіночих статевих органів посідають кісти і доброякісні пухлини яєчників (ДПЯ) [1–2]. Частота кіст і ДПЯ, за даними різних авторів, за останні 10–15 років збільшилася з 6% до 25% [3–4].

Різноманітність клінічних проявів, труднощі диференціальної діагностики призводять до зростання числа оперативних втручань на яєчниках, втрати працез-

датності і порушення репродуктивного здоров'я у жінок, що підкреслює не лише медичний, але й соціальний та економічний аспекти даної патології [5–7]. Донині не систематизовані дані щодо впливу органозберігальних операцій на яєчниках на особливості менструальної функції жінок.

Не дивлячись на проведені дослідження, присвячені вивченню репродуктивного здоров'я жінок з кістами і ДПЯ [1–7], на сьогодні не вирішена проблема ефективного відновлення репродуктивної функції жінок із доброякісною патологією яєчників.

**Мета дослідження:** вивчення особливостей менструальної функції жінок після органозберігальних операцій на яєчниках.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Згідно з поставленим завданням досліджено морфофункціональний стан яєчників у 100 пацієнок з простою серозною цистаденомою (СЦА) і зрілою тератомаю (ЗТ) до і після органозберігальних операцій (кістектомія, резекція) – відповідно по 50 жінок. Паралельно оцінювали менструальну і репродуктивну функцію. Оперативне втручання усім пацієнткам виконували лапароскопічним доступом за загальноприйнятою методикою [3].

З урахуванням об'єму виконаного оперативного втручання обстежені були розподілені на три групи.

До групи 1 увійшли 50 пацієнок, в яких видалення пухлини не супроводжувалося видаленням яєчничової тканини, що надалі було підтверджене гістологічно і розцінене нами як кістектомія.

До групи 2 увійшли 50 обстежених, у яких, за відсутності упевненості в повноцінному видаленні капсули утворення, була виконана економна резекція яєчника. При цьому резекцію частіше виконували пацієнткам з простою серозною цистаденомою (56,0%), ніж із зрілою тератомаю яєчника (44,0%).

У групу 3 (контрольну) включені 30 здорових жінок, зіставних за віком, з регулярним менструальним циклом, що мають спонтанну овуляцію і не отримували гормональної терапії протягом 1,5 року.

У комплексі проведених досліджень були включені клінічні, ендокринологічні, біохімічні, морфологічні та статичні методи.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час аналізу даних анамнезу ми визнали доцільним готувати пацієнок до оперативного втручання залежно від морфологічної структури утворення.

Вік усіх обстежених хворих коливався від 18 до 40 років, становлячи в середньому  $27 \pm 4,8$  року. Більшість пацієнок із ЗТ знаходилися у віці до 30 років, із СЦА – у віці понад 30 років. При обох морфологічних варіантах утворення кістектомія і резекція були виконані з однаковою частотою в усіх вікових періодах.

Приводом для госпіталізації було виявлення об'ємного утворення в ділянці придатків матки при профілактичному огляді і/або ультразвуковому скануванні. За екстремними показаннями з клінікою гострого живота госпіталізовані 12,0% хворих, інші пацієнтки (88,0%) поступили в плановому порядку.

Під час госпіталізації характер скарг обстежених хворих був неспецифічний. Так, найбільш частою скаргою обстежених був біль у нижніх відділах живота різної міри вираженості (78,0%). Больовий синдром був найбільш вираженим у пацієнок із СЦА. Слід зазначити, що величина яєчникового утворення перевищувала 75–120 мм у діаметрі, і біль був обумовлений, мабуть, порушенням живлення в капсулі утворення. Другою по частоті скаргою відзначено порушення менструального циклу – 14,0% жінок. Порушення функції сусідніх органів (дизурія, замки), збільшення живота в об'ємі спостерігали у кожній десятій хворій (10,0%).

Клінічні прояви захворювання при госпіталізації були відсутні у 22,0% хворих, в яких новоутворення яєчників діагностовано при профілактичному огляді гінеколога або стали випадковою знахідкою при ультразвуковому дослідженні.

Згідно з даними вивчення менструальної функції відзначено, що середній вік настання менархе становив  $13,8 \pm 1,2$  року, це практично відповідає такому в популяції. Настання менархе у віці до 12 років спостерігалось у 26,0% пацієнок, майже у половини хворих (46,0%) – у віці 12–15 років. Пізніше менархе виявлене у 28,0% хворих, тільки у кожній шостій обстеженій (16,0%) – у віці понад 16 років. Слід зазначити, що пізніше менархе частіше зустрічалось у хворих із СЦА – 38,0%. Тривалість менструального циклу коливалася від 23 до 32 днів ( $29,3 \pm 0,5$  днів). Середня тривалість менструальної кровотечі становила  $6,52 \pm 0,2$  днів (від 3 до 8 днів).

Оцінюючи менструальну функцію в обстежених пацієнок, були виявлені ті або інші порушення залежно від морфологічної структури утворення як в становленні менархе, так і в регулярності менструальної функції. Регулярний менструальний цикл був у більшості пацієнок із ЗТ – 86,0%. Серед усіх видів порушення менструальної функції в усіх хворих переважала гіпоменорея та альгоменорея. Мізерні менструації відзначені вдвічі частіше у пацієнок із СЦА, порівняно з хворими із ЗТ.

На хворобливий характер менструацій частіше вказували обстежені з СЦА – 16,0%, ніж із ЗТ – 10,0%.

Ациклічні кров'янисті виділення виявлено у 12,0% пацієнок, з приводу чого раніше було виконано роздільне діагностичне вискоблювання слизової оболонки матки під контролем гістероскопії. Результати гістологічного дослідження свідчили про наявність гіперпластичного процесу ендометрія у всіх пацієнок.

Згідно з отриманими результатами, більшість вагітностей в анамнезі були у пацієнок із СЦА – 68,0%, серед них у кожній третій фіксували артифіційні аборти – 33,8%. Кількість мимовільних абортів була в 1,7 разу вище в обстежених із СЦА, порівняно із ЗТ. Збільшення частоти абортів у співвідношенні до частоти пологів вище у пацієнок із ЗТ, ніж СЦА – 28,0% і 20,0% відповідно.

Передчасні пологи і вагітності, що не розвиваються, частіше зустрічалися у пацієнок із СЦА, рідше у хворих із ЗТ – 6,0% і 4,0%; 2,0% і 2,0% відповідно.

Звертає на себе увагу значний відсоток пацієнок, що запобігають вагітності, як у спостережуваних із СЦА – 36,0%, так і з ЗТ – 26,0% відповідно.

Вивчення гінекологічного анамнезу у хворих з пухлинами яєчника виявило наявність гінекологічних захворювань у більшості обстежених (60,0%). Найбільш частою гінекологічною патологією відзначені запальні захворювання матки і придатків матки, які зустрічалися у 36,0% пацієнок. Кожна третя хвора (32,0%) тривалий час (від 2 місяців до 1,2 року) отримувала антибактеріальну терапію і

фізіолікування в амбулаторних умовах. Утворення яєчників в анамнезі спостерігали у кожній шостій хворій (16,0%). У той самий час, на відміну від пацієнок із ЗТ, найчастіше в обстежених із СЦА зустрічалися захворювання шийки матки (псевдоерозія, лейкоплакія, поліп слизової оболонки каналу шийки матки, ерозійний ектропіон) – 12,0% і 22,0%; патологія ендометрія (залозисто-кістозна гіперплазія ендометрія, залозисто-фіброзний поліп ендометрія) – 6,0% і 10,0% відповідно.

На відсутність гінекологічних захворювань вказували 40,0% обстежених, з них 22,0% пацієнок тривалий час (більше п'яти років) не відвідували гінеколога.

Найбільш частою соматичною патологією стали захворювання травного тракту (хронічний гастродуоденіт, виразкова хвороба, хронічний коліт), які зустрічалися у 62,0% пацієнок. Захворювання гепатобіліарної системи діагностовано у кожній четвертій хворій (24,0%). Гіпертонічна хвороба виявлена у 30,0% обстежених, варикозне розширення вен нижніх кінцівок відзначено у 16,0% пацієнок. Порушення жирового обміну найчастіше зустрічалось у пацієнок із СЦА – 10,0% порівняно із ЗТ – 6,0%.

Достовірних відмінностей щодо кількості перенесених оперативних втручань між групами не було. Оперативні втручання на органах черевної порожнини і малого таза раніше виконані у більшості хворих (68,0%), найчастіше зустрічалася апендектомія – у кожній п'ятій пацієнтки (24,0%).

Отже, вивчення анамнестичних даних в обстежених пацієнок виявило більш виражені порушення менструальної і репродуктивної функцій, велику частоту гінекологічної і соматичної патології та оперативних втручань у пацієнок з об'ємними утвореннями яєчників порівняно з контрольною групою.

Для оцінювання впливу перенесених оперативних втручань на підставі проведених УЗ-досліджень і біохімічних параметрів ми зіставили стан менструальної функції пацієнок з рівнем зниження оваріального резерву залежно від об'єму оперативного втручання.

Так, регулярний менструальний цикл до оперативного втручання був у переважної більшості жінок з нормальним оваріальним резервом (підгрупа А) як в групі 1 (80,0%), так і в групі 2 (68,0%), тривалість його становила 28–30 днів. У спостережуваних з помірно зниженим оваріальним резервом (підгрупа Б) регулярний цикл зафіксований у кожній другій пацієнтки в обох групах (50,5 і 48,3% відповідно), з низьким оваріальним резервом (підгрупа В) – лише у кожній четвертій (24,3% і 26,1% відповідно). Переважаючим порушенням менструального циклу було його укорочення до 21–25 днів, переважно в підгрупі В. Ациклічні кров'янисті виділення переважали також у спостережуваних з підгрупи В: в групі 1 у 3,1% і в групі 2 – у 6,8%, з приводу чого у 4,9% хворих раніше виконано роздільне діагностичне вискоблювання слизової матки під контролем гістероскопії. Результати гістологічного дослідження свідчили про наявність гіперпластичного процесу ендометрія у всіх пацієнок.

Хворобливі менструації виявлені у 10,0% хворих у групі 1 і у 16,0% у групі 2, незалежно від показників оваріального резерву.

Аналізуючи менструальну функцію після оперативного лікування, нами виявлена залежність порушень менструального циклу від змін у доопераційному періоді. Проведена характеристика тривалості менструального циклу через 3 міс після органозберігальних операцій з урахуванням об'єму виконаної операції і оваріального резерву свідчить, що кількість пацієнок з менструальним циклом 21–25 днів

збільшилося у хворих із ЗТ і СЦА в 1,3 і 1,4 разу відповідно. При цьому в обстежених зі знизеним оваріальним резервом (підгрупа В) фіксували укорочений менструальний цикл у більшості хворих як у групі 1 (54,0%), так і в групі 2 (64,0%). У спостережуваних з помірним знизенням оваріального резерву (підгрупа Б) цей вид порушення зустрічався вдвічі рідше, з незмінним оваріальним резервом (підгрупа А) – втричі. Збільшення тривалості менструального циклу відзначено у пацієток із ЗТ і СЦА незалежно від рівня знизення оваріального резерву.

Отже, кількість спостережуваних зі змінним менструальним циклом було вище у хворих, що перенесли резекцію яєчника, в 1,5 разу, порівняно з кістектомією, що обумовлено великим числом хворих з помірно знизеним (підгрупа Б) і низьким (підгрупа В) оваріальним резервом.

Під час дослідження через 6 міс після операції відзначено збільшення кількості пацієток з різними видами порушень менструальної функції. Найнижчий відсоток нерегулярних менструальних циклів (48,2%) у післяопераційний період відзначено у спостережуваних з незмінним оваріальним резервом (підгрупа А). При зіставленні отриманих результатів дослідження залежно від об'єму оперативного втручання було встановлено, що укорочення менструального циклу до 21–25 днів частіше спостерігалось у хворих, які перенесли оперативне втручання з приводу СЦА, і після резекції яєчника, що пов'язано з великою кількістю пацієток зі змінним оваріальним резервом у цій групі.

Так, через 6 міс після оперативного втручання кількість пацієток з тривалістю циклу 21–25 днів у обстежених з підгруп Б і В стало достовірно більшим ( $p < 0,05$ ). Нами відзначено збільшення спостережуваних з тривалістю циклу 21–25 днів у підгрупі Б в 1,5 разу, а серед пацієток з підгрупи В – в 1,6 разу, порівняно з результатами попереднього дослідження через 3 міс – 15,5% і 31,7% відповідно.

Аналізуючи зміни менструального циклу, також було виявлено, що через 6 міс після операції частота ациклічних кров'янистих виділень також збільшилася в 1,3 разу порівняно з дослідженням, проведеним через 3 міс.

При вивченні характеристики менструального циклу через 12 міс після операції була простежена виявлена раніше позитивна кореляційна залежність між мірою знизення оваріального резерву і порушенням менструального циклу за типом укорочення, олігоменореї. Серед усіх порушень у пацієток з помірно знизеним оваріальним резервом (підгрупа Б) і низьким оваріальним резервом (підгрупа В) переважали укорочення менструального циклу (17,6% і 30,7%) та опсоменорея (32,1% і 40,1% відповідно). Згідно з отриманими даними, ациклічні кров'янисті виділення спостерігали у 7,2% жінок у групі 1 (у хворих із ЗТ) і у 24,0% у групі 2 (у хворих із СЦА), з приводу чого усім спостережуваним зроблена гістероскопія з подальшим розділним діагностичним вискоблюванням слизової оболонки матки. Гістологічне дослідження отриманого матеріалу свідчило про залозисто-кістозний тип гіперплазії ендометрія, залозисту гіперплазію і залозисто-фіброзний поліп.

Оцінювання менструальної функції через 24 міс після органозберігальних операцій свідчило про збільшення частоти порушень в обох групах спостереження. Переважаючою зміною було укорочення циклу до 21–25 днів у хворих з помірно знизеним (підгрупа Б) і низьким (підгрупа В) оваріальним резервом: 19,3% і 34,2% відповідно.

При детальному аналізі менструальної функції залежно від об'єму оперативного втручання виявлено, що після резекції яєчника кількість жінок з нормальним менструальним циклом була менше в 1,3 разу, ніж після кістектомії. Так, найнижчий відсоток нормальних менструальних циклів відмічений у групі 2 у спостережуваних із СЦА, що перенесли резекцію яєчника (18,2%).

## ВИСНОВКИ

Узагальнення отриманих результатів дозволило нам зробити висновок, що частота порушень менструальної функції у жінок після операцій на яєчниках обумовлена як порушеннями до операції, так і наслідком оперативного втручання. Високий відсоток змін менструального циклу до операції (46,0% – зі зрілою тератомою і 54,0% – з простою серозною цистаденомою), згідно з нашими даними, прямопропорційно корелює з рівнем зміни оваріального резерву. У післяопераційний період відзначено збільшення в 1,3–1,4 разу кількості пацієток з порушенням менструальної функції, більшою мірою після резекції яєчника. Серед усіх видів порушень менструального циклу переважали укорочення циклу і олігоменорея. Отримані дані необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів.

### Влияние органосохраняющих операций на яичниках на менструальную функцию женщин А.В. Бойко, В.А. Терехов

Несмотря на многочисленные публикации, посвященные изучению репродуктивного здоровья женщин с кистами и доброкачественными опухолями яичников, проблемы эффективного восстановления репродуктивных женщин на сегодня решены недостаточно.

**Цель исследования:** изучение особенностей менструальной функции женщины после органосохраняющих операций на яичниках.

**Материалы и методы.** Проведен анализ морфофункционального состояния яичников у 100 пациенток с простой серозной цистаденомой (50) и зрелой тератомой (50) до и после органосохраняющих операций (кистэктомия, резекция). С учетом объема выполненного оперативного вмешательства обследованные были распределены на три группы. В комплекс проведенных исследований были включены клинические, эндокринологические, биохимические, морфологические и статистические методы.

**Результаты.** Обобщение полученных результатов, позволило сделать вывод, что частота нарушений менструальной функции у женщин после операций на яичниках обусловлена как нарушениями до операции, так и последствием оперативного вмешательства. Высокий процент изменений менструального цикла до операции (46,0% – со зрелой тератомой и 54,0% – с простой серозной цистаденомой), согласно нашим данным, прямо пропорционально коррелирует с уровнем изменения овариального резерва. В послеоперационный период отмечено увеличение в 1,3–1,4 раза числа пациенток с нарушением менструальной функции, в основном после резекции яичника. Среди всех видов нарушений менструального цикла преобладали укорочение цикла и олигоменорея.

**Заключение.** Полученные данные необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

**Ключевые слова:** доброкачественные опухоли яичников, репродуктивный возраст, нарушения менструальной функции.

### Influence of organ-preserving operations on ovaries on menstrual function of women

A.V. Boyko, A.V. Terekhov

Despite numerous publications on the study of reproductive health of women with cysts and benign ovarian tumors, the problems of effective restoration of reproductive women have not been solved to date.

**The objective:** to study features of menstrual function of women after organ-preserving operations on ovaries.

**Materials and methods.** We investigated morfofunctionale condition of ovaries at 100 patients with a simple serous cystadenoma (50) and a mature teratoma (50) – before organ-preserving operations (cystectomy, resection). Taking into account the volume of the executed operative measure, surveyed were distributed on 3 groups. The complex of the conducted researches included clinical, endocrinologic, biochemical, morphological and static methods.

**Results.** Generalization of the received results, allowed us to conclude that the frequency of disturbances of menstrual function at women after operations on ovaries is caused as disturbances before operation, and operative measure consequence. The high percent of changes of menstrual cycle before operation (46,0% – with mature teratoma and 54,0% with simple serous cystadenoma), according to our data, direct in proportion correlates with level of change of an ovariale reserve. In the postoperative period the augmentation of number of patients with disturbance of menstrual function by 1,3-1,4 times more ovary postresections is noted. Among all types of disturbances of menstrual cycle the shorting of cycle and an oligomenorrhea prevailed.

**Conclusion.** The obtained data need to be considered when developing algorithm of diagnostic, treatment-and-prophylactic and rehabilitational actions.

**Key words:** benign tumors of ovaries, genesial age, disturbances of menstrual function.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Зварич Л.І., Луценко Н.С., Шаповал О.С. Частота функціональних кіст яєчників у жінок репродуктивного віку в структурі гінекологічної патології // Сучасні медичні технології. – 2015. – Т. 2, № 3. – С. 79–83.
- Кузнецова Е.П. Современные представления об этиологии и патогенезе опухолевидных образований и доброкачественных опухолей яичников // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2010. – Т. 6, № 3. – С. 552–558.
- Резниченко Г.И., Шаповал О.С. Особенности реализации репродуктивной функции у женщин с доброкачественными опухолевидными образованиями яичников // Здоровье женщины. – 2015. – № 2 (98). – С. 104–107.
- Серебренникова К.Г., Кузнецова Е.П., Халилов Р.З. Факторы риска развития опухолевидных образований и доброкачественных опухолей яичников // Уральский медицинский журнал. – 2010. – № 6 (71). – С. 111–115.
- Шаповал О.С. Кисти яєчників. Аналіз структури патології у жінок репродуктивного віку // Scientific Journal «ScienceRise: Medical Science». – 2016. – № 9 (5). – С. 75–79.
- Shapoval O. Clinical and Diagnostic Parallels, Therapeutical Strategies in Benign Ovarian Tumor-Like Formations. The Science Advanced. 2016. Issue 2. P. 27–33. DOI: 10.15550/ASJ.2016.02.027.
- Vorontsova L.L., Shapoval O.S. Pathogenetic rationale for the use of immunomodulating and systemic enzyme therapy in treatment of nulliparous women with endometriod ovary tumors. Journal of Education, Health and Sport. 2015. Vol. 1, No. 5. P. 75–86.

УДК 618.19-006-02:618.17-008.8-07-08

## Особенности лечения нарушений менструальной функции у женщин с диффузной дисплазией грудных залоз

С.Є. Гладенко

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

Результати проведених досліджень свідчать про необхідність включення в алгоритм діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у жінок з різними формами ендокринного безпліддя динамічного оцінювання стану грудних залоз. При цьому вдосконалені лікувально-профілактичні заходи в пацієнок з недостатністю лютеїної фази та ановуляцією позитивно впливають на функціональний стан грудних залоз, у тому числі і за наявності початкової патології у вигляді різних форм дифузної дисплазії.

Отримані результати є підставою для широкого використання вдосконаленого алгоритму в практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** дифузна дисплазія грудних залоз, порушення менструальної функції, лікування.

Серед основної патології у жінок репродуктивного віку основне місце посідають порушення репродуктивної і менструальної функції, які часто поєднуються [1–3]. Основними причинами розвитку жіночого безпліддя є високий рівень дисгормональних порушень у репродуктивному періоді, значна частота запальних змін органів малого таза, несприятливий вплив екологічних чинників, істотний рівень супутньої соматичної захворюваності тощо [4–7].

На сьогодні доброякісні захворювання грудних залоз є патологією, що досить часто зустрічається серед жінок репродуктивного віку, а в структурі смертності жінок рак грудної залози посідає одне з перших місць [2, 5]. Серед широкого спектра причин такої несприятливої ситуації виділяють початкові дисгормональні порушення, які можуть починатися з пубертатного періоду, обтяжений репродуктивний анамнез, медико-соціальні причини тощо [3, 6].

Не дивлячись на значне число наукових публікацій з проблем порушень репродуктивної і менструальної функції, а також доброякісних захворювань грудних залоз у жінок репродуктивного віку, наукові дослідження, що стосуються взаємозв'язку цих патологій, практично відсутні, а наявні в даному напрямку поодинокі публікації носять фрагментарний характер. Усе викладене вище свідчить про актуальність обраного наукового завдання.

**Мета дослідження:** підвищення ефективності лікування порушень менструальної функції у пацієнок з дифузною дисплазією грудних залоз на підставі удосконалення і впровадження алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під час обстеження пацієнок з порушеннями менструальної функції у дослідження була відібрана група з 130 хворих з ановуляцією і недостатністю лютеїнової фази (НЛФ), яким до і після лікування проводили обстеження грудних залоз.

З метою виключення органічних захворювань жіночих статевих органів для оцінювання стану репродуктивної системи і гормонально залежних органів хворим проводили комплексне клініко-гормональне, ультразвукове, рентгенологічне, імунологічне, ендоскопічне і морфологічне дослідження. Ендокринні порушення менструального циклу за типом ановуляції діагностовані у 73 (56,2%) зі 130 хворих (підгрупа 1.1), за типом НЛФ – у 57 (43,8%) (підгрупа 1.2).

Діагноз ендокринного безпліддя встановлювали згідно зі стандартами протоколів ВООЗ (2017) за відсутності анатомічних змін матки і маткових труб за результатами лапароскопії, гістосальпінгографії і після виключення чоловічого чинника за даними розгорнутої спермограми.

Усі пацієнтки були репродуктивного віку (21–37 років), середній вік жінок становив  $27,1 \pm 2,3$  року.

Терміни спостереження становили від одного до трьох років.

*Критерії включення пацієнок у дослідження:*

- ендокринне безпліддя, обумовлене ановуляцією;
- ендокринні форми безпліддя при регулярному ритмі менструацій у поєднанні з НЛФ;
- вік хворих від 21 до 37 років;

*Критерії виключення пацієнок із дослідження:*

- чоловічий чинник безпліддя;
- імунний чинник безпліддя;
- пухлини матки і придатків неуточненого генезу;
- дисфункціональні маткові кровотечі неуточненого генезу;
- гострі запальні захворювання, органів малого таза в період обстеження;
- вагітність і лактація;
- декомпенсовані захворювання серцево-судинної системи – тромбози, тромбоемболії в анамнезі, артеріальна гіпертензія;
- цукровий діабет, захворювання щитоподібної залози, надниркових та інших залоз внутрішньої секреції.

У разі поєднання порушень репродуктивної і менструальної функції у пацієнок з фіброзно-кістозною хворобою після ендоскопічного етапу корекції органічної патології органів малого таза (спайковий процес, генітальний ендометріоз тощо) необхідно проводити корекцію дисгормональних порушень (естроген-гестагенні препарати, похідні бромкриптину) з подальшою стимуляцією овуляції.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними причинами розвитку порушень менструальної і репродуктивної функцій були тяжкі стресові ситуації

в дитинстві (45,6%), аборти і мимовільні викидні (11,7%), оперативні втручання на органах малого таза (10,7%), вживання гормональних препаратів (5,4%), різке зниження маси тіла більше ніж на 10% (4,4%), різке збільшення маси тіла більше ніж на 10% (3,7%). У 18,5% випадків конкретних причин виділити не вдалося.

У структурі безпліддя у жінок з порушеннями менструальної функції переважало первинне – 66,9%, порівняно зі вторинним – у 33,1% пацієнок. Серед результатів вагітностей зустрічалася висока частота штучного перериванням (35,8%), мимовільних викиднів у I триместрі (23,9%) та позаматкових вагітностей (13,4%).

У жінок з порушеннями менструальної і репродуктивної функції функціональний стан грудних залоз характеризувався високою частотою мастальгії (51,5%) і дифузною дисплазією (ДД) (40,0%), а також наявністю галактореї (23,1%).

Частота різних варіантів ДД залежала від характеру гормональних порушень. У пацієнок з гіперпролактинемією найбільш частими формами були змішана і дифузна форми з переважанням фіброзного компонента. Дифузна форма з переважанням залозистого компонента в 1,7 разу частіше зустрічалася при ановуляції з нормальним рівнем пролактину і підвищенням рівня естрадіолу порівняно з пацієнтками з ановуляцією і гіперпролактинемією.

Порівняльне оцінювання імунного статусу у пацієнок з ендокринними формами безпліддя і ДД грудних залоз свідчить про достовірне зниження показників активності Т-хелперів (CD4) на тлі достовірного підвищення активності клітинкілерів (CD 16), Т-супресорів (CD8) і TNF $\beta$ .

Сумарна ефективність вдосконаленого алгоритму лікувально-профілактичних заходів становила 43,4% і залежала від варіанту порушень ендокринологічного статусу:

- при недостатності лютеїнової фази частота настання вагітності становила 35,3%;
- при ановуляції і нормопролактинемії – 40,0%;
- при ановуляції і функціональній гіперпролактинемії – 55,0%.

### ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать про необхідність включення в алгоритм діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у жінок із дифузною дисплазією грудних залоз та різними формами ендокринного безпліддя динамічної оцінки стану грудних залоз. При цьому вдосконалені лікувально-профілактичні заходи у пацієнок з НЛФ та ановуляцією позитивно впливають на функціональний стан грудних залоз, у тому числі і за наявності початкової патології у вигляді різних форм дифузної дисплазії. Отримані результати є підставою для широкого використання вдосконаленого алгоритму в практичній охороні здоров'я.

### Особенности лечения нарушенной менструальной функции у женщин с диффузной дисплазией грудных желез

*С.Е. Гладенко*

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о необходимости включения в алгоритм диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у женщин с различными формами эндокринного бесплодия динамической оценки состояния грудных желез. При этом усовершенствованные лечебно-профилактические мероприятия у пациен-

ток з недостаточністю лютеїнової фази і с ановуляцією позитивно впливають на функціональне состояние грудних желез, в том числе и при наличии исходной патологии в виде различных форм диффузной дисплазии.

Полученные результаты являются основанием для широкого использования усовершенствованного алгоритма в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** диффузная дисплазия грудных желез, нарушения менструальной функции, лечение.

### Features of treatment of disturbances of menstrual function at women with diffuse dysplasia of mammary glands S. Ye. Gladenko

Results of the spent researches testify to necessity of inclusion for algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions at women with various forms endocrinological barrenesses a dynamic estimation of a condition of mammary glands. Thus advanced treatment-and-prophylactic actions at patients with insufficiency luteine phases and with anovulation positively influence a functional condition mammary glands, including in the presence of an initial pathology in the form of various forms of diffuse dysplasia of mammary glands.

The received results are the basis for wide use of advanced algorithm in practical public health services.

**Key words:** diffuse dysplasia of mammary glands, infringements of menstrual function, treatment.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Коган И.Ю., Полянин А.А., Тарасова М.А. Исследование молочных желез в практике акушера-гинеколога. – СПб.: Изд-во Н-Л, 2018. – 24 с.
2. Ниаури Д.А., Арутюнян А.Ф. Особенности регионального кровотока после эндоскопической миомэктомии // Журнал акуш. и жен. болезн. – 2017. – Т. I, вып. III. – С. 66–69.
3. Henderson B.E., Feigelson H.S. Hormonal carcinogenesis // Carcinogenesis. – 2017. – Vol. 21. – P. 427–433.
4. Трофимова Т.Н., Солнцева И.А. Возможности эхографии в диагностике диффузной фиброзно-кистозной мастопатии // Sono Ace International. – 2018. – Вып. 6. – С. 79–84.
5. Joshi K., Smith J., Perusinghe N. Cell proliferation in the human mammary epithelium. Differential contribution by epithelial and myoepithelial cells / Am. J. Pathol. – 2017. – Vol. 124, № 2. – P. 199–206.
6. Potgieter H.C., Magagane F., Bester M.J. Oestrogen and progesterone receptor status and PgR/ER ratios in normal and myomatous human myometrium. East Afr. Med. J. – 2014. – Vol. 72. – P. 510–514.
7. Joshi M., Reddy S.J., Nanavidekar M., Russo J.P. Core biopsies of the breast: diagnostic pitfalls. Indian. J. Pathol. Microbiol. – 2017. – Vol. 54 (4). – P. 671–682.

УДК 618.145-002-06:618.14-006.03-089

## Найближчі і віддалені наслідки хірургічного лікування різних форм аденоміозу

С.Я. Гринчук

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

Результати проведених досліджень свідчать, що хворі з поширеними формами ендометріїдної хвороби представляють складний контингент для хірургічного лікування. Оптимальна діагностична тактика дозволяє виявити характер і ступінь ураження ендометріозом і визначити вибір доступу та об'єму хірургічного втручання. Поеднані форми ендометріїдної хвороби вимагають участі в операції хірурга та уролога. З урахуванням можливих інтра- і післяопераційних ускладнень ця категорія хворих підлягає ретельному моніторингу у ранній післяопераційний період і проведенню протирецидивного лікування.

**Ключові слова:** ендометріоз, хірургічне лікування, найближчі і віддалені наслідки.

Ендометріоз є поширеною гінекологічною патологією, що виявляється у 5–15% клінічно здорових жінок репродуктивного віку [1, 2]. Серед пацієнток з безпліддям або хронічним рецидивуючим больовим синдромом в ділянці малого таза частота ендометріозу перевищує 60% [3–4].

Сьогодні ендометріоз розглядають не лише як специфічне місцеве гінекологічне захворювання, але й як системний патологічний процес («ендометріїдна хвороба») [5, 6]. Причини виникнення, діагностики і лікування цього захворювання залишаються предметом суперечок від моменту опису до сьогодні. Саме недостатнє розуміння основних механізмів розвитку ендометріозу не дозволяє досягти високого рівня ефективності його лікування [7–9].

Молодий вік хворих на ендометріоз, тривалий і прогресуючий перебіг захворювання, тяжкість клінічних проявів (больовий синдром, маткові кровотечі, хронічна анемія, нейроендокринні розлади), стійке порушення репродуктивної функції, зниження працездатності та якості життя визначають як медичне, так і соціальне значення цієї поширеної патології. Значне ураження ендометріозом статевих органів і очередини малого таза та недостатній об'єм оперативного втручання розглядаються як чинники ризику рецидиву захворювання [1–9], тому проблема своєчасної діагностики та ефективного лікування ендометріїдної хвороби представляється актуальною.

Серед основних спірних і невирішених питань цієї проблеми особливе значення надають найближчим і віддаленим наслідкам хірургічного лікування ендометріозу.

**Мета дослідження:** вивчення найближчих і віддалених наслідків хірургічного лікування хворих з різними формами аденоміозу.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Клінічні дослідження були виконані у 90 жінок з поширеними формами ендометріозу, яких було розділено на три групи:

- 1-а група – 30 жінок з ураженням ендометріозом яєчників, матки, очеревини малого таза і маткових труб;
- 2-а група – 30 жінок з аденоміозом і ретроцервікальним ендометріозом;
- 3-я група – 30 жінок з поєднаними формами ендометріозу.

Вік обстежених жінок коливався від 19 до 47 років, середній вік становив  $34,3 \pm 2,5$  року. Усім хворим проводили обстеження, що включає клінічні, інструментальні, лабораторні і патоморфологічні методи дослідження. Вивчення скарг, збір анамнезу, огляд і інструментальне обстеження хворих багато в чому сприяли клінічній діагностиці і визначенню показань до оперативного лікування.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При аналізі клініко-анамнестичних даних відзначено, що у жінок за наявності поєднаних форм ендометріїдної хвороби були численні супутні захворювання. Найчастіше в анамнезі зустрічалися запальні захворювання жіночих статевих органів (46,7%), захворювання серцево-судинної системи (33,3%), виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки (6,7%), захворювання сечовивідних шляхів (10,0%). У 6,7% обстежених жінок встановлений чинник спадковості.

Попередні хірургічні втручання на матці і придатках матки (цистаденома яєчника, міома матки з виконанням органозберігальних операцій) становили 3,3%, медичні аборти – 33,3%, використання внутрішньоматкових контрацептивів – 10,0%. Невиношування вагітності та ектопічна вагітність в анамнезі становили відповідно 13,3% і 10,0%.

Залежно від поширеності ендометріїдного процесу були використані три основні хірургічні доступи:

- лапаротомічний (16,7%),
- лапароскопічний (76,7%),
- комбінований (6,7%).

Під час аналізу клінічних проявів ендометріїдної хвороби встановлено, що основною скаргою пацієнок був больовий синдром, який спостерігався у 93,3% жінок. Порушення менструальної і репродуктивної функції в обстежених зустрічалися у 46,7% і 26,7% випадків відповідно. У 6,7% пацієнок відзначалося порушення функції сечовидільної системи. Психоемоційні розлади виявлені у 83,3% жінок.

Детальний аналіз отриманих даних засвідчив, що інтенсивність більшого синдрому багато в чому залежала від локалізації і поширеності ендометріозу. При генітальній локалізації ендометріозу основними скаргами були біль низу живота (73,3%), дисменорея (63,3%), розлади сечовипускання (6,7%). При поєднанні ендометріїдних кіст з міомою матки або аденоміозом хворі частіше пред'являли скарги на хворобливі і рясні (86,7%), а також нерегулярні (66,7%) менструації, порушення репродуктивної функції (50,0%). Ендометріоз кишечника проявлявся клінічно дискомфортом і болем у животі (93,3%).

Симптоми захворювання у цих хворих мали особливості, пов'язані з глибиною ураження стінки кишки. У зв'язку з цим ми спостерігали дві основні форми ура-

ження: поверхневий ендометріоз, при якому відзначалося ураження серозної і частково м'язової оболонки, та глибокий (проникаючий) ендометріоз, де патологічний процес стенозував просвіт кишки.

При поверхневому ендометріозі кишечника переважали ознаки роздратування кишки – здуття і переймоподібний біль у животі (86,7%), що виникали частіше під час менструацій, нудота, зрідка блювання. При глибокому ендометріозі разом з більш вираженим характером зазначених симптомів відзначали порушення евакуаторної функції товстої кишки (70,0%). Характерними ознаками проникаючого ендометріїдного ураження кишечника у цих хворих були домішок крові у випорожненнях, що співпадала з менструаціями, і виявлені ендоскопічно і рентгенологічно ознаки стенозування кишки.

При вагінальному дослідженні у хворих з поширеними формами ендометріозу визначали щільні, хворобливі вузли різного об'єму. Іншими ознаками поширеного ендометріозу були облітерація ректо-маточного простору, фіксована ретрофлексія матки. У хворих з ендометріїдним ураженням придатків матки в області їхньої проекції визначалися об'ємні утворення, зафіксовані з навколишніми тканинами, які у більшості (53,3%) обстежених мали двосторонній характер. При огляді в дзеркалах у 10,0% жінок виявлені блакитнувато-синошні вузли в задньому зведенні піхви.

Проте навіть детальний аналіз отриманих клініко-анамнестичних даних не завжди дозволяє визначити поширеність ендометріїдного процесу. У зв'язку з цим нами розроблений діагностичний алгоритм, що включає лабораторні, неінвазивні та інвазивні методи дослідження, необхідні для діагностики як генітальної, так і поєднаних форм ендометріїдної хвороби.

Трансвагінальне і трансректальне УЗД відносили до скринінгових методів діагностики. Використання сонографії засвідчило, що точність ультразвукової діагностики поширених форм ендометріозу була різною і залежала від анатомічної локалізації патологічного процесу.

Зіставлення даних УЗД з інтраопераційними знахідками виявило високий ступінь збігу (80,0%). Найбільша інформативність ультразвукової діагностики ендометріозу (90,0%) відзначена при ураженні яєчників і сечового міхура. У той самий час наявність рубцево-спайкових зрощень у малому тазі і черевній порожнині при поширеному ендометріозі обумовлювала труднощі інтерпретації отриманих сонограмм. Невідповідність ехографічного і хірургічного діагнозів констатовано у 20,0% жінок. Псевдопозитивний результат відзначений у 3,3% спостережень.

Інформативність ультразвукової діагностики ретроцервікального ендометріозу становила 36,7%. Псевдонегативні результати відмічені в 26,7% спостережень. У 56,7% пацієнок за ретроцервікальний ендометріоз помилково були прийняті інтерстиціально-субсерозні міоми, що локалізувалися в ділянці перешийка, і вузлові форми внутрішнього ендометріозу з низьким розташуванням вузлів, які поєднувалися зі спайковим процесом у малому тазі. Не виявленими виявилися ендометріїдні інфільтрати параметрів і ендометріїдні гетеротипії діаметром 1,0–1,5 см, зважаючи на їхню некістозну природу і більш високу щільність. Іншою причиною помилкових результатів були множинні міоми, розташовані в ділянці задньої стінки матки, що істотно утруднювало візуалізацію ендометріозу. У всіх обстежених нами хворих ендометріїдне ураження підтверджено гістологічно.

Розроблений алгоритм обстеження хворих з поширеними формами ендометріодної хвороби дозволив верифікувати діагноз і визначити локалізацію екстопічних вогнищ у 76,7% обстежених.

Хірургічному лікуванню було піддано 90 жінок. Досвід роботи по веденню пацієнток з поширеними формами ендометріозу показав, що тактика ведення має бути диференційованою залежно від віку хворої, її зацікавленості у збереженні репродуктивної функції, тяжкості клінічних проявів захворювання, локалізації і ступеня його поширення. Основним принципом хірургічного лікування захворювання є максимальне видалення ендометріодних вогнищ. Водночас під час вибору об'єму хірургічного лікування у жінок молодого віку з нереалізованою або порушеною репродуктивною функцією виправданою є тактика виконання органозберігальних і реконструктивно-пластичних втручань.

З 90 хворих реконструктивний і органозберігальний об'єм операції виконаний у 63,3% пацієнток, радикальний – у 36,7%.

Усі органозберігальні операції виконані ендовідеохірургічним методом, з них у 26,7% жінок була зроблена одностороння аднексектомія, у 36,7% – видалення ендометріом з висіченням ендометріодних інфільтратів очеревини малого таза і крижово-маткових зв'язок.

Радикальне хірургічне лікування проведено у жінок з поширеними і поєднаними формами ендометріозу з порушенням функції сусідніх органів. Ендометріодне ураження кишечника діагностовано нами у 26,7% жінок. У 16,7% пацієнток зроблена гістеректомія з видаленням придатків матки і висіченням глибоких ендометріодних вогнищ крижово-маткових зв'язок і ректовагінальної перегородки ендовідеохірургічним шляхом. У 6,7% хворих операція з висічення ендометріодних інфільтратів була завершена лапароскопічно-вагінальним доступом.

У 10,0% пацієнток у зв'язку з виявленим інтраопераційно ураженням ректосигмоїдного відділу товстої кишки і додатковим виявленням ендометріодних інфільтратів малого таза лапароскопія мала діагностичний характер. Об'єм і поширеність ураження у цих хворих визначали можливість виконання втручання зі збереженням сфінктерного апарату прямої кишки. Основний об'єм операції був здійснений лапаротомічним доступом. У 6,7% пацієнток з ретроцервікальним ендометріозом зроблена лапаротомія в об'ємі пангістеректомії з клиноподібною резекцією передньої стінки прямої кишки. У 3,3% пацієнток у зв'язку із залученням до ендометріодного процесу органів сечовидільної системи хірургічне лікування було доповнене резекцією сечоводів і резекцією задньої стінки сечового міхура.

Поширені форми ендометріозу з проростанням кишечника або залученням сечовидільної системи супроводжувалися вираженим спайково-інфільтративним процесом у черевній порожнині і малому тазі, що зумовило технічні труднощі і стало сприяючим чинником ризику розвитку інтра- і післяопераційних ускладнень.

Інтраопераційні ускладнення спостерігали у 13,3% пацієнток. Найбільша частота їх відзначалася у жінок з ретроцервікальними і поєднаними формами ендометріозу. Одним із ускладнень (3,3%) була інтраопераційна кровотеча, що було обумовлено вираженим рубцево-спайковим процесом. Кровотечі у ранній післяопераційний період діагностовано у 6,7% пацієнток, що зажадало накладення гемостатичних швів на куксу. У 3,3% хворих на 7–8 добу післяопераційного періоду

розвинулася тонкокишкова спайкова непрохідність, яка потребувала виконання релапаротомії. Інфекційно-запальні ускладнення післяопераційної рани передньої черевної стінки зафіксовані у 3,3% хворих, що перенесли лапаротомічні втручання, а після лапароскопічних операцій такі ускладнення були відсутні.

Динамічне післяопераційне спостереження здійснювалося в період від 1 до 5 років. Результати хірургічного лікування поширених форм ендометріозу проаналізовані в двох групах: хворі, яким виконані органозберігальні операції (57 жінок) і хворі, яким виконані радикальні операції (33 жінки).

Основною метою виконання органозберігальних операцій було усунення больового синдрому і відновлення репродуктивної функції. Під час аналізу отриманих результатів купірування симптомів захворювання відзначено у 93,3% жінок. Використання лапароскопічного доступу в цій групі хворих дозволило у 26,7% жінок відновити репродуктивну функцію. Рецидиви захворювання діагностовано у 6,7% жінок: у 3,3% хворих у перші 6 міс спостереження і у 3,4% хворих через два роки після хірургічного лікування.

Радикальні операції виконували при поширених і поєднаних формах ендометріозу з тривалим персистуючим перебігом з ураженням кишечника і сечовидільної системи. Метою хірургічного лікування в цій групі хворих було усунення основних симптомів захворювання та одномоментне виконання реконструктивно-відновлювальних операцій на сусідніх органах (пряма кишка, сигмоподібна кишка, сечовий міхур, сечоводи).

Аналіз отриманих даних дозволив нам оцінити результати хірургічного лікування цих хворих як хороші, задовільні і незадовільні. Хороші: повне усунення основних симптомів захворювання, стійкий лікувальний ефект відзначений у 73,3% жінок. Задовільні: стабілізація больового синдрому, відновлення функції сусідніх органів отримані у 16,7%. Незадовільні: рецидив захворювання в перший рік спостереження виявлений у 10,0%.

Отже, хворі з поширеними формами ендометріодної хвороби представляють складний контингент для хірургічного лікування. Оптимальна діагностична тактика дозволяє виявити характер і ступінь ураження ендометріозом і визначити вибір доступу і об'єму хірургічного втручання. Поєднані форми ендометріодної хвороби вимагають участі в операції хірурга й уролога. З урахуванням можливих інтра- і післяопераційних ускладнень ця категорія хворих підлягає ретельному моніторингу у ранній післяопераційний період і проведенню протицидивного лікування.

#### **Ближайшие и отдаленные последствия хирургического лечения разных форм аденомиоза С.Я. Гринчук**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что больные с распространенными формами эндометриодной болезни представляют сложный контингент для хирургического лечения. Оптимальная диагностическая тактика позволяет выявить характер и степень поражения эндометриозом и определить выбор доступа и объема хирургического вмешательства. Сочетанные формы эндометриодной болезни требуют



участия в операции хирурга и уролога. С учетом возможных интра- и послеоперационных осложнений эта категория больных подлежит тщательному мониторингу в ранний послеоперационный период и проведению противорецидивного лечения.

**Ключевые слова:** эндометриоз, хирургическое лечение, ближайшие и отдаленные последствия.

### The nearest and remote consequences of surgical treatment of various forms of an adenomyosis S. Ya. Grynchuk

Results of the spent researches testify, that patients with widespread forms endometriosis represent to illness a difficult contingent for surgical treatment. Optimum diagnostic tactics allows to reveal character and degree of defeat by an endometriosis and to define a choice of access and volume surgical intervention. Complex the form endometriosis illnesses demand participation in operation of the surgeon and the urologist. Taking into account possible intra – and postoperative complications, this category of patients is subject to careful monitoring in the early postoperative period and to carrying out antirecive treatments.

**Key words:** an endometriosis, the surgical treatment, the nearest and remote consequences.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамьян Л.В., Бобкова М.В. Современные подходы к лечению эндометриоза // Акушерство и гинекология. – 2015. – № 3. – С. 10–14.
2. Адамьян Л.В. Эндометриозы. – М.: Медицина, 2018. – 339 с.
3. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. Изд. 2-е, перераб. и доп. СПб: Медицина, 2009. – 240 с.
4. Баскаков П.М., Литвінов В.В., Хомуленко І.А. Використання декапептилу-3,75 у комплексі реабілітаційних заходів після лапароскопічного лікування ендометріозу // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – № 5. – С. 120–121.
5. Давыдов А.И., Пашков В.М. Генитальный эндометриоз. Клинические лекции по акушерству и гинекологии / ред. Н. Стрижакова, А. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2016. – С. 241–261.
6. Коханевич Е.В., Дудка С.В., Судомо И.О. Современные методы диагностики и лечения генитального эндометриоза. Зб. наук. праць асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Фенікс, 2011. – С. 340–342.
7. Antoni J. Duleba Diagnosis of endometriosis. Obstet. Gynecol. Clin. – 2018. – Vol. 24. – P. 331–332.
8. Audebert A.J.M. formes occultes et minimes de l'endometriose: strategie therapeutique. Rev. Franc. Gynecol. Obstet. – 2016. – Vol. 85, № 2. – P. 79–84.
9. Barbieri R.L. Etiology and epidemiology of endometriosis. Am. J. Obstet. Gynecol. – 2018. – Vol. 162, № 2. – P. 565–567.

УДК 618.14-002-007.6-039:611.664

## Клінічні аспекти гіперпластичних процесів та поліпів ендометрія

О.К. Ігнат'єва

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

У пацієнок з поєднанням гіперплазії ендометрія і хронічного ендометриту і з реактивною гіперплазією, у порівнянні з гіперплазією без атипії і з атипією, спостерігається більш ранній початок і вираженість клінічних симптомів захворювання, тривалість яких перевищує два роки. У жінок з простою і складною типовою й атиповою гіперплазією зв'язок між морфологічним варіантом патологічного процесу і патогномонічною клінічною симптоматикою відсутній.

У структурі супутніх захворювань у пацієнок з наявністю хронічного ендометриту переважають (порівняно з гіперплазією без атипії і з атипією) запальні процеси органів малого таза, доброякісні захворювання шийки матки, гіперпластичні процеси ендометрія, що свідчить про виражений системний характер патології.

Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у жінок з гіперпластичними процесами ендометрія, у тому числі і на фоні хронічного ендометриту.

**Ключові слова:** гіперпластичні процеси ендометрія, клініка.

Гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ) належать до найбільш поширених гінекологічних захворювань, що зустрічаються з частотою від 30% до 55% [1–3]. Важливе клінічне значення даної патології полягає в тому, що ГПЕ є однією з найчастіших причин маткових кровотеч і госпіталізації жінок. Багато авторів відзначають високу частоту поєднання ГПЕ з міомою матки, аденоміозом, яким часто переважають хронічні запальні процеси ендометрія [4–7].

Висока частота зустрічання ГПЕ, відсутність належної ефективності від гормональної терапії, а також вірогідність переходу їх у злоякісну форму ставить проблему розвитку і патогенетичного лікування ГПЕ в ряд найбільш важливих завдань сучасної медицини. Не дивлячись на значну кількість наукових досліджень щодо проблеми ГПЕ, не можна вважати усі питання повністю вирішеними, особливо щодо ролі хронічного ендометриту в розвитку даної патології.

**Мета дослідження:** встановлення клінічних особливостей різних форм гіперпластичних процесів ендометрія у жінок у перименопаузальному періоді з урахуванням ролі хронічного ендометриту.

#### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети і завдань проведено клініко-лабораторне обстеження 100 пацієнок з матковими кровотечами різного характеру і наявністю ехографічних ознак патології ендометрія.

*Критерії включення пацієнток у дослідження:*

- вік перименопаузального періоду;
- відсутність онкологічних захворювань;
- відсутність ендокринної патології (цукровий діабет, гіпо- і гіпертиреоз, ожиріння II–III ст.);
- відсутність гострого запального процесу органів малого тазу;
- інформована добровільна згода пацієнток на проведення всіх необхідних лікувально-діагностичних процедур.

У дослідження не були включені пацієнтки з поліпами ендометрія, міомою матки з діаметром вузлів > 5 см і з субмукозною локалізацією міоматозних вузлів, аденоміозом II–III ст.

Після обстеження, що включало клініко-лабораторні та ехографічні методи, всім пацієнткам проводили роздільне діагностичне вишкрібання матки під контролем гістероскопії. Залежно від результатів гістологічного дослідження зішкрібків з каналу шийки матки і порожнини матки проведено комплексне імуногістохімічне дослідження, після якого було сформовано п'ять основних груп по 20 пацієнток у кожній:

- група 1 – жінки з простою гіперплазією ендометрія без атипії;
- група 2 – складна гіперплазія ендометрія без атипії;
- група 3 – гіперплазія атипії;
- група 4 – пацієнтки з ГПЕ у поєднанні з хронічним ендометритом;
- група 5 – жінки з хронічним ендометритом і реактивною гіперплазією ендометрія.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Усі обстежені хворі були у віці від 45 до 55 років. Середній вік пацієнток становив  $48,2 \pm 2,9$  року.

Показанням до екстреної госпіталізації стала наявність маткової кровотечі різної інтенсивності і тривалості. Основним показанням до планової госпіталізації слугувала наявність ехографічних ознак патології ендометрія.

Привертає увагу, що у 20% пацієнток з простою і складною гіперплазією ендометрія без атипії зміни ендометрія були діагностовані на підставі даних УЗД і клінічно себе не проявляли, що слугувало показанням до планової госпіталізації. Усі пацієнтки з поєднанням простої гіперплазії та хронічного ендометриту (100%) і переважна більшість жінок з гіперплазією ендометрія (90,0%) та хронічним ендометритом з реактивною гіперплазією (95,0%) були госпіталізовані в екстреному порядку з діагнозом «маткова кровотеча перименопаузального періоду».

Майже у кожній другій жінки з ГПЕ без і з атипією спостерігалися ясні менструації:

- при простій гіперплазії без атипії – 40,0%,
- складній гіперплазії без атипії – 45,0%,
- з атипією – 45,0%.

У 35%, 40% і 40% випадків відповідно менструації були тривалими – більше семи днів. Проте звертає на себе увагу, що в групах 4 і 5 достовірно частіше (майже вдвічі) спостерігалися меноррагії – 90% і 95% (ясні менструації) і 70% і 75% (тривалі менструації) відповідно.

Ациклічні кровотечі були характерні для атипової гіперплазії ендометрія і достовірно частіше зустрічалися в порівнянні з іншими групами пацієнток – у 55%.

Порушення менструального циклу за типом нерегулярних менструацій відзначено у кожній другій пацієнтки з простою і складною гіперплазією ендометрія без атипії (40% і 55% відповідно) і достовірно частіше у жінок з атиповою гіперплазією і поєднанням простої гіперплазії з хронічним ендометритом (70% і 65% відповідно). При цьому тривалість порушення менструального циклу за наявності простої і складної гіперплазії ендометрія становила у середньому від півроку до півтора років, а у пацієнток груп 3, 4 і 5 – від одного до шести років.

Отже, частота зустрічання і характер скарг у пацієнток з простою гіперплазією ендометрія без атипії достовірно не відрізнялися від групи із складною гіперплазією без атипії. Основними скаргами у жінок з атиповою гіперплазією ендометрія були нерегулярні менструації (70%), слабкість (60%), ациклічні кровотечі (55%), ясні (45%) і тривалі (40%) менструації.

Жінки з простою гіперплазією ендометрія у поєднанні з хронічним ендометритом і пацієнтки з хронічним ендометритом і реактивною гіперплазією ендометрія достовірно частіше пред'являли скарги на меноррагії (90% і 95%) і тривалі менструації (70% і 75%) порівняно з простою, складною гіперплазією ендометрія без атипії і атиповою гіперплазією – 40%, 45%, і 45,0% відповідно ( $p < 0,05$ ). При цьому в групі 4 так само, як і за наявності атипової гіперплазії ендометрія, фіксували високий відсоток зустрічання порушення менструального циклу за типом нерегулярних менструацій (65%).

Слід зазначити, що перенесені багаточисельні внутрішньоматкові втручання передували ї, можливо, сприяли розвитку у пацієнток основної групи патології ендометрія. Наявність невиношування і вагітності, що не розвиваються, у цих пацієнток можуть побічно свідчити про гормональні порушення, що теж могло призвести до патології ендометрія.

Під час оцінювання репродуктивної функції пацієнток було відзначено, що найчастіше первинне і вторинне безпліддя зустрічалося у пацієнток з атиповою гіперплазією ендометрія – 5% і 5% відповідно.

У жінок зі складною гіперплазією ендометрія без атипії та атиповою гіперплазією вдвічі частіше, в порівнянні з пацієнтками з простою гіперплазією без атипії, мали місце одні або двое пологів. За останніми показниками репродуктивного статусу ці три групи не мали статистично значущих відмінностей.

У групі 4 відзначена найвища частота виконаних штучних абортів (50%). При цьому достовірно частіше зустрічалися випадки штучного переривання вагітності і вишкрібання матки з приводу мимовільних викиднів і вагітності, що не розвивається, виконані більше двох разів – 30%, 20% і 5% відповідно.

У пацієнток з хронічним ендометритом і реактивною гіперплазією ендометрія втричі частіше, ніж у групах 1 і 2, фіксували штучний аборт в анамнезі, проведений більше двох разів.

Пацієнтки групи 4 (поєднання простої гіперплазії ендометрія і хронічного ендометриту) частіше за інших використовували бар'єрний метод контрацепції. Привертає увагу, що кожна десята з усіх обстежуваних жінок основної групи мала вказівки на використання в анамнезі внутрішньоматкової контрацепції. При цьому в групах, де в подальшому були діагностовані атипова гіперплазія ендометрія та хронічний ендометрит, частота їхнього вживання була дещо вищою.

Пацієнтки з простою гіперплазією ендометрія без атипії в п'ять разів частіше, порівняно з групою простої гіперплазії і хронічного ендометриту, з метою контрацепції використовували естроген-гестагенні контрацептиви.

Аналіз отриманих даних свідчить про те, що найчастіше гінекологічні захворювання зустрічалися у пацієнток з простою гіперплазією ендометрія без атипії у поєднанні з хронічним ендометритом і реактивною гіперплазією – доброякісна патологія шийки матки (80% і 75%), порушення менструального циклу (90% і 75%), урогенітальна інфекція (85% і 95% відповідно). Крім того, в цих групах спостережень відмічена найбільша кількість випадків верифікованого раніше хронічного ендометриту – 10% і 20% відповідно.

ГПЕ спостерігали в анамнезі у кожній п'ятій пацієнтки групи 4 (20%) і з однаковою частотою (в 1,5 разу рідше) зустрічався в групах 3 і 5. У кожній четвертій пацієнтки з представлених сукупностей в анамнезі з високою частотою спостерігалися інфекції нижніх відділів статевих систем. На перенесений запальний процес в придатках матки з однаковою частотою (25%) зазначили жінки груп 1, 2, 3 і 4, рідше дана патологія відмічена в групі 5.

У кожній другій пацієнтки груп 2 і 4 в анамнезі були вказівки на гормональну терапію (55% і 55% відповідно), що проводилася, рідше така терапія спостерігалася в групі пацієнток з хронічним ендометритом і реактивною гіперплазією ендометрія – 45%. За наявності простої гіперплазії ендометрія без атипії і простої гіперплазії у поєднанні з хронічним ендометритом гормональне лікування було призначене кожній четвертій жінці – 25% і 25% відповідно.

## ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що у пацієнток з поєднанням гіперплазії ендометрія і хронічного ендометриту і з реактивною гіперплазією, в порівнянні з гіперплазією без атипії і з атипією, спостерігається більш ранній початок і вираженість клінічних симптомів захворювання, тривалість яких перевищує два роки. У жінок з простою і складною типовою та атиповою гіперплазією зв'язок між морфологічним варіантом патологічного процесу і патогномонічною клінічною симптоматикою відсутній.

У структурі супутніх захворювань у пацієнток з наявністю хронічного ендометриту переважають (в порівнянні з гіперплазією без атипії і з атипією) запальні процеси органів малого тазу, доброякісні захворювання шийки матки, гіперпластичні процеси ендометрія, що свідчить про виражений системний характер патології.

Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у жінок з гіперпластичними процесами ендометрія, у тому числі і на фоні хронічного ендометриту.

### Клинические аспекты гиперпластических процессов и полипов эндометрия Е.К. Игнатьева

У пациенток с сочетанием гиперплазии эндометрия и хронического эндометрита и с реактивной гиперплазией, по сравнению с гиперплазией без атипии и с атипией, отмечают-

ся более раннее начало и выраженность клинических симптомов заболевания, длительность которых превышает два года. У женщин с простой и сложной типичской и атипичской гиперплазией связь между морфологическим вариантом патологического процесса и патогномоничной клинической симптоматикой отсутствует.

В структуре сопутствующих заболеваний у пациенток с наличием хронического эндометрита преобладают (по сравнению с гиперплазией без атипии и с атипией) воспалительные процессы органов малого таза, доброкачественные заболевания шейки матки, гиперпластические процессы эндометрия, что свидетельствует о выраженном системном характере патологии.

Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у женщин с гиперпластическими процессами эндометрия, в том числе, и на фоне хронического эндометрита.

**Ключевые слова:** гиперпластические процессы эндометрия, клиника.

### Clinical aspects of of hyperplastic processes and polyps in endometrium O.K. Ignatyeva

At patients with combination are hyperplasias in endometrium and chronic endometritis and with reactive hyperplasia, in comparison with hyperplasia without atypia and with atypia, earlier beginning and expression of clinical symptoms of the disease which duration exceeds 2 years becomes perceptible. At women with simple and difficult typical and atypical hyperplasia communication between morphological option of pathological process and pathognomonic clinical symptomatology is absent.

In structure of accompanying diseases at patients with existence of chronic endometritis inflammatory processes of organs of small basin, benign diseases of cervix of uterus, hyperplastic processes in endometrium that testifies to the expressed systemic character of pathology prevail (in comparison with hyperplasia without atypia and with atypia).

The received results needs to be considered when developing algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions at women with hyperplastic processes in endometrium, including, and against a chronic endometritis.

**Key words:** hyperplastic processes in endometrium, clinic.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Доброхотова Ю.Э. Современные подходы к терапии гиперпластических процессов эндометрия // Эффективная фармакотерапия. – 2016. – № 2. – С. 24–30.
2. Кондриков Н.И. Патология матки. – М.: Практическая медицина, 2017. – 176 с.
3. Сидорова И.С. Гиперпластические процессы эндометрия: особенности клиники и терапии // Врач. – 2017. – № 3. – С. 40–42.
4. Чернуха Г.Е. Гиперплазия эндометрия: перспективы развития проблемы // Акушерство и гинекология. – 2018. – № 4. – С. 11–16.
5. Amezcua C.A. Apoptosis may be an early event of progestin therapy for endometrial hyperplasia. USA. Gynecol-Oncol. 2018. No. 79(2). P. 169–176.
6. Buckley C.H. Biopsy pathology of endometrium. N-Y: Arnold., 2017. P. 126.
7. Eckert L.O. Endometritis. The clinical-pathologic syndrome. Am. J. Obstet Gynecol. 2018. No. 186(4). P. 690-695.

УДК 618.173-02 :618.19-007.17-07-037

## Тактика ранньої діагностики та прогнозування дифузної дисплазії грудних залоз у жінок перименопаузального віку

**О.Ю. Крук**

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Отримані результати свідчать, що провідними чинниками ризику розвитку дисплазії грудних залоз є обтяжена спадковість відносно злоякісних новоутворень, порушення менструальної функції, гіпопрогестеронемія, гиперестрогенемія, міома матки, раннє менархе, пізня вагітність, паління, більше трьох артіфіційних абортів, травма грудної залози і стрес. Отримані результати необхідно використовувати під час розроблення комплексу діагностичних і прогностичних заходів.

**Ключові слова:** дисплазія грудних залоз, діагностика, прогнозування.

Вивчення механізмів розвитку, своєчасна діагностика і лікування дифузної дисплазії грудних залоз (ДДГЗ) важливі через дві основні обставини: по-перше, у частини пацієнток розвиток захворювання супроводжується вираженою клінічною симптоматикою, що знижує якість їхнього життя; по-друге, проліферативні форми ДДГЗ є чинниками ризику для розвитку раку грудної залози [1–5]. Ця інформація формує психологічну напруженість пацієнток, призводить до проведення численних обстежень, повторних курсів комплексного консервативного лікування, оперативних втручань. Усі ці обставини є причиною дезадаптації хворих, що перебувають у соціально активному віці. Водночас дані про основні чинники ризику ДДГЗ незначні і суперечливі, що зумовлює необхідність вивчення цього дуже важливого наукового завдання.

**Мета дослідження:** підвищення ефективності діагностики і прогнозування ДДГЗ у жінок перименопаузального віку на тлі використання методу логістичної регресії.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено обстеження 100 пацієнток перименопаузального віку з діагнозом ДДГЗ.

**Критерії включення у дослідження:**

- перименопаузальний вік;
- наявність клінічних, ультразвукових, морфологічних ознак ДДГЗ;
- індекс маси тіла не більше 29,9 кг/м<sup>2</sup>.

**Критерії виключення з дослідження:**

- підозра або підтвердження злоякісного процесу в грудній залозі;
- вагітність, післяпологовий період, лактація;
- використання протягом останніх 6 міс гормональних засобів.

У групу порівняння увійшли 50 жінок. Критеріями включення були перименопаузальний вік, відсутність клінічних симптомів захворювання грудних залоз та гіперпластичних процесів в інших органах репродуктивної системи.

Обстеження включало, разом із загальноприйнятими методами, фізикальне та ультразвукове дослідження грудних залоз, доплерографію з кольоровим доплерівським картуванням кровотоку в артеріях паренхіми, гормональне дослідження.

З метою кількісного оцінювання інтенсивності масталгії використовували візуально-аналогову шкалу, даних пальпації – бальну оцінку. Для оцінювання різних чинників ризику використовували метод логістичної регресії.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У дослідженні виявлені особливості акушерсько-гінекологічного анамнезу хворих на ДДГЗ. Порівняно зі здоровими жінками в анамнезі вони в 1,3 разу рідше мали вагітності (67,0% порівняно з 88,0% у здорових жінок;  $p < 0,01$ ); в 1,5 разу рідше – пологи (48,0% проти 74,0%;  $p < 0,01$ ); у 2,0 разу рідше перша вагітність у них завершилася пологамі (24,0% проти 50,0%;  $p < 0,05$ ). Менша кількість пацієнток з ДДГЗ мала одні пологи (35,0% проти 62,0% у групі порівняння;  $p < 0,01$ ), при цьому пацієнтки з ДДШЗ частіше перенесли більше трьох штучних абортів (31,0% проти 6,0% у групі порівняння;  $p < 0,001$ ). У пацієнток з проліферативною формою ДДГЗ порівняно з непроліферативною в 2 рази рідше була частота пологів ( $31,6 \pm 9,8\%$  і  $57,4 \pm 6,3\%$  відповідно;  $p < 0,05$ ), у 5 разів менше частота двох і більше пологів ( $4,6 \pm 0,4\%$  і  $22,3 \pm 3,1\%$  відповідно;  $p < 0,05$ ).

Зі збільшенням віку хворих з ДДГЗ виявлено підвищення частоти супутніх гіперпластичних захворювань матки, патогенетично пов'язаних з функцією яєчників і рівнем статевих гормонів, зокрема міоми матки (з 5,8% до 40,3%;  $p < 0,001$ ) і генітального ендометріозу (з 8,7% до 35,6%;  $p < 0,01$ ). У хворих з проліферативною формою захворювання порівняно з такими, що мали непроліферативну форму, лейоміома матки діагностована частіше в 2,5 разу ( $44,2 \pm 3,8\%$  і  $18,2 \pm 2,1\%$  відповідно;  $p < 0,01$ ). Ці дані підтверджують спільність механізмів розвитку цих захворювань.

Для виявлення чинників ризику переходу непроліферативної форми ДДГЗ у проліферативну ми використали одно- і багатофакторний регресійний аналіз. Далі за допомогою методу логістичної регресії оцінили, у скільки разів кожен зі значимих чинників ризику здатний збільшити вірогідність розвитку проліферативних змін у грудних залозах хворих на ДДГЗ.

Під час однофакторного аналізу проаналізовано 34 чинники, значущими з них виявилися наявність злоякісних новоутворень у сім'ї ( $p = 0,000001$ ), порушення менструального циклу ( $p = 0,00002$ ), два і більше вузлових утворення в грудній залозі ( $p = 0,000035$ ), розміри вузлових утворення в грудній залозі  $> 1$  см ( $p = 0,00004$ ), поєднана гінекологічна патологія – генітальний ендометріоз і міома матки

( $p=0,0004$ ), гіпопрогестеронемія ( $p=0,0005$ ), гіперестрогенемія ( $p=0,0006$ ), міома матки ( $p=0,002$ ), ранні менархе ( $p=0,0019$ ), стрес ( $p=0,0017$ ), пізня перша вагітність ( $p=0,0014$ ), паління ( $p=0,0011$ ), три і більше абортів ( $p=0,001$ ), травма грудної залози ( $p=0,001$ ), переривання першої вагітності ( $p=0,01$ ), відсутність вагітностей ( $p=0,01$ ), перші пологи після 30–35 років ( $p=0,027$ ), гіпотиреоз ( $p=0,03$ ), відсутність післяпологової лактації ( $p=0,03$ ), ожиріння ( $p=0,04$ ), тривалий перебіг ДДГЗ ( $p=0,04$ ).

При багатofакторному аналізі проаналізовано 22 чинники, рівень значущості яких при однофакторному аналізі перевищував 0,05. У результаті багатofакторного аналізу виділені 14 значимих чинників ризику переходу непроліферативної форми ДДГЗ у проліферативну. За допомогою методу логістичної регресії визначено, у скільки разів кожен зі значущих чинників ризику здатний збільшити вірогідність розвитку проліферації в грудних залозах хворих на ДДГЗ.

Результати логістичної регресії засвідчили, що обтяжена спадковість відносно злоякісних пухлин підвищує ризик розвитку проліферації в 86,0 разу, порушення менструального циклу – в 53,5 разу, наявність супутньої генітальної патології – в 48,2 разу. Слід звернути увагу, що наявність міоми матки підвищує ризик розвитку проліферативних порушень в 14,4 разу, тоді як наявність ізольованого внутрішнього ендометріозу не є значущим чинником ризику. Іншими чинниками, що збільшують вірогідність розвитку проліферативних змін у грудних залозах у пацієток з ДДГЗ, є гіпопрогестеронемія, гіперестрогенемія, міома матки, раннє менархе, пізня вагітність, паління, численні аборти ( $> 3$ ), травма грудної залози і стрес.

### ВИСНОВКИ

Отримані результати свідчать, що провідними чинниками ризику розвитку дифузної дисплазії грудних залоз у жінок перименопаузального віку є обтяжена спадковість щодо злоякісних новоутворень, порушення менструальної функції, гіпопрогестеронемія, гіперестрогенемія, міома матки, раннє менархе, пізня вагітність, паління, більше трьох артифіційних абортів, травма грудної залози і стрес. Отримані результати необхідно використати під час розроблення комплексу діагностичних заходів, а також при прогнозуванні даної патології.

### Тактика ранней диагностики и прогнозирования диффузной дисплазии грудных желез у женщин перименопаузального возраста О.Ю. Крук

Полученные результаты свидетельствуют, что ведущими факторами риска развития дисплазии грудных желез являются отягощенная наследственность в отношении злокачественных новообразований, нарушения менструальной функции, гипопрогестеронемия, гиперэстрогенемия, миома матки, раннее менархе, поздняя беременность, курение, более трех искусственных аборт, травма грудной железы и стресс. Полученные результаты необходимо использовать при разработке комплекса диагностических и прогностических мероприятий.

**Ключевые слова:** дисплазия грудных желез, диагностика, прогнозирование.

### Tactics of early diagnostics and forecasting of diffuse dysplasia of mammary glands at women of perimenopause age O.Yu. Kruk

The received results testify that that leading risk factors of development of dysplasia of mammary glands are the burdened heredity concerning malignant neoplasms, disturbances of menstrual function, hypoprogesteronemiya, hyperestrogenemiya, hysteromyoma, an early menarche, late pregnancy, the smoking, more than 3 artificial abortions, an injury of mammary gland and stress. The received results need to be used when developing complex of diagnostic and prognostic actions.

**Key words:** dysplasia of mammary glands, diagnostics, forecasting.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Коган И.Ю., Полянин А.А., Тарасова М.А. Исследование молочных желез в практике акушера-гинеколога. – СПб.: Изд-во Н-Л, 2018. – 24 с.
2. Henderson B.E., Feigelson H.S. Hormonal carcinogenesis // *Carcinogenesis*. – 2017. – Vol. 21. – P. 427–433.
3. Трофимова Т.Н., Солнцева И.А. Возможности эхографии в диагностике диффузной фиброзно-кистозной мастопатии // *Sono Ace International*. – 2018. Вып. 6. – С. 79–84.
4. Joshi K., Smith J.A., Perusinghe N. Cell proliferation in the human mammary epithelium. Differential contribution by epithelial and myoepithelial cells // *Am. J. Pathol.* – 2017. – Vol. 124, № 2. – P. 199–206.
5. Potgieter H.C., Magagane F., Bester M.J. Oestrogen and progesterone receptor status and PgR/ER ratios in normal and myomatous human myometrium // *East Afr. Med. J.* – 2014. – Vol. 72. – P. 510–514.

УДК 618.11-007.251-005.1

## Клініка та діагностика різних форм апоплексії яєчника

*Г.В. Колесник, П.М. Патій*

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

Отримані результати свідчать, що єдиною значущою відмінністю між двома досліджуваними групами був показник тривалості оперативного втручання ( $p < 0,05$ ). Операції були майже в 1,5 разу тривалішими в групі хворих, гемостаз яким здійснювався за допомогою накладення швів на яєчник. Під час аналізу цифрових записів визначено, що причиною збільшення його тривалості є сам етап гемостазу, що передбачав у 100% вилущування кісти і накладення одного або декількох швів на рану яєчника. Тривалість гемостазу зростала внаслідок того, що лапароскопічне накладення швів, особливо з інтракорпоральним зав'язуванням вузлів, є досить трудомісткою процедурою. Жодних значущих відмінностей між групами в середньому об'ємі крововтрати, частоті поєднаних операцій, післяопераційному веденні, перебігу післяопераційного періоду і тривалості перебування в стаціонарі виявлено не було. Отримані клінічні результати необхідно враховувати при веденні жінок з апоплексією яєчника.

**Ключові слова:** апоплексія яєчника, різні форми, клініка, діагностика.

Апоплексія яєчника (АЯ) – хвороба жінок репродуктивного віку, 75% яких віком молодше 30 років, близько 40% потребують операції у зв'язку з анемічною формою апоплексії яєчника (АФАЯ), а 40–62% з них оперуються неодноразово у зв'язку з рецидивом захворювання [1–4]. АЯ може бути однією з причин жіночого безпліддя, лікування якого визиває на сучасному етапі певні труднощі [5–7]. У зв'язку з цим, поза сумнівом, актуальним є вивчення клінічних аспектів у жінок, прооперованих з приводу АФАЯ, причому як до, так і після операції.

**Мета дослідження:** вивчити клінічні аспекти в жінок з анемічною формою апоплексії яєчника на сучасному етапі.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено клініко-лабораторне обстеження 140 жінок, з них 65 хворих з АФАЯ, яким вперше виконано лапароскопічну операцію. Ці пацієнтки були включені в проспективне дослідження і розподілені на групи залежно від використаного під час операції методу гемостазу. До групи 1 увійшли 35 хворих, гемостаз яким здійснювався за допомогою біполярної коагуляції; до групи 2 – 30 хворих, кровотеча з яєчника в яких була зупинена за допомогою накладення швів; до груп 3 і 4 увійшли жінки, оперовані з приводу АФАЯ двічі і більше разів відповідно.

Відбір хворих до груп здійснювався «сліпим» методом. У дослідження включали хворих зі стабільними показниками гемодинаміки перед втручанням і тривалістю госпіталізації не більше 24 год. Усі операції були виконані однією і тією самою хірургічною бригадою.

Критеріями виключення з дослідження були внутрішньочеревна кровотеча внаслідок розриву доброякісної пухлини або ендометріюїдної кісти яєчника; наявність в анамнезі оперативних втручань на яєчниках, а також вживання комбінованих оральних контрацептивів або застосування методів стимуляції супероуляції екзогенними гонадотропінами менше ніж за 3 міс до операції.

У групу порівняння увійшли 35 хворих з лапароскопічно підтвердженою больовою формою АЯ (БФАЯ), що отримали консервативне лікування.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

З метою визначення схожості й відмінностей між групами в обстежених жінок був проведений порівняльний аналіз відомостей про вік, перенесені в різні періоди життя екстрагенітальні і гінекологічні захворювання та операції, супутні захворювання АЯ, шкідливі звички, стан менструальної, статевої і репродуктивної функцій.

Середній вік пацієнток у 1 (30,8±3,2) та 2 (31,35±2,95) досліджуваних групах, 3 (33,1±3,2) і 4 (33,15±3,05) групах неодноразово оперованих і групі порівняння (30,4±3,5) статистично не розрізнявся ( $p > 0,05$ ).

Згідно з отриманими даними всі групи характеризувалися високою частотою перенесених інфекційних захворювань у дитячому віці (76,7–90,5%) і гострих респіраторних інфекцій та ангіні (85,7–94,3%). У структурі супутньої патології АЯ переважали захворювання травного тракту (14,2–16,7%) (виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, хронічний гастрит і хронічний некалькульозний холецистит) та соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи (11,4–15,7%). Відмінності між групами за частотою перенесених і супутніх екстрагенітальних захворювань не мали статистично значущих відмінностей ( $p > 0,05$ ).

Найчастіше серед перенесеної гінекологічної патології зустрічалися захворювання запальної етіології. Серед них переважали інфекції, що передаються статевим шляхом (ПСП) (70%), гострий і підгострий неспецифічний сальпінгофорит (45%), ерозія шийки матки (46%). У групі 4 частота перенесеного запалення придатків матки (63%) була значно вищою, ніж у групі 1 і групі порівняння ( $p < 0,05$ ), а в групі 3 (76%) вище, ніж у всіх останніх групах, окрім групи 4 ( $p < 0,05$ ). Частота ерозій шийки матки в групі 4 статистично значущо перевищувала таку у жінок усіх інших груп ( $p < 0,01$ ). Близько чверті жінок (23%) були раніше оперовані з приводу трубної вагітності, у всіх випадках було виконано видалення маткової труби лапароскопічним доступом. Жодних інших порожнинних гінекологічних операцій у хворих 1, 2 груп і групи порівняння не було, окрім розродження шляхом кесарева розтину, частота якого в групах статистично не відрізнялася і становила від 10,5% до 14,3% ( $p > 0,05$ ).

Жінки групи 3 були двічі оперовані з приводу АФАЯ, з них у більшості – 17 (81%) обидві операції було виконано лапароскопічним доступом. У 3 (14,3%) жінок перше, а в 1 (4,8%) пацієнтки обидва втручання було виконано шляхом череворозтину. Серед жінок 4 групи 16 (84,2%) були оперовані з приводу АФАЯ тричі, всі операції у них виконані лапароскопічним доступом. Дві (10,5%) жінки групи 4

перенесли по 4 операції у зв'язку з АФАЯ, одна з яких була лапаротомічним доступом. Одну (5,3%) жінку було оперовано 5 разів, з яких 2 рази шляхом череворозтину. У всіх випадках лапаротомічних втручань зупинення кровотечі була виконана за допомогою накладення швів, а при лапароскопії в 100% випадків була використана біполярна коагуляція.

Переважає більшість жінок у групах (85,7–100,0%) до операцій жили статевим життям ( $p > 0,05$ ). Більш ніж 80% жінок у групах перебували у шлюбі (цивільному, церковному або фактичному), у більшості сексуальні контакти відбувалися з одним статевим партнером.

Частка жінок, що жили статевим життям і на момент операції (у випадках неодноразово оперованих – останньої) та планували настання вагітності в найближчі 5 років, була статистично значущо меншою в групах 3 і 4 (52,4% і 55,6% відповідно), ніж у решті груп ( $p < 0,05$ ). Проте частка жінок, у яких раніше були вагітності, значно вища в 3 і 4 групах (61,9% і 55,6% відповідно), ніж у групах 1 і 2 (26,7 і 25,0% відповідно) і групі порівняння (19,4%) ( $p < 0,05$ ). До операції (у випадках неодноразово оперованих – останньої) відзначено 131 вагітність у 44 жінок із загального числа включених в дослідження. Менше третини вагітностей (32,0%) закінчилися пологам.

Частота пологів у групі 4 була найбільшою – 38,5%, проте вона не мала статистичних відмінностей від такої в решті груп ( $p > 0,05$ ). Частка тих, що народжували, в групі 3 (42,9%) була значно більшою, ніж у групах 1 і 2 і групі порівняння (20,0%, 10,7% і 10,7% відповідно) ( $p < 0,01$ ), а в групі 4 (33,3%) значно більшою, ніж у групі порівняння ( $p < 0,05$ ).

Частота штучного переривання вагітності в групі 3 (55%) була значно більшою, ніж в групах 1, 2 і групі порівняння ( $p < 0,05$ ). У групі 4 цей показник теж був високим (46,1%), проте статистично значущо відрізнявся лише від такого в групі 2 ( $p < 0,05$ ).

Частота ектопічної (трубною) вагітності в групах 3 і 4 (10,0% і 15,4% відповідно) була набагато нижчою, ніж в групах 1, 2 і групі порівняння, проте статистичної значущості ця різниця досягала лише в групі 3 ( $p < 0,05$ ).

У 3 (10%) жінок у групі 1, у 2 (6,6%) у групі 2, у 1 (4,8%) у групі 3 і у 2 (10,5%) пацієнток у групі 4 відмічена відсутність вагітностей протягом двох років при статевому житті без запобігання вагітності. Жодного обстеження і лікування з приводу безпліддя у цих жінок не проводилося.

Аналізуючи дані анамнезу у хворих з АЯ, можна зробити деякі висновки. Не було виявлено будь-яких відмінностей між групами в середньому віці жінок, частоті перенесеної і супутньої екстрагенітальної патології. Для всіх жінок була характерною наявність несприятливого преморбідного фону, особливо щодо інфекційних захворювань, перенесених у дитячому віці, гострих респіраторно-вірусних захворювань та ангіні, а також куріння.

Значних відмінностей у менструальній функції між групами виявлено не було, окрім більшої частки жінок з антепоноючим менструальним циклом у групі 4.

У групах повторно оперованих жінок відзначена велика частота захворювань запальної етіології (сальпінгофорит, ерозія шийки матки), що свідчить на користь можливого взаємозв'язку між запаленням внутрішніх статевих органів і АЯ. Цікаво, що подібного взаємозв'язку з трубною вагітністю виявлено не було, частота вагітностей цієї локалізації у жінок груп 3 і 4 була меншою, ніж у пацієнток з інших груп.

У групах неодноразово оперованих жінок відмічена менша в співставленні з групами 1, 2 і групою порівняння частка жінок, що планують настання вагітності. Цей факт можна пояснити тим, що в групах 3 і 4 частки жінок, що вагітніли і народжували, були значно більше, тобто репродуктивна функція була виконана в більшості жінок цих груп. Цим самим можна пояснити і велику частоту штучного переривання вагітності у жінок у групах 3 і 4.

Оцінка результатів хірургічного лікування 100 хворих на АФАЯ, проведена на основі порівняльного аналізу передопераційної діагностики і підготовки, основних параметрів операції, клініко-лабораторних показників перебігу раннього післяопераційного періоду, найближчих і віддалених результатів хірургічного лікування. Додатково проведено дослідження показників оваріального резерву і віддалених результатів хірургічного лікування 40 жінок, що перенесли неодноразові операції з приводу АФАЯ.

Згідно з отриманими результатами, більшість хворих були доставлені в стаціонар службою швидкої допомоги, з них 36 (25,7%) – у першу годину, 53 (37,8%) – у перші 6 год, 21 (15%) – у перші 12 год від початку захворювання. Дванадцять (8,6%) хворих були госпіталізовані в період 12–24 год від початку захворювання. Вісімнадцять (12,9%) пацієнток самостійно звернулися до приймального відділення лікарні в термінах понад 24 год від моменту погіршення самопочуття.

Розвиток клінічної картини (больова форма апоплексії яєчника) БФАЯ спостерігався на 12–18-й день менструального циклу (у середньому на  $16,30 \pm 2,34$  день), а АФАЯ – на 14–32-й день циклу (у середньому на  $20,95 \pm 6,34$  день) ( $p > 0,05$ ).

У 31,1% хворих АЯ була спровокована статевим актом, у 17% – фізичним навантаженням. Більш ніж у половини обстежуваних хворих (51,9%) чинники, проваючі АЯ, встановлені не були.

Будь-яких статистичних відмінностей між групами за частотою тих або інших клінічних проявів виявлено не було ( $p > 0,05$ ). Усі хворі під час госпіталізації пред'являли скарги на біль у нижніх відділах живота з іррадіацією у 57–60% хворих у задній прохід, у 26–33% – у поперекову область, у 10% – у ділянку пупка і праве підбер'я. Більше половини хворих (51–57%) відзначали слабкість і запаморочення, а в 5–7% хворих в групах спостерігалися короткочасні непритомні стани. Підвищення температури тіла до субфебрильних цифр відзначене в 20–23% хворих, у 10–11% хворих досліджуваних груп АЯ супроводжувалася ознобом. Нудота, однократне блювання і сухість у роті відзначені в 11–13, 6 і 20–23% спостережень відповідно. Кров'янисті виділення, що виникли в середині циклу, спостерігалися у 9–11% хворих, а в 10–11% кров'янисті виділення виникли після затримки менструації.

У всіх хворих при фізикальному обстеженні виявлені симптоми подразнення очеревини різного ступеня вираженості, а в 10–11% хворих виявлений френікус-симптом. При бімануальному дослідженні у всіх хворих була різка хворобливість при пальпації області придатків матки і заднього зведення піхви.

Усім хворим із затримкою менструації для виключення можливої вагітності проводили дослідження Р-субодиниці хоріонічного гонадотропіну.

У 6 (17,1%) хворих групи 1 і 6 (20%) пацієнток групи 2 виявлена анемія легко-го ступеня тяжкості ( $p > 0,05$ ). Середні показники передопераційного загального аналізу крові в групах трохи відрізнялися від нормальних. У хворих з АФАЯ відзначений помірний лейкоцитоз з невеликим паличкоядерним зрушенням вліво.

Статистичних відмінностей між досліджуваними групами за цими параметрами не виявлено ( $p > 0,05$ ).

Для уточнення попереднього діагнозу АЯ, встановленого на підставі даних анамнезу, фізикального і бімануального дослідження, виконували ехографічне обстеження органів малого таза. У всіх хворих була виявлена вільна рідина в порожнині таза позаду матки. Кількість вільної рідини у хворих групи 1 коливалась від 150 до 430 мл і становила в середньому  $300,64 \pm 26,87$  мл, у групі 2 – від 250 до 390 мл, і в середньому –  $292,92 \pm 24,51$  мл ( $p > 0,05$ ). У групі порівняння кількість виявленої в порожнині таза рідини коливалась від 50 і до 230 мл і в середньому ( $100,21 \pm 12,1$  мл) було значно меншою, ніж у досліджуваних групах ( $p < 0,05$ ). У хворих групи порівняння середнє значення М-ехо-камери ( $8,15 \pm 0,81$  мм) було меншим, ніж у хворих груп 1 і 2 ( $19,15 \pm 0,71$  і  $9,57 \pm 1,04$  мм відповідно), але статистичної значущості ці відмінності не мали ( $p > 0,05$ ). Середні ультразвукові показники об'єму ураженого яєчника в досліджуваних групах і групі порівняння були більше норми, але статистично не відрізнялися ( $p > 0,05$ ).

Для уточнення характеру вільної рідини, виявленої в черевній порожнині при ТВУЗД в кількості менше 100 мл, 8 (22,8%) хворих групи 1 і 8 (26,6%) пацієнток групи 2 було піддано кульдоцентезу. У всіх випадках в пунктаті була виявлена кров.

У всіх групах апоплексія правого яєчника спостерігалася значно частіше, ніж лівого.

Остаточний діагноз у всіх хворих досліджуваних груп і групи порівняння був встановлений під час діагностичної лапароскопії. Показаннями до проведення діагностичної лапароскопії вважали виражені клінічні ознаки внутрішньочеревної кровотечі (більш наявність симптомів подразнення очеревини, зниження рівня гемоглобіну в крові); наявність вільної рідини в матково-ректальному поглибленні в кількості, що перевищує 100 мл за даними ехографії; наявність крові в черевній порожнині, підтверджена результатами кульдоцентезу, відсутність ефекту від консервативної гемостатичної терапії і необхідність диференціальної діагностики з іншими захворюваннями черевної порожнини, що виявляються симптоматикою «гострого живота». Усі хворі мали стабільні показники гемодинаміки до втручання, а тривалість їх госпіталізації не перевищувала 24 год.

У більшості хворих груп 1 і 2 були поєднання перелічених вище показань, найчастішою з яких була наявність вираженої симптоматики і більш ніж 100 мл вільної рідини в черевній порожнині за даними ехографії: у 24 (68,6%) і 20 (66,7%) пацієнток відповідно. У 5 (13,3%) хворих групи 1 і 4 (14,4%) жінок групи 2 виявлено неефективність консервативної гемостатичної терапії, з них у 3 (6,7%) і 2 (8,7%) відповідно відзначена негативна динаміка рівня гемоглобіну крові. Більшості хворих групи порівняння 32 (91%) лапароскопія була проведена за рекомендацією загального хірурга у зв'язку з диференціальною діагностикою гострого апендициту.

Усім хворим лапароскопію виконували в умовах загального знеболення (ендотрахеальний наркоз).

Підводячи підсумок аналізу результатів передопераційного обстеження можна сказати, що більш ніж у половині хворих були відсутні будь-які провокуючі чинники АЯ. Досліджувані групи не відрізнялися за характером клінічних проявів АФАЯ, частотою анемії, УЗ-показникам об'ємів ураженого яєчника і вільної рідини в порожнині таза, параметрам передопераційної підготовки. Група порівняння

відрізнялася від досліджуваних груп лише значно меншим об'ємом вільної рідини в порожнині таза, виявленим при ехографії, і структурою показань до проведення діагностичної лапароскопії.

Після підтвердження діагнозу АФАЯ всім хворим було здійснено оперативне лікування. У більшості хворих групи порівняння (28 осіб; 80%) після підтвердження діагнозу БФАЯ і за відсутності в черевній порожнині значної кількості серозної рідини жодних подальших хірургічних маніпуляцій не виконували. Семи (20%) пацієнткам цієї групи з об'ємом серозного ексудату більше 200 мл була виконана його евакуація і промивання порожнини таза фізіологічним розчином.

Тривалість операції визначали як проміжок часу між початком першого розрізу шкіри черевної стінки і закінченням накладення шва на останню шкірну рану.

Під час оцінювання тривалості операції, а також тривалості етапу здійснення гемостаза, були виявлені статистично значущі відмінності між досліджуваними групами. Так, тривалість оперативного втручання в групі 1 варіювала від 20 до 45 хв і в середньому становила  $26,9 \pm 8,7$  хв, тоді як в групі 2 вона коливалась від 25 до 60 хв і в середньому була значно більшою –  $39,5 \pm 9,5$  хв ( $p < 0,05$ ). Слід зазначити, що середня тривалість здійснення гемостаза в групі 2, що становила  $11,3 \pm 2,8$  хв, також була більшою, ніж в групі 1 ( $6,6 \pm 3,5$  хв), що і відобразилось на відмінностях у загальній тривалості операції ( $p < 0,05$ ). Об'єм операційної крововтрати становив у групі 1 від 150 до 1800 мл (у середньому  $498,4 \pm 150,8$  мл) і від 100 до 1900 мл у групі 2 (у середньому  $415,3 \pm 134,0$  мл). Відмінності в середньому об'ємі крововтрати не мали ні клінічного, ні статистичного значення ( $p > 0,05$ ).

Усі операції були виконані повністю лапароскопічним доступом, не було жодного переходу до лапаротомії. Інтраопераційних ускладнень зафіксовано не було. Дренування черевної порожнини було здійснено лише 2 (3,1%) хворим.

У 13 (37,1%) хворих групи 1 та 11 (36,7%) пацієнток групи 2 операції зупинки кровотечі з яєчника поєднувалися з іншими втручаннями ( $p > 0,05$ ). Найчастішою поєднаною операцією було розділення спайок у порожнині малого таза, яке було виконано 8 (23%) хворим групи 1 і 6 (20%) пацієнткам групи 2 ( $p > 0,05$ ). Трьом (8,6%) хворим групи 1 і 4 (13,3%) жінкам групи 2 виконана коагуляція вогнищ ендометріозу ( $p > 0,05$ ). Двом хворим групи 1 було виконано видалення дрібних (до 2 см у діаметрі) субсерозних міоматозних вузлів на ніжці.

Усі хворі отримували під час операції антибіотикопрофілактику шляхом внутрішньовенного введення цефалоспоринів другого покоління в дозі 1 г.

Епізодична лихоманка в післяопераційний період спостерігалася лише у 2 (2,8%) пацієнток групи 1. У середньому нормалізація температури відбувалася до трьох діб у групі 1 і до чотирьох діб у групі 2.

Усі макропрепарати, отримані під час операції у 22 (63%) пацієнток 1 групи і у всіх 30 (100%) хворих 2 досліджуваних груп, були піддані гістологічному дослідженню. У більшості хворих груп 1 і 2 діагностований крововилив у стінку кісти жовтого тіла: у 16 (74,9%) і 24 (79,1%) відповідно. Наступною по частоті гістологічно підтвердженою причиною АФАЯ був крововилив в стінку фолікулярної кісти: у 4 (16,8%) хворих групи 1 і 4 (14,9%) хворих групи 2. Найбільш рідким патоморфологічним діагнозом був паренхіматозний крововилив, виявлений у 2 (8,3%) хворих 1 групи і 2 (6%) 2 групи.



Тривалість перебування хворих досліджуваних груп у стаціонарі варіювала від 2 до 6 діб і становила в середньому  $3,8 \pm 1,9$  доби в групі 1 і  $4,1 \pm 1,5$  доби в групі 2 ( $p > 0,05$ ).

Під час виписки зі стаціонару всім хворим рекомендували вживання комбінованих оральних контрацептивів протягом на 1–3 міс як для профілактики повторної АЯ, так і (в тих, що живуть статевим життям) для оберігання від вагітності.

### ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що єдиною значимою відмінністю між досліджуваними групами був показник тривалості оперативного втручання ( $p < 0,05$ ). Операції були майже в 1,5 разу тривалішими в групі 2 хворих, гемостаз яким здійснювався за допомогою накладення швів на яєчник. Під час аналізу цифрових записів оперативного спостереження визначили, що причиною збільшення його тривалості є сам етап гемостазу, що передбачав у 100% вилучування кісти і накладення одного або декількох швів на рану яєчника. Тривалість етапу зростала внаслідок того, що лапароскопічне накладення швів, особливо з інтракорпоральним зав'язуванням вузлів, є досить трудомісткою процедурою. Жодних значущих відмінностей між групами в середньому об'ємі крововтрати, частоті поєднаних операцій, післяопераційному веденні, перебігу післяопераційного періоду і тривалості перебування в стаціонарі виявлено не було.

### Клиника и диагностика различных форм апоплексии яичника А.В. Колесник, П.Н. Патий

Полученные результаты свидетельствуют, что единственным значимым различием между двумя исследуемыми группами был показатель длительности оперативного вмешательства ( $p < 0,05$ ). Операции были почти в 1,5 раза более продолжительными в группе больных, гемостаз которым осуществлялся посредством наложения швов на яичник. При анализе цифровых записей оперативного наблюдения определили, что причиной увеличения его длительности является сам этап гемостаза, предполагавший в 100% вылуцивание кисты и наложение одного или нескольких швов на рану яичника. Длительность этапа возрастала вследствие того, что лапароскопическое наложение швов, в особенности с интракорпоральным завязыванием узлов, является достаточно трудоемкой процедурой. Никаких значимых отличий между группами в среднем объеме кровопотери, частоте сочетанных операций, послеоперационном ведении, течении послеоперационного периода и длительности пребывания в стационаре обнаружено не было. Полученные клинические результаты необходимо учитывать при ведении женщин с апоплексией яичника.

**Ключевые слова:** апоплексия яичника, различные формы, клиника, диагностика.

### Clinical and diagnostical of various forms of ovarium apoplexy of ovary H.V. Kolesnyk, P.N. Patiy

The received results testify that the indicator of duration of an operative measure ( $p < 0,05$ ) was the only significant difference between two studied groups. Operations were almost by 1,5 times more long in the 2nd group of patients, hemostasis by which it was carried out by means of suture on ovarium. In the analysis of digital records of an operational grant defined

that the stage of hemostasis assuming in 100% enucleating of cyst and applying of one or several seams on wound of ovarium is the reason of augmentation of its duration. Duration of stage increased because laparoscopic suture, in particular with intracorporal setting of knots, is rather labor-consuming procedure. Any significant differences between groups on the average the hemorrhage volume, frequency of the combined operations, postoperative maintaining, current of the postoperative period and duration of stay in hospital it was revealed not. The received clinical results needs to be considered when maintaining women with an ovary apoplexy.

**Key words:** ovary apoplexy, various forms, clinical, diagtostical.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Балакшина Н.Г. Факторы риска апоплексии яичника // Сибирский медицинский журнал. – 2017. – Т. 4, № 22. – С. 45–48.
2. Кириллов А.В. Клинико-морфологические особенности различных форм апоплексии яичника // Бюллетень сибирской медицины. – 2016. – Т. 1, № 7. – С. 76–79.
3. Кох Л.И. Особенности эхографической картины с цветной доплерометрией после перенесенной апоплексии яичника // Материалы XII Рос. научно-практической конференции «Нерешенные и дискуссионные вопросы в акушерстве и гинекологии». Медицина в Кузбассе. – Кемерово, 2016. – Т. 4. – С. 47–49.
4. Содномова Н.В. Морфологические аспекты различных форм апоплексии яичников // Сборник научных трудов межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии». – Красноярск, 2015. – С. 55–58.
5. Pontiroli A.E., Ruga S. Invecchia mentoe controllo gipofisario della funzione gonadica // G. Gerontol. – 2014. – Vol. 41, No. 8. – P. 293–298.
6. Purdy R.H., Grant K.A. Behavioral effect of neuroactive steroids related to alcohol deperedence and with olrawal // The Brain: Source and Target for Sex Steroid Hormones: New York – London. – 2011. – P. 103–112.
7. Shien S.M., Shen M.D.M., Fuh M. Plasma lipid and lipoprotein concentration in chines maize with coronary arty disease after apoplexia // Atherosclerosis. – 2016. – Vol. 67. – P. 49–55.

## Порівняльна характеристика локальних деструктивних методів лікування передракової патології шийки матки

**А.А. Суханова, Є.І. Соколова**

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

**Мета дослідження:** порівняти клінічну ефективність лікування ВПЛ-асоційованої передракової патології шийки матки з використанням методу радіохвильової хірургії та електроексцизії.

**Матеріали та методи.** Обстежені 80 хворих з використанням цитологічних, мікробіологічних і гістологічних методів діагностики. Також проводилася проста та розширена кольпоскопія за допомогою відеокольпоскопа Scaper MK200 (Україна) з прицільною біопсією і наступним морфологічним дослідженням біоптатів. Найчастіше вірусу папіломи людини (ВПЛ) верифікували за допомогою методу ПЛР-діагностики. Вік пацієнток коливався від 25 до 45 років. У дослідження включені пацієнтки з CIN-II та CIN-III, з моноінфекцією та з мікст-інфекцією, що були розподілені на групи. Лікування проводили в три етапи. На першому етапі в усіх групах використовували за схемою інозин пранобекс та свічки Поліжинакс за потреби. Лікування на другому етапі проводили методом радіохвильової хірургії за допомогою високочастотних хвиль (радіохвильовий апарат ЕХВА-350/120Б; «Надія-2», Україна) і за допомогою апарату електрохірургічного високочастотного «ЕКОНТ-0201.1» (Україна). На третьому етапі пацієнтки спостерігалися 1 раз у 3 місяці з проведенням кольпоскопічної і цитологічної оцінки ефективності лікування.

**Результати.** Комплексний поетапний метод лікування CIN II-III, асоційований з ВПЛ, з використанням радіохвильової хірургії дозволяє знизити вираженість больових відчуттів, не потребуючи медикаментозної корекції, частоту ускладнень (ендометріоз, рубцева деформація, цервіцит) і рецидивів захворювання шийки матки, прискорити терміни епітелізації післяопераційної рани, тим самим, значно підвищити ефективність лікування.

**Заключення.** Застосування запропонованого алгоритму в лікуванні передракової патології шийки матки дозволяє підвищити ефективність лікування до 95%, запобігти рецидивам захворювання і, тим самим, покращити найближчі та віддалені результати.

**Ключові слова:** передракова патологія, шийка матки, радіохірургія, діатермохірургія.

Патологія шийки матки посідає одне з центральних місць у структурі гінекологічних захворювань, що мають схильність до тривалого перебігу, а при застосуванні нерациональних методів лікування може призвести до рецидивів захворювання, прогресування процесу аж до виникнення раку шийки матки.

Останнім часом основною концепцією розвитку раку шийки матки є негативний вплив вірусної інфекції, головне місце в якій займає ВПЛ. Методи лікування патології шийки матки (кріо-, лазеродеструкція, електро- і радіохірургія), що традиційно використовуються, без проведення протівірусної терапії недостатньо ефективні.

Найбільш істотним є вплив асоційованих з ВПЛ-ураженнями інфекцій уrogenітального тракту, як захворювань, що передаються статевим шляхом, так і викликаних умовно-патогенною мікрофлорою, а також дисбіотичних станів. Результатом їхнього впливу на перебіг ВПЛ-інфекції є розвиток хронічного процесу, формування стійких, як правило вже неспецифічних запальних змін з боку сечостатевої сфери і значні труднощі в проведенні терапевтичних заходів.

Єдиного міжнародного стандарту лікування ВПЛ-інфекції на сьогодні немає. Проводяться пошуки найбільш ефективних недорогих, малотравматичних і безпечних методів лікування. В офіційних інструкціях лікування папіломавірусної інфекції поки включені загалом деструктивні методи, але вони не завжди ефективні, супроводжуються рецидивами й навіть різкою маніфестацією процесу [18].

Сучасна фармакологія представляє для практичної медицини велику кількість імуномодулюючих препаратів. В останні роки фахівці з різних галузей практичної гінекології стали широко застосовувати інозин пранобекс (Гропрінозин®) – високоефективний імуномодулятор широкого спектра, який здатний стимулювати вироблення ендогенних цитокінів і активацію неспецифічних ланок імунітету. Препарат має тімозіноподібну дію, стимулює переважно клітинний імунітет, особливо ефективний в умовах клітинного імунodefіциту, який спостерігається при рецидивуючій ВПЛ-інфекції.

Принципи комплексного лікування клінічної форми ВПЛ-інфекції полягають насамперед у деструкції вогнищ ураження, стимуляції протівірусного імунітету, усуненні чинників ризику, які сприяють рецидивам захворювання.

Питання лікування патології шийки матки продовжують активно дискутуватися, пропонуються різні локально-деструктивні методи, кожен з яких має свої показання та протипоказання. Доступність для вивчення, цитоморфологічна унікальність шийки матки формують інтерес до постійного наукового пошуку вибору найбільш ефективного і прийняттого методу лікування патології шийки матки.

У сучасній гінекологічній практиці застосовуються наступні фізіохірургічні методи лікування захворювань шийки матки:

- діатермохірургічний,
- лазерне випромінювання,
- кріодеструкція.

Однак клінічна практика свідчить про наявність певних негативних властивостей кожного з цих методів впливу: порушення менструального циклу, безпліддя, стеноз каналу шийки матки, розриви шийки матки під час пологів, «синдром коагульованої шийки», незначна глибина впливу і труднощі отримання рівномірного поля некрозу потрібної глибини, неможливість локального видалення патологічної ділянки, ендометріоз, рецидиви захворювання і відсутність можливостей для якісного гістоморфологічного контролю.

Усе зазначене вище пояснює інтерес клініцистів до пошуку нових, досить ефективних і безпечних методів лікування фонових і передракових захворювань шийки матки. Великі можливості в цьому плані відкриваються при використанні радіохірургічного методу.

Метод радіохірургії, при якому використовують різкі властивості радіохвиль, нівелює недоліки електрохірургічного методу, зберігаючи радикалізм в силу необмеженої глибини впливу. Це унікальний безконтактний метод розрізу і коагуляції м'яких тканин за допомогою радіохвиль високої частоти (3,8–4,0 МГц), що виходять з хірургічного електрода. В результаті цього сконцентрована на кінці «активного» або «хірургічного» електрода високочастотна енергія підвищує утворення молекулярної енергії всередині кожної клітини, яка, руйнуючись, викликає нагрівання тканини і фактично випаровує клітини. При цьому безпосередній контакт електрода з клітинами відсутній, а сам електрод не нагрівається. Кількість тепла залежить від часу контакту з тканиною, розміру електрода і довжини хвилі. Крім цього, техніка радіохірургії (радіосекції) повністю виключає хворобливі скорочення м'язів або стимуляцію нервових закінчень під час проходження хвиль через тіло пацієнта (ефект Фарадея).

**Мета дослідження:** порівняти клінічну ефективність лікування ВПЛ-асоційованої передракової патології шийки матки з використанням методу радіохвильової хірургії та електроексцизії.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для визначення порівняльної ефективності радіохірургічного лікування і діатермохірургічного методу при передракових патологічних процесах епітелію шийки матки, асоційованих з ВПЛ, проводили спостереження й обстеження 80 хворих на базі кафедри акушерства, гінекології і репродуктології НМАПО імені П.Л. Шупика в гінекологічних відділеннях Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини та на базі приватного медичного центру «Академія вашого здоров'я» з використанням цитологічних, мікробіологічних (бактеріологічних, бактеріоскопічних), гістологічних методів діагностики. Також проводили просту і розширену кольпоскопію за допомогою відеокольпоскопа Scanner MK200 (Україна) з прицільною біопсією та подальшим морфологічним дослідженням біоптатів. Наявність ВПЛ верифікували за допомогою ПЛР-діагностики.

Вік пацієнток з передраковими захворюваннями шийки матки коливався від 25 до 45 років.

У дослідження були включені пацієнтки з CIN-II і CIN-III, яких було розподілено на чотири групи:

- ІА група – 20 пацієнток з моноінфекцією високоонкогенних (ВО) генотипів ВПЛ;
- ІБ група – 20 пацієнток з мікст-інфекцією (на тлі двох і більше ВО генотипів ВПЛ були діагностовані неспецифічні процеси);
- ІА група – 20 пацієнток з моноінфекцією ВО генотипів ВПЛ;
- ІБ група – 20 пацієнток з мікст-інфекцією (на тлі двох і більше ВО генотипів ВПЛ були діагностовані неспецифічні процеси).

У пацієнток І групи для видалення патологічного вогнища був використаний метод радіохвильової хірургії. У пацієнток ІІ групи для видалення патологічного вогнища був використаний діатермохірургічний метод.

Були розроблені і запропоновані диференційовані підходи до лікування.

Лікування пацієнток з патологією шийки матки І і ІІ груп проводили в три етапи:

- 1) комплексне обстеження (за наявності інфекції – санація до отримання клініко-лабораторного одужання);
- 2) радіохірургічне видалення патологічного вогнища;
- 3) реабілітація в післяопераційний період і оцінювання ефективності лікування.

*На першому етапі* лікування пацієнтки ІА та ІАА груп отримували інозин пранобекс у дозі 50 мг на 1 кг маси тіла на добу за запропонованою нами схемою: 1 курс становив 25 днів. Кожна пацієнтка отримувала по 3 курси лікування (75 днів) з інтервалом 20 днів. Після першого курсу лікування використовували метод радіохвильової хірургії.

Пацієнтки ІА та ІБ груп також отримували інозин пранобекс за наведеною вище схемою. Для лікування неспецифічного запального процесу на першому етапі після ідентифікації збудника використовувалися капсули вагінальні Полжінакс, до складу яких входять неоміцина сульфат (35 000 МО), поліміксину В сульфат (35 000 МО) і ністатин (100 000 МО), який має вигідне поєднання високої ефективності щодо неспецифічної бактеріальної, грибової, змішаної мікрофлори і відрізняється вираженою протизапальною дією на слизову оболонку піхви, яка швидко проявляється завдяки диметилону та ексципієнтам, а також є щадним до лактобацил антиінфекційним засобом. Процедуру проводили один раз на день (ввечері) шляхом інтравагінального введення однієї капсули. Курс лікування становив 12 днів. Лікування доповнювали використанням у післяопераційний період вагінальних супозиторіїв, які містять флавоноїди Протефлазиду (по 1 супозиторію 2 рази на день 15 днів).

Лікування *на другому етапі* здійснювали методом радіохвильової хірургії за допомогою високочастотних хвиль (радіохвильового апарату ЕХВА-350/120Б «Надія-2», Україна) і за допомогою апарату електрохірургічного високочастотного «ЕКОНТ-0201.1» (Україна).

*На третьому етапі*, після проведеного лікування, пацієнтки спостерігалися 1 раз в 3 місяці протягом року з проведенням кольпоскопічної та цитологічної оцінки ефективності лікування.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Пацієнтки досліджуваних груп були репрезентативні за даними соматичного, гінекологічного та репродуктивного анамнезу.

При обстеженні в момент проведення дослідження було виявлено, що 100% пацієнток мали інфікування ВПЛ, причому у половини з них був діагностований 1 ВО генотип ВПЛ (пацієнтки груп ІА та ІАА). У групах ІБ та ІББ 2 ВО генотипу ВПЛ зустрічався відповідно в 11 (55%) і 10 (50%) випадках, 3 ВО генотип ВПЛ виявлено у 5 (25%) і 7 (35%) пацієнток, 4 ВО генотип ВПЛ діагностовано у 2 (10%) пацієнток групи ІБ і у 3 пацієнток групи ІББ.

Серед представників умовно-патогенної мікрофлори у пацієнок з груп ІБ та ІІБ слід зазначити наявність таких мікроорганізмів: стрептокок фекальний – в 6 (24%) і 5 (20%) випадках відповідно, золотистий стафілокок – у 3 (12%) і 4 (16%) пацієнок, кишкова паличка – у 9 (36%) і 8 (32%), клібсієли – у 2 (8%) і 1 (4%), ентеробактерій – в 1 (4%) і 2 (8%), гриби роду *Candida* – у 4 (16%) і 5 (20%) хворих. У 5 пацієнок в кожній групі виявлено по два представника умовно-патогенної мікрофлори. Отримані дані свідчать, що видовий склад мікроорганізмів повністю потрапляє в спектр дії препарату, що призначається інтравагінально для передопераційної санації піхви.

Цитологічне і морфологічне дослідження проводили всім жінкам. Для оптимізації оцінювання ефективності лікування за ступенем тяжкості процеси розподілилися наступним чином: в кожній з досліджуваних груп помірна дисплазія (CIN-II) була у 12 пацієнок, а важка дисплазія (CIN-III) – у 8 пацієнок. У всіх пацієнок груп ІА та ІІБ встановлений запальний тип цитограми, що зажадало санації перед проведенням локальних деструктивних методів лікування шийки матки були згідно з розробленим поетапним алгоритмом.

Після санації проводили видалення вогнища дисплазії епітелію шийки матки (конізація шийки матки) методом радіохвильової хірургії у пацієнок І групи та діатермоконізація шийки матки у пацієнок ІІ групи. Обидва види оперативних втручань на шийці матки для профілактики розвитку ендометріозу виконували у першу фазу (на 5–7-й день менструального циклу).

Переваги використання радіохвильової хірургії проявилися протягом післяопераційного періоду. Більшість пацієнок (35 – 87,5%) І групи після радіохвильового методу лікування CIN II-III відзначили хорошу переносимість проведеного лікування, на відміну від пацієнок ІІ групи, де аналогічну оцінку після проведення електроконізації шийки матки надали тільки 27 (67,5%) пацієнок. Характер больових відчуттів відрізнявся в обох групах і характеризувався пацієнтками І групи як незначний тягнучий біль внизу живота, що не потребує медикаментозної корекції. Пацієнтки ІІ групи відзначали більш виражені больові відчуття, що потребувало додаткового знеболення у 12 (30%) жінок в 1-й день після операції.

Особливості ріжучих властивостей радіохвиль і мінімальне пошкодження прилеглих тканин запобігають розвитку лімфореї, яка викликає у пацієнок фізичний і психологічний дискомфорт. У післяопераційному періоді пацієнтки І і ІІ груп відзначали на початку серозні, а потім мажучі кров'яністі виділення зі статевих шляхів, причому інтенсивність була більш виражена у пацієнок ІІ групи, а тривалість їх – більше в середньому на 2,5 доби.

Клінічні дані і результати кольпоскопії свідчили про те, що у всіх пацієнок І групи відбулося загоєння білим струпом, який повністю самостійно відокремлювався без болю і кровотечі до 5–7-ї доби після операції. У пацієнок ІІ групи струп характеризувався вираженим коагуляційним некрозом, відторгався до 8–11-ї доби і в 11 (27,5%) пацієнок цей етап супроводжувався кров'янистими виділеннями від мізерних до помірних протягом 1–4 днів, з них у 3 (7,5%) випадках було проведено гемостатичні заходи. В 1 (2,5%) жінки з групи ІІБ у зв'язку з кровотечею після операції великої діатермоконізації шийки матки з

#### Порівняльна кольпоскопічна характеристика результатів застосування локальних деструктивних методів лікування CIN II-III через 3 місяці після операції

Показник	Кольпоскопічна картина після	
	електроконізації, n=40	радіохірургічного висічення, n=40
Псевдоерозія шийки матки	2(5%)	1 (2,5%)
Рецидив CIN	4 (10%)	1 (2,5%)
Цервіцит	3 (7,5%)	-
Рубцева деформація шийки матки	5 (12,5%)	-
Ендометріоз шийки матки	4 (10%)	-
Відкриті та закриті залози	2 (5%)	1 (2,5%)
Йоднегативні зони	2 (5%)	1 (2,5%)

вираженою рубцевою деформацією були накладені шви на шийку матки при лікуванні дисплазії тяжкого ступеня. Повна епітелізація спостерігалася до 26–28-го дня у ІІ групі до 21–24-го дня у І групі. Менш виражений шкідливий вплив на тканини високочастотних радіохвиль дозволяє прискорити проліферацію резервних клітин і процеси плоскоклетинної метаплазії з утворенням багатшарового плоского епітелію, а внаслідок цього – і прискорення термінів епітелізації поверхні рани.

Для оцінювання ефективності радіохірургічного методу лікування захворювань шийки матки наведено порівняльну характеристику кольпоскопічної картини через 3 місяці після застосування електроконізації і радіохірургічного конусовидного висічення (таблиця).

Ефективність методу радіохірургії безсумнівна. Наведені в таблиці дані свідчать про високу частоту ускладнень різного ступеня тяжкості після використання електроексцизії шийки матки (55%) порівняно з радіохвильовою конізацією (10%).

Аналіз рецидивів передракової патології шийки матки протягом першого року після проведеного лікування засвідчив, що рецидиви захворювань у І групі (після радіохірургічного лікування) зустрічалися на 12,5% рідше, ніж у ІІ групі (після лікування електрохірургічним методом), відповідно у 1 і 6 пацієнок. Неповний ефект від проведеного діатермохірургічного лікування отримано у 7,5% пацієнок, тоді як після пропонованого нами радіохірургічного комплексного методу лікування – тільки у 2,5% пацієнок. Отже, ефективність комплексного методу лікування з використанням радіохвильової хірургії становила 95%, тоді як ефективність методу із застосуванням діатермохірургії – 75%.

Отже, комплексний поетапний метод лікування CIN II-III, асоційованої з ВПЛ, із застосуванням радіохвильової хірургії дозволяє знизити частоту уск-

ладнень і рецидивів захворювань шийки матки, прискорити терміни епітелізації післяопераційної рани і значно підвищити ефективність лікування.

Особливо слід відзначити думку патоморфологів. Гістологічне дослідження продемонструвало повну ексцизію диспластичних змін тканини з лінійним і чистим без обуглювання краєм розрізу, в той час як при електрохірургічному лікуванні край нерівний і обуглений. При використанні радіохвильової хірургії отримують практично не пошкоджену видалену тканину шийки матки, яка підлягає, на відміну від матеріалу після електроексцизії, будь-яким гістологічним дослідженням. У випадках застосування радіохірургії у препаратах не спостерігалось некрозу епітелію, тоді як при електроексцизії присутній коагуляційний некроз, що змінює клітинну морфологію і утруднює гістологічне дослідження.

### ВИСНОВКИ

У результаті застосування методу радіохвильової хірургії при терапії CIN II-III, асоційованої з ВПЧ, за запропонованим поетапним алгоритмом лікування не було відзначено жодного випадку субепітеліального ендометріозу, скоротилися терміни епітелізації, створені умови для отримання хорошого матеріалу з метою гістологічного підтвердження діагнозу. На відміну від діатермохірургічного лікування при проведенні операції відзначається мінімальний операційний і післяопераційний біль за рахунок коагуляції нервових закінчень в рані, зменшується потреба в знеболюючих препаратах, зберігається архітектоніка шийки матки, відбувається безрубцеве загоєння шийки матки і нормалізується біоценоз піхви за рахунок того, що стерилізуючий ефект випромінюваних радіохвиль дозволяє домогтися позитивного ефекту при стійких ендощервіцитах.

Застосування запропонованого алгоритму в лікуванні передракових захворювань шийки матки дозволяє підвищити ефективність лікування до 95%, запобігти рецидивам захворювання і поліпшити найближчі та віддалені результати.

### Сравнительная характеристика локальных деструктивных методов лечения предраковой патологии шейки матки

*А.А. Суханова, Е.И. Соколова*

**Цель исследования:** сравнить клиническую эффективность лечения ВПЧ-ассоциированной предраковой патологии шейки матки с использованием метода радиоволновой хирургии и электроэксцизии.

**Материалы и методы.** Обследованы 80 больных с использованием цитологических, микробиологических, гистологических методов диагностики. Также проведена простая и расширенная кольпоскопия с помощью видеокольпоскопа Scaner MK200 (Украина) с прицельной биопсией и последующим морфологическим исследованием биоптатов. Наличие вируса папилломы человека (ВПЧ) верифицировалось при помощи ПЦР-диагностики. Возраст пациенток колебался от 25 до 45 лет. В исследование включены пациентки с CIN-II и CIN-III, с моноинфекцией и с микст-инфекцией, которые были распределе-

ны на группы. Лечение проводили в три этапа. На первом этапе во всех группах использовали по схеме инозин прабенекс и свечи Полижинакс по востребованию. Лечение на втором этапе осуществлялось методом радиоволновой хирургии при помощи высокочастотных волн (радиоволновой аппарат EXVA-350/120Б; «Надія-2», Украина) и с помощью аппарата электрохирургического высокочастотного «ЭКОНТ-0201.1» (Украина). На третьем этапе, после проведенного лечения, пациентки наблюдались 1 раз в 3 месяца в течение 1 года с проведением кольпоскопической и цитологической оценки эффективности лечения.

**Результаты.** Комплексный поэтапный метод лечения CINII-III, ассоциированной с ВПЧ, с применением радиоволновой хирургии позволяет снизить выраженность болевых ощущений, что не требует медикаментозной коррекции, частоту осложнений (эндометриоз, рубцовая деформация, цервицит) и рецидивов заболеваний шейки матки, ускорить сроки эпителизации послеоперационной раны и, тем самым, значительно повысить эффективность лечения.

**Заключение.** Применение предложенного алгоритма в лечении предраковых заболеваний шейки матки позволяет повысить эффективность лечения до 95%, предотвратить рецидивы заболевания, улучшить ближайшие и отдаленные результаты.

**Ключевые слова:** предраковая патология, шейка матки, радиоволновая хирургия, диатермохирургия, Инозин прабенекс, Полижинакс.

### Comparative characteristic of local destructive methods of treatment of precancerous pathology of the cervix

*A.A. Suhanova, Y.I. Sokolova*

**The objective:** to compare the clinical effectiveness of treatment of HPV-associated precancerous pathology of the cervix using the method of radiowave surgery and electroexcision.

**Materials and methods.** Eighty patients were examined using cytological, microbiological, histological diagnostic methods. A simple and extended colposcopy was also performed using a Scaner MK200 video colposcope (Ukraine) with targeted biopsy and subsequent morphological examination of biopsies. The presence of HPV was verified by PCR diagnostic method. The age of patients ranged from 25 to 45 years. The study included patients with CIN-II and CIN-III, mono-infection and mixed infection, divided into groups, respectively. Treatment was carried out in 3 stages. At the first stage, in all groups, Inosine pranobex and Polygynax suppositories were used as needed. The treatment at the second stage was performed by the method of radio-wave surgery with the help of high-frequency waves (radio-wave device EXVA-350 / 120B; «Nadiya-2», Ukraine) and by the device of electro-surgical high-frequency «ECONT-0201.1» (Ukraine). At the third stage, the patient was observed once every 3 months with colposcopic and cytological evaluation of the effectiveness of treatment.

**Results.** Complex step-by-step treatment of CINII-III, associated with HPV, using radiowave surgery can reduce the severity of pain, that does not require medical correction, the frequency of complications (endometriosis, scarring, cervicitis) and recurrence of cervical cancer, thereby significantly increase the effectiveness of treatment.

**Conclusion.** The application of the proposed algorithm in the treatment of precancerous pathology of the cervix can increase the effectiveness of treatment up to 95 per cent, prevent recurrence of the disease and improve short-term and long-term results.

**Keywords:** precancerous pathology, cervix, radiowave surgery, diathermosurgery, Inosyn prabenox, Polizhynax.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дамиров ММ. Радиоволновая технология в лечении патологии шейки матки: пособие для врачей. М., 2010. 70 с.
2. Кедрова АГ, Подистов ЮИ, Кузнецов ВВ. Роль противовирусной терапии в комплексном лечении больных эпителиальными дисплазиями и преинвазивным раком шейки матки. Гинекология. 2012;7(3):170–3.
3. Киселев ВИ. Вирусы папилломы человека в развитии рака шейки матки. М.: Димитрейд График Групп®, 2004. 179 с.
4. Козаченко ВП, Земсков АМ, Бычков ВИ, Чурсанова ДН. Иммунокорректирующая терапия заболеваний шейки матки. Акушерство и гинекология. 2013;4:40–2.
5. Костава МН. Лечение заболеваний шейки матки, обусловленных или сочетающихся с воспалительными процессами нижнего отдела генитального тракта. Гинекология. 2010;3:12–4.
6. Роговская СИ, Подзолкова ВН, Т. Бебнева Н. Лечение заболеваний шейки матки, влагалища и наружных половых органов методами широкополосной радиоволновой хирургии и аргоноплазменной абляции: пособие для врачей. Екатеринбург, 2015. 48 с.
7. Манжура ЕП. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN). Современные подходы к диагностике, лечению и реабилитации. Здоровье женщины. 2016;5(111):19–25.
8. Мезуренко НН. Роль вирусов папиллом в канцерогенезе шейки матки. Современная онкология. 2013;1:36–8.
9. Манухин ИБ, Царев ВН. Инозин, производная пуринов – натуральный высокоэффективный иммуномодулирующий агент у трудных больных с нарушениями в иммунной системе. Новости медицины и фармации. 2010;19(342):8–12.
10. Новиков АИ, Кононов АВ. ИППП и экзоцервикс. М.: Медицина, 2012. 174 с.
11. Воробйова ЛІ. Папіломавірусна інфекція: актуальна проблема сучасної гінекології. Здоровье женщины. 2015;3(99):21–4.
12. Самойлова НА, Бояринцев ВВ. Опыт применения радиоволновой хирургии в лечении предраковых заболеваний шейки матки. Воен.-мед. журнал. 2009;2:69–70.
13. Лейзерман МГ, Лесков ИВ, Наседкин АН. Сравнительное изучение радиоволнового, лазерного и ультразвукового воздействия на биологические ткани в эксперименте. Рос. гинекология. 1999;3:16–8.
14. Стругацкий ВМ. Физioterапевтические воздействия на шейку матки: некоторые клинические аспекты. Гинекология. 2013;5:70–2.
15. Чайка ВК, Носенко ОМ, Апанасенко НО. Фонові та передракові захворювання шийки матки у жінок репродуктивного віку на тлі папілломавірусної інфекції: діагностика, лікування, профілактика. Донецьк: Ноулдж, 2013. 134 с.
16. Белоцерковцева ЛД, Коваленко ЛВ, Абазьева ОВ, Оруджова ЭА. Эффективность использования физиохирургических методов лечения у женщин с заболеваниями шейки матки. Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. 2015;3:9–15.
17. Умаханова ММ, Дуванский РА, Торчинов АМ. Эффективность лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки методом радиоволновой хирургии. Широкополосная радиоволновая хирургия в акушерстве и гинекологии: сб. статей. Екатеринбург, 2012. с. 72–3.
18. Обоскалова ТА, Кононова ИН, Ворошила ЕС, Кузина ТВ. Эффективность реабилитационных мероприятий после деструктивных методов терапии у пациенток с патологией шейки матки, ассоциированной с папилломавирусной инфекцией. Акушерство и гинекология. 2012;2:86–9.
19. Halec G, Schmitt M, Dondog B. Biological activity of probable/possible high-risk human papillomavirus types in cervical cancer. Int J Cancer. 2013;132(1):63–71.

20. Defayette DN, Glenn LL. Human papillomavirus and cervical cancer knowledge. Gend Med. 2012;9(4):292.
21. Golebiowska-Wawrzyniak M, Markiewicz K, Koza, A, et al. Immunological and clinical study on therapeutic efficacy of inosinepranobex. Pol Merkuriusc Lek. 2005;19:379–82.
22. Lee CA. Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer. J Insur Med. 2012;43(3):178–81.
23. Swartz RJ, Cox DD, Cantor SB. A new clinical strategies with application in screening and diagnosis for caervical intraepithelial neoplasia (CIN). ASCO. 2014. p. 610–5.
24. Wheeler CM. The natural history of cervical human papillomavirus infections and cervical cancer: gaps in knowledge and future horizons. Obstet Gynecol Clin. North Am. 2013;40(2):165–76.

## Невдалі спроби допоміжних репродуктивних технологій у жінок з першим медичним абортom в анамнезі

**С.М. Бакшеєв**

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

Результати проведених досліджень свідчать, що основними причинами невдалих спроб ДРТ є тривале безпліддя, неодноразові оперативні втручання на органах малого таза, значна кількість внутрішньоматкових операцій, наявність ендометріозу і високий інфекційний індекс. Окрім цього, тривале і невдале лікування безпліддя само по собі є негативним чинником, що посилює існуючі порушення. Ці чинники ризику спричинюють зрив адаптаційно-гомеостатичних резервів організму, хронізацію запалення, посилення анатомо-функціональних дефектів репродуктивної системи, що зі свого боку знижує репродуктивний потенціал пацієнток і сприяє невдалим спробам ДРТ.

**Ключові слова:** перший медичний аборт, допоміжні репродуктивні технології, невдалі спроби.

Проблема інфертильності подружніх пар набуває сьогодні не лише медичного, але й величезного соціально-демографічного та економічного значення [1–12]. За даними ВООЗ (WHO, 2018), понад 100 млн подружніх пар безплідні та їхня кількість з кожним роком збільшується. Частота безплідних браків серед подружжя репродуктивного віку коливається від 20% до 30% [3, 10]. Причиною безплідного браку в 40–50% випадках є патологія репродуктивної системи в одного з подружжя, рідше – у двох [4, 11]. ВООЗ виділяє 22 причини жіночого і 16 причин чоловічого безпліддя. Жіноче безпліддя зустрічається у 35–40% безплідних браків, чоловічого безпліддя – 30–35% (WHO, 2009).

Методи допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) є найбільш ефективними у подоланні різних форм чоловічого і жіночого безпліддя. Вони розвиваються й удосконалюються, з їхньою допомогою у світі народилися понад 2 млн дітей, проте незважаючи на усі досягнення, частота розвитку вагітності все ще залишається порівняно низькою і становить 25–30% на цикл лікування, причому за останні 10 років цей показник істотно не змінився [1–12].

Очевидно, це пов'язано зі значною кількістю чинників, що впливають на репродуктивний процес. Низка авторів, розділяючи думку про вплив чоловічого і жіно-

чого чинників на зачаття і розвиток ембріона, звертають увагу, що поєднання цих складових може коливатися від 40% до 80% [1–12].

Пошук прогностичних критеріїв ефективності ДРТ представляє широке поле для науково-практичних досліджень, що підтверджують матеріали 27-ї щорічної конференції Європейського суспільства репродукції та ембріології людини (Стокгольм, 2017).

Особливу групу з розвитку невдалих спроб ДРТ становлять жінки, які мають в анамнезі перший медичний аборт, однак у сучасній літературі ця проблема зовсім не вивчена.

Усе викладене вище свідчать про необхідність підвищення ефективності ДРТ у жінок із першим медичним абортom в анамнезі.

**Мета дослідження:** підвищення ефективності ДРТ у жінок із медичним абортom в анамнезі на підставі проведення клінічного аналізу їх неефективних спроб.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети дослідження була виділена основна група з жіночими чинниками безпліддя на тлі першого медичного аборту в анамнезі (100 подружніх пар з невдалими спробами ДРТ в анамнезі). При цьому в основній групі були виділені наступні підгрупи:

- 1-а підгрупа – трубно-перитонеальне безпліддя,
- 2-а підгрупа – ендокринне безпліддя,
- 3-я підгрупа – ендометріоз,
- 4-а підгрупа – поєднані чинники безпліддя.

До групи порівняння увійшли 50 жінок без порушень фертильності. У цих жінок була підтверджена нормальна структура ендометрія.

До початку циклу ДРТ проводили ретельне обстеження партнерів: збір соматичного, акушерсько-гінекологічного та андрологічного анамнезу, ультразвукове дослідження, клініко-лабораторні, біохімічні і гормональні дослідження.

У разі виявлення будь-якої супутньої патології, насамперед урогенітальної інфекції, призначалася відповідна терапія, яка проводилася в об'ємі, необхідному для досягнення ефекту санації.

Усі дослідження виконували відповідно до декларації Гельсінкської Всесвітньої асоціації «Етичні принципи наукових і медичних досліджень за участю людини» (2016).

Лікувальні заходи проводили відповідно до нормативних документів, затверджених Міністерством охорони здоров'я України.

Усі обстежені особи давали інформовану згоду на участь у дослідженні.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що усі жінки мали перший медичний аборт в анамнезі. Крім того, жінки першої підгрупи основної групи (*трубно-перитонеальне безпліддя*) відрізнялися наступними характеристиками:

- віковий інтервал від 36 до 39 років;
- переважання в анамнезі ГРВІ, хронічного тонзиліту, дитячих інфекцій і захворювань серця;

- початок статевого життя – з 16 років з одним статевим партнером (78,2%);
- найбільша кількість штучних абортів в анамнезі (77,1%);
- більше трьох спроб ДРТ в анамнезі (70,4%);
- початок менархе після 14 років (56,3%), частіше без порушень (53%);
- тривалість безпліддя більше 5–10 років (48,9%);
- переважання операцій з приводу діагностики і відновлення прохідності маткових труб (44,8 і 13,8% відповідно);
- переважання вторинного безпліддя (44,6%), ектопічних вагітностей (35,6%), тубектомії (31%), ендометріозу (26,4%), а також пологів (25,3%).

Серед інфектів найчастіше були виявлені *C. albicans* і *Chl. trachomatis*.

У другій підгрупі (*ендокринне безпліддя*) були молодші жінки:

- у віці від 30 до 35 років;
- з порушеннями менархе (86,2%);
- раннім початком статевого життя – до 16 років, але в основному, з одним статевим партнером (82,5%);
- у них відзначено переважання первинного безпліддя (57,9%), тривалість якого більше 5–10 років (68,4%);
- поліменорея і міжменструальні виділення відзначалися у 50%;
- у кожній третій спостерігали резекцію яєчників в анамнезі (29,8%);
- кісти яєчників, ендометріоз і аденоміоз (21,5%, 19,3% і 16% відповідно);
- ендокринні порушення (19%).

Саме у цих жінок з ендокринним безпліддям, практично у кожній третій, фіксували тривалий і нерегулярний менструальний цикл.

Для третьої підгрупи (*ендометріоз*) характерними були:

- переважання в анамнезі гастритів і циститів;
- наявність хворобливого менструального циклу;
- оперативні втручання на органах черевної порожнини і малого таза (67% і 31,6% відповідно);
- більше трьох спроб ДРТ в анамнезі (63,3%);
- переважання первинного безпліддя (43,3%);
- в анамнезі до перших спроб ДРТ вже діагностували ендометріоз (24,2%), лейоміому матки з переважанням субсерозних та інтерстиціальних вузлів (20,2%);
- зафіксовано найбільшу кількість викиднів в анамнезі (10,7%).

Для четвертої підгрупи (*поєднані чинники безпліддя*) характерними були:

- віковий інтервал від 26 до 29 років;
- переважання операцій з приводу діагностики і відновлення прохідності маткових труб (89,2%);
- менархе до 14 років (78,5%);
- переважання в анамнезі кіст яєчників (67,8%), захворювань шийки матки (64,3%);
- до двох спроб (в середньому 1,74) ДРТ в анамнезі (64,3%);
- порушення циклу у половини пацієнток;
- наявність більше одного сексуального партнера (57,2%);
- тривалість безпліддя 2–4 роки (57,1%);

- дитячі інфекції (57,0%);
- переважання в анамнезі ендокринних порушень (39,0%);
- ендометріоз (32,1%);
- постійні виділення у вмісті піхви *C. albicans*, *G. vaginalis*, *U. urealiticum* у різних титрах;
- найбільша кількість абортів (32,3%);
- хронічні бронхіти (25,4%) і викидні (10,7%) в анамнезі.

Представлені дані переконливо свідчать про те, що незважаючи на різні форми безпліддя, які визначалися у пацієнток за домінуючими чинниками безпліддя, у жінок із першим медичним абортom в анамнезі чітко простежується спільність системних порушень репродуктивного здоров'я:

- тривале безпліддя,
- оперативні втручання на органах малого таза, іноді неодноразові,
- значна кількість внутрішньоматкових операцій,
- наявність ендометріозу у значної частини пацієнток,
- високий інфекційний індекс.

Окрім цього, тривале і неуспішне лікування безпліддя само по собі є негативним чинником, що посилює наявні порушення.

Аналіз клініко-анамнестичних даних дозволяє припустити, що ці чинники ризику сприяють зриву адаптаційно-гомеостатичних резервів організму, хронізації запалення, посиленню анатомо-функціональних дефектів репродуктивної системи, що зі свого боку знижує репродуктивний потенціал пацієнток.

У чоловіків, що перебувають у шлюбі з обстежуваними жінками першої когорти, виявлено:

- середній вік чоловіків становив  $30,5 \pm 4,5$  року, при цьому достовірних міжгрупових відмінностей за цим показником виявлено не було;
- загалом контингент чоловіків був представлений робітниками і службовцями, що вели, в основному, сидячий спосіб життя;
- серед обстежуваних чоловіків 65% палили і 32% регулярно (приблизно 1–2 рази на місяць) вживали спиртні напої;
- усі чоловіки перехворіли в дитинстві дитячими інфекціями: кожен третій (30,7%) хворів на вітряну віспу, кожен п'ятий (20,16%) – на кір, а кожен десятий (10,1%) переніс краснуху. Кожен третій чоловік відзначав у себе часті (у середньому 2–3 рази на рік) ГРВІ, кожен п'ятий вказував на наявність у нього хронічного гастриту, у кожного шостого в анамнезі був хронічний тонзиліт.

Отже, наведене вище свідчить про практичну відсутність екстрагенітальних чинників інфертильності у цих чоловіків, але не можна не враховувати такі обтяжувальні моменти, як паління, вживання алкоголю і високий інфекційний індекс.

## ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що головними причинами невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) у жінок із першим медичним абортom в анамнезі є тривале безпліддя, неодноразові оперативні втручання на органах малого таза, велике число внутрішньоматкових операцій, наявність



ендометріозу і високий інфекційний індекс. Окрім цього, тривале і неуспішне лікування безпліддя саме по собі є негативним чинником, що посилює наявні порушення. Ці чинники ризику сприяють зриву адаптаційно-гомеостатичних резервів організму, хронізації запалення, посиленню анатомо-функціональних дефектів репродуктивної системи, що, у свою чергу, знижує репродуктивний потенціал пацієнток і спричинює невдалі спроби ДРТ.

### **Неудачные попытки вспомогательных репродуктивных технологий у женщин с первым медицинским абортom в анамнезе**

**С.Н. Бакшеев**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основными причинами неудачных попыток вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) являются длительное бесплодие, неоднократные оперативные вмешательства на органах малого таза, большое число внутриматочных операций, наличие эндометриоза и высокий инфекционный индекс. Кроме этого, длительное и неуспешное лечение бесплодия само по себе является негативным фактором, усугубляющим имеющиеся нарушения. Эти факторы риска способствуют срыву адаптационно-гомеостатических резервов организма, хронизации воспаления, усилению анатомо-функциональных дефектов репродуктивной системы, что, в свою очередь, снижает репродуктивный потенциал пациенток и способствует неудачным попыткам ВРТ.

**Ключевые слова:** *первый медицинский аборт, вспомогательные репродуктивные технологии, неудачные попытки.*

### **Influence of the first medical abortion on development of unsuccessful attempts of auxiliary reproductive technologies**

**S.M. Baksheyev**

Results of the spent researches testify, that principal causes of unsuccessful attempts ART are: long barrenness, numerous operative interventions on bodies of a small basin, the big number intrauterine operations, presence of an endometriosis and a high infectious index. Besides, long and unsuccessful treatment of barrenness in itself is the negative factor aggravating available infringements. These risk factors promote failure adaptation-gomeostasis reserves of an organism, inflammation synchronisation, to strengthening of anatomic-functional defects of reproductive system, that, in turn, reduces reproductive potential of patients and promotes unsuccessful attempts ART.

**Key words:** *the first medical abortion, auxiliary reproductive technologies, unsuccessful attempts.*

#### **СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Аншина М.Б. ВРТ: прошлое, настоящее, будущее // Проблемы репродукции. – 2012. – № 3. – С. 6–15.
2. Артифесов С.Б., Артифесова А.А., Одинцов А.А. Анализ структуры мужской инфертильности // Актуальные вопросы урологии и андрологии. – Н. Новгород, 2018. – С. 71–78.
3. Баскаков В.П. Состояние репродуктивной системы женщины при эндометриозе // Проблемы репродукции. – 2015. – № 2. – С. 15–18.
4. Божедомов В.А., Лоран О.Б., Сухих Г.Т. Этиология и патогенез мужского аутоиммунного бесплодия. Часть 1 // Андрология и генитальная хирургия. – 2017. – № 1. – С. 27–33.

5. Божедомов В.А., Лоран О.Б., Сухих Г.Т. Этиология и патогенез мужского аутоиммунного бесплодия. Часть 2 // Андрология и генитальная хирургия. – 2017. – № 1. – С. 34–39.
6. Бондарев Д.А., Скорова Н.Е., Курносова Т.Р. Иммунологический аспект вспомогательных репродуктивных технологий // Андрология и генитальная хирургия. – 2018. – № 2. – С. 30–39.
7. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. – М., 2017. – 708 с.
8. Гаспаров А.С., Волков Н.И., Корнеева М.Е. Трубно-перитонеальное бесплодие у женщин // Проблемы репродукции. – 2018. – № 5. – С. 43–44.
9. Герасимов А.М. Причины бесплодия при наружном эндометриозе (обзор литературы) // Проблемы репродукции. – 2016. – № 5. – С. 51–54.
10. Гююдайс Л.С. Имплантирующаяся оплодотворенная яйцеклетка и материнский организм // Проблемы эндокринологии. – 2018. – № 5. – С. 30–32.
11. Гилязутдинов И.А. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве // Руководство для врачей. – М.: МЕДпресс-информ, 2016. – 416 с.
12. Горюнов В.Г., Жиборев Б.Н., Евдокимов В.В. Причины и признаки мужского бесплодия. – Рязань, 2013. – 234 с.

## Оптимізація допоміжних репродуктивних технологій при чоловічому безплідді

**О.О. Берестовий**

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

Результати досліджень свідчать про ефективність проведення різних програм допоміжних репродуктивних технологій при чоловічому чиннику безпліддя. При цьому використання вдосконаленого нами алгоритму дозволяє підвищити частоту не лише настання вагітності, але й народження живої здорової дитини.

**Ключові слова:** допоміжні репродуктивні технології, безпліддя.

Останніми роками допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) все частіше використовуються в подружніх пар з різними варіантами безпліддя, причому ефективність їх постійно підвищується [1–3]. На сьогодні спостерігається неухильне зростання частки чоловічого чинника в безплідному шлюбі, яка досягає 50–60% [1–3].

Різноманіття чинників, що призводять до чоловічого безпліддя, можливість їх поєднання утруднюють вибір необхідних методів діагностики і лікування. Відновлення репродуктивної функції розтягується в часі і негативно відбивається на ефективності лікування [1–3].

Не дивлячись на значну кількість наукових публікацій з проблеми ДРТ, не можна вважати її повністю вирішеною, особливо в плані тактики ведення пацієнток з чоловічим чинником безпліддя.

**Мета дослідження:** підвищення ефективності лікування порушень репродуктивної функції при чоловічому чиннику безпліддя на основі удосконалення діагностичних і лікувально-профілактичних заходів під час проведення ДРТ.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження було включено 168 пар з чоловічим безпліддям (основна група), при цьому застосування програм ДРТ для лікування безпліддя було обумовлене станом репродуктивного здоров'я чоловіків.

Основна група була розподілена на чотири підгрупи залежно від програми ДРТ, яка проводилася:

- підгрупа 1.1 – штучна інсемінація спермою чоловіка (ШИСЧ) (n=36; 21,4%);
- підгрупа 1.2 – екстракорпоральне запліднення (ЕКЗ) і перенесення ембріонів (ПЕ) (n=53; 31,5%);
- підгрупа 1.3 – ЕКЗ і перенесення ембріонів з технікою ін'єкції сперматозоїда в цитоплазму ооциту (ІКСІ) (n=66; 39,3%);
- підгрупа 1.4 – штучна інсемінація спермою донора (ШИСД) (n=13; 7,7%).

У дослідження було також включено 60 жінок з трубно-перитонеальним чинником безпліддя, які увійшли до контрольної групи для безплідних пар з чоловічим чинником під час проведення програми ЕКЗ і ПЕ.

Серед розподілених безплідних пар по групах проводилося порівняння ефективності результатів лікування чоловічого безпліддя програмами ДРТ, що сприяло вирішенню одного з основних завдань даного дослідження – розробленню алгоритму для вибору оптимальної програми ДРТ, яка забезпечує здобуття кінцевого результату – народження дитини, залежно від ступеня порушень патозооспермії.

Клінічне обстеження чоловіків починали з вивчення клініко-анамнестичних даних. Аналізували історію захворювання, вид безпліддя (первинне або вторинне), попереднє обстеження і лікування. Уточнювали частоту і характер перенесених соматичних, урологічних, інфекційних захворювань, а також різних травм. Звертали увагу на вживання лікарських засобів, здатних негативно вплинути на репродуктивну систему (транквілізатори, антидепресанти, цитостатики). Вивчали сексуальну і еякуляторну функцію.

Клінічне обстеження жінок проводили за загальноприйнятою схемою: оцінювали скарги пацієнток, час їх появи, уточнювали тривалість захворювання. Під час вивчення даних анамнезу аналізували спадковість, характер перенесених інфекційних, соматичних і гінекологічних захворювань, особливості раніше виконаних загальних і гінекологічних оперативних втручань.

У подружніх пар проводили мікробіологічні, ендокринологічні, морфологічні, рентгенологічні, ехографічні і генетичні дослідження.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що при використанні ДРТ у жінок з приводу чоловічого безпліддя встановлені наступні анамнестичні особливості і чинники ризику:

- тривалість чоловічого безпліддя становить  $2,3 \pm 0,2$  року;
- частота соматичної захворюваності досягає 53,4% з переважанням патології травного тракту (21,7%) і захворювань легенів (19,6%);
- рівень перенесених операцій на органах репродуктивної системи становить 72,2%, причому з приводу варикоцеле було прооперовано 34,9% чоловіків; у зв'язку з наявністю пахової грижі – 20,1% і крипторхізму – 7,2% пацієнтів;
- у 34,7% чоловіків фіксували шкідливі звички (куріння та вживання алкоголю) і виробничі шкідливості.

Причини чоловічого безпліддя були встановлені у 47,2% пацієнтів, не встановлені – у 52,8%.

Серед встановлених причин переважали поєднання інфекцій статевих органів із патозооспермією (42,7%), варикоцеле з порушенням сперматогенезу (51,3%), гіпоандрогенія з астено- та олігозооспермією (24,5%).

Середній вік пацієнток, які використовують ДРТ з приводу чоловічого безпліддя, становить  $31,5 \pm 3,1$  року, а серед особливостей репродуктивного анамнезу слід виділити наявність термінових пологів (22,2%), штучні аборти (13,7%) і невиношування (6,7%).

Ефективність штучної інсемінації спермою чоловіка при проведенні ДРТ з приводу чоловічого безпліддя становила 20,4% – настання вагітності і 18,9% – пологи. Ефективність даного варіанту ДРТ залежала від кількості зрілих фолікулів (3–4), числа сперматозоїдів в еякуляті (не менше 5 млн/мл), рівня швидкорухомих сперматозоїдів категорії «а» (більше 5%) і від об'єму введених в порожнину матки сперматозоїдів (1–5 млн.).

За наявності чоловічого безпліддя в подружній парі ефективність екстракорпорального запліднення становила 72,6% – настання вагітності і 57,8% – пологи; при ін'єкції сперматозоїда в цитоплазму ооциту – 10,2 і 7,2%, а при штучній інсемінації спермою донора – 76,9 і 46,2% відповідно.

При використанні вдосконаленого нами алгоритму сумарна ефективність різних варіантів ДРТ за наявності чоловічого безпліддя становила 39,6% у вигляді настання вагітності, яка в 8,3% закінчилася репродуктивними втратами і в 31,3%, – розродженням живою дитиною.

Для практичної охорони здоров'я ми можемо рекомендувати наступне.

При проведенні ДРТ на тлі чоловічого безпліддя необхідно використовувати чотири програми з відповідною частотою:

- штучна інсемінація спермою чоловіка (21,4%);
- екстракорпоральне запліднення і перенесення ембріонів (31,5%);
- екстракорпоральне запліднення і перенесення ембріонів з технікою ін'єкції сперматозоїда в цитоплазму ооциту (39,3%);
- штучна інсемінація спермою донора (7,7%).

Програму штучної інсемінації спермою чоловіка необхідно проводити по вдосконаленому протоколу:

1. Проведення обов'язкової стимуляції овуляції з антиестрогеном і р-ФСГ для досягнення оптимального числа домінуючих фолікулів в кількості не менше трьох.
2. Призначення «овуляторної» дози ХГ 5000 ОД, досягши одного домінуючого фолікула до 21 мм або трьох фолікулів до 18 мм, а також при товщині ендометрія 8 мм.
3. Обробку сперми в градієнті щільності, що дозволяє отримати не менше 1–5 мільйонів рухливих сперматозоїдів для інсемінації.
4. Проведення процедури штучної інсемінації спермою чоловіка через 35–36 год після введення «овуляторної» дози ХГЧ, техніка введення сперми має бути ідентична ембріопереносу.

За відсутності ефекту від проведення програми штучної інсемінації спермою чоловіка при чоловічому чиннику безпліддя показано проведення програми ін'єкції сперматозоїда в цитоплазму ооциту.

З метою контролю за ефективністю різних варіантів ДРТ при чоловічому безплідді необхідно використовувати медико-генетичне консультування, оцінювання ендокринологічного статусу, враховувати наявність хронічного інфікування генітальної та екстрагенітальної локалізації.

## ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать про ефективність використання диференційованого підходу для проведення різних програм допоміжних репродуктивних технологій при чоловічому чиннику безпліддя.

Використання вдосконаленого нами алгоритму дозволяє підвищити частоту не лише настання вагітності, але й народження живої здорової дитини.

## Оптимизация вспомогательных репродуктивных технологий при мужском бесплодии О.А. Берестовой

Результаты проведенных исследований свидетельствуют об эффективности проведения различных программ вспомогательных репродуктивных технологий при мужском факторе бесплодия. Использование усовершенствованного нами алгоритма позволяет повысить не только частоту наступления беременности, но и рождение живого здорового ребенка.

**Ключевые слова:** вспомогательные репродуктивные технологии, бесплодие.

## Optimisation auxiliary reproductive technologies at man's barrenness O.A. Berestoviy

Results of the spent researches testify to efficiency of carrying out of various programs of auxiliary reproductive technologies at the man's factor of barrenness. Use of the algorithm improved by us allows to raise not only frequency of approach of pregnancy, but also a birth of the live healthy child.

**Key words:** auxiliary reproductive technologies, barrenness.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бесплодный брак: Руководство для врачей / ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 611 с.
2. Богатырева Р.В., Иркина Т.К. Репродуктивное здоровье и планирование семьи: социально-медицинские аспекты: Руководство для врачей. – К.: ИЦ «Семья», 2011. – С. 5–8.
3. Вовк І.Б., Корнацька А.Г. Корекція гормональних порушень при поєднаних формах неплідності // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2013. – № 4. – С. 147–149.

**Тези науково-практичного семінару  
у форматі телемосту  
«МІЖНАРОДНІ ТА ВІТЧИЗНЯНІ  
СТАНДАРТИ НАДАННЯ  
ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ»**

*12 вересня 2019 року,  
КИЇВ–ОДЕСА–МИКОЛАЇВ–ХЕРСОН*

**Невдалі спроби допоміжних репродуктивних технологій  
у жінок з першим медичним абортom в анамнезі**

**С.М. Бакшеєв**

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

Результати проведених досліджень свідчать, що основними причинами невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) є тривале безпліддя, неодноразові оперативні втручання на органах малого таза, значна кількість внутрішньоматкових операцій, наявність ендометріозу і високий інфекційний індекс. Окрім цього, тривале і невдале лікування безпліддя само по собі є негативним чинником, що посилює існуючі порушення. Ці чинники ризику спричинюють зрив адаптаційно-гомеостатичних резервів організму, хронізацію запалення, посилення анатомо-функціональних дефектів репродуктивної системи, що зі свого боку знижує репродуктивний потенціал пацієнток і сприяє невдалим спробам ДРТ.

**Сучасна тактика підготовки до вагітності жінок  
з аутоімунним тиреоїдитом**

**Д.Ю. Берая**

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

Результати даного дослідження продемонстрували, що використовуваний гестаген є високоєфективним контрацептивним препаратом для жінок з аутоімунним тиреоїдитом, що має лікувальний ефект і не має негативного впливу на параметри артеріального тиску і масу тіла. Важливим аспектом є відсутність у цілому істотно-го негативного впливу на параметри гемостазу і рівень гормонів щитоподібної залози. Отримані результати дозволяють рекомендувати гестагенний препарат з метою контрацепції у пацієнток з аутоімунним тиреоїдитом та в якості прегравідарної підготовки.

**Сучасні аспекти допоміжних репродуктивних технологій  
при чоловічому безплідді**

**О.О. Берестовий**

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

Нами встановлено, що програму штучної інсемінації спермою чоловіка необхідно проводити по вдосконаленому протоколу: проведення обов'язкової стимуляції овуляції з антиестрогеном і р-ФСГ для досягнення оптимальної кількості домінуючих фолікулів (не менше трьох); призначення «овуляторної» дози ХГ 5000 ОД, досягши одного домінуючого фолікула до 21 мм або трьох фолікулів до 18 мм, а також при товщині ендометрія 8 мм; обробку сперми в градієнті щільності, що дозволяє отримати не менше 1–5 млн рухливих сперматозоїдів для інсемінації; проведення процедури штучної інсемінації спермою чоловіка через 35–36 год після введення «овуляторної» дози ХГЧ, техніка введення сперми має бути ідентична ембріопереносу.

За відсутності ефекту від проведення програми штучної інсемінації спермою чоловіка при чоловічому чиннику безпліддя, показано проведення програми ін'єкції сперматозоїда в цитоплазму ооциту. З метою контролю за ефективністю різних варіантів ДРТ при чоловічому безплідді необхідно використовувати медико-генетичне консультування, оцінювання ендокринологічного статусу і враховувати наявність хронічного інфікування генітальної та екстрагенітальної локалізації.

Результати проведених досліджень свідчать про ефективність використання диференційованого підходу для проведення різних програм ДРТ при чоловічому чиннику безпліддя. При цьому використання вдосконаленого нами алгоритму дозволяє підвищити частоту не лише настання вагітності, але й народження живої здорової дитини.

### Особливості менструальної функції жінок після органозберігальних операцій на яєчниках

**А.В. Бойко, В.А. Терехов**

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України  
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,  
м. Київ

Нами встановлено, що частота порушень менструальної функції у жінок після операцій на яєчниках обумовлена як порушеннями до операції, так і наслідком оперативного втручання. Значний відсоток змін менструального циклу до операції (46,0% зі зрілою тератомою і 54,0% з простою серозною цистаденомою), згідно з нашими даними, прямо пропорційно корелює з рівнем зміни оваріального резерву. У післяопераційному періоді відмічено збільшення кількості пацієнток з порушенням менструальної функції в 1,3–1,4 разу, частіше після резекції яєчника. Серед усіх видів порушень менструального циклу переважали укорочення циклу та олігоменорея. Отримані дані необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів.

### Тактика лікування порушень менструальної функції у жінок з дифузною дисплазією грудних залоз

**С.Є. Гладенко**

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

Результати проведених досліджень свідчать про необхідність включення в алгоритм діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у жінок з дифузною дисплазією грудних залоз та різними формами ендокринного безпліддя динамічної оцінки стану грудних залоз. При цьому вдосконалені лікувально-профілактичні заходи в пацієнток з недостатністю лютеїнової фази і ановуляцією позитивно впливають на функціональний стан грудних залоз, у тому числі і за наявності початкової патології у вигляді різних форм дифузної дисплазії. Отримані результати є підставою для широкого використання вдосконаленого алгоритму в практичній охороні здоров'я.

### Тактика прогнозування повторних акушерських та перинатальних ускладнень

**Д.О. Говсеєв**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,  
м. Київ  
Міський клінічний пологовий будинок № 5 м. Києва

Проведений клінічний аналіз з урахуванням показників фетоплацентарного гомеостазу у I – на початку II триместрів вагітності дозволив виконати математичну оцінку факторів ризику, на підставі якої виявлено чинники, що підвищують імовірність розвитку гестаційних ускладнень і несприятливого перинатального наслідку. Математичний аналіз для оцінки імовірності розвитку гестаційних ускладнень включав наступні етапи: 1) виявлення залежності між розвитком ускладнень і факторами, що розглядаються; 2) визначення імовірності розвитку ускладнень для кожного із виявлених факторів ризику; 3) прогнозування розвитку ускладнень на підставі сукупності виявлених факторів ризику.

Запропонована бальна вимірювальна система оцінки ризику гестаційних ускладнень дозволяє обґрунтувати доцільність проведення лікувальних заходів у групі ризику. Водночас з цим представлений підхід відкриває перспективу виділення контингенту вагітних, які не потребують проведення лікувально-профілактичних заходів, що дозволить запобігти необґрунтованим втручань в гестаційний процес.

### Хірургічне лікування різних форм аденоміозу: клінічні наслідки

**С.Я. Гринчук**

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

Нами встановлено, що хворі з поширеними формами ендометріодної хвороби представляють складний контингент для хірургічного лікування. Оптимальна діагностична тактика дозволяє виявити характер і ступінь ураження ендометріозом і визначити вибір доступу і обсягу хірургічного втручання. Поєднані форми ендометріодної хвороби вимагають участі в операції хірурга та уролога. З урахуванням можливих інтра- і післяопераційних ускладнень ця категорія хворих підлягає ретельному моніторингу в ранній післяопераційний період і проведенню протирецивного лікування.

**Перинатальні наслідки при різних варіантах патології пуповини****С.О. Добарін**Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,  
м. Київ

Нами встановлено, що багаторазове обвиття пуповиною шії плода є чинником ризику розвитку плацентарної дисфункції, що значною мірою обумовлює високий рівень перинатальної захворюваності і смертності. З метою поліпшення перинатальних результатів розродження необхідне адекватне оцінювання найбільш інформативних клініко-функціональних і лабораторних показників, на підставі чого можливий вибір правильної тактики ведення III триместра вагітності і раціонального методу розродження. Вагітні з багаторазовим обвиттям пуповиною шії плода відносяться до групи високого перинатального ризику, що вимагає обов'язкового скринінгового трьохетапного обстеження з 34 тиж вагітності (ехографія, доплерометрія і кардіотокографія). При багаторазовому обвитті пуповиною шії плода у поєднанні з високою локалізацією плаценти і наявністю плацентарної дисфункції необхідно виконати плановий кесарів розтин. В інших випадках може плануватися розродження через природні пологові шляхи під кардіомоніторним контролем. При наростанні ознак плацентарної дисфункції (за даними кардіотокографії) та в разі розвитку аномалій пологової діяльності необхідно виконати екстрений кесарів розтин.

**Сучасна тактика ведення передчасних пологів при вилітті навколоплідних вод****Н.В. Домакова**

Одеський національний медичний університет

Нами встановлено, що у вагітних з передчасним відходженням навколоплідних вод чинником ризику, який передує передчасному розриву плодових оболонок, є наявність в анамнезі самовільних і штучних абортів, ускладнений перебіг вагітності та пологів, порушення біоценозу піхви, патологія ендометрія. Провідною мотивацією консервативного ведення вагітності є зниження частоти респіраторного дистрес-синдрому та збільшення виживання новонароджених з низькою та дуже низькою масою тіла. Чим довше безводний період, тим вище ризик виживання недоношених дітей за умови відсутності інфікування матері та плоду. Найбільш частим ускладненням при очікуваній тактиці пологів з передчасним розривом плодових оболонок, є хоріоамніоніт. Підвищення частоти застосування штучної вентиляції легень при очікувальній тактиці ведення вагітності та пологів пов'язано з розвитком внутрішньоутробної пневмонії. Отже, в більшості випадків, очікувальну тактику при малих термінах вагітності (до 33–34 тиж) належить вважати виправданою.

**Поєднання гіперпластичних процесів та поліпів ендометрія у жінок репродуктивного віку****О.К. Ігнатьєва**Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,  
м. Київ

Результати проведених досліджень свідчать, що у пацієнок з поєднанням гіперплазії ендометрія і хронічного ендометриу та з реактивною гіперплазією порівняно з гіперплазією без атипії і з атипією спостерігається більш ранній початок і вираженість клінічних симптомів захворювання, тривалість яких перевищує два роки. У жінок з простою і складною типовою і атиповою гіперплазією зв'язок між морфологічним варіантом патологічного процесу і патогномонічною клінічною симптоматикою відсутній. У структурі супутніх захворювань у пацієнок з наявністю хронічного ендометриу переважають (порівняно з гіперплазією без атипії і з атипією) запальні процеси органів малого таза, доброякісні захворювання шийки матки, гіперпластичні процеси ендометрія, що свідчить про виражений системний характер патології. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у жінок з гіперпластичними процесами ендометрія, у тому числі і на тлі хронічного ендометриу.

**Особливості гестаційного періоду у жінок із апоплексією яєчника в анамнезі****О.М. Іщак**Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,  
м. Київ

Результати проведених наукових досліджень свідчать, що вагітність і пологи у жінок, які перенесли апоплексію яєчника, є досить актуальним науковим завданням. При цьому у вагітних цієї групи, особливо після допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), розвивається плацентарна дисфункція поєданого генезу (порушення мікроциркуляції та ендокринна недостатність), основні ехографічні прояви якої розпочинаються з 18–20 тиж і прогресивно збільшуються до розродження. Високий рівень акушерської і перинатальної патології обумовлений, насамперед, порушеннями в системі мати–плацента–плід, що є причиною високої частоти абдомінального розродження. Для розроблення алгоритму ведення цих пацієнок необхідно враховувати не лише сам факт перенесеної апоплексії яєчника, але й те, як вона настала – самостійно або після ДРТ. Тактика ведення таких пацієнок на усіх етапах має бути індивідуалізована з урахуванням результатів клініко-функціональних, ендокринологічних, імунологічних і мікробіологічних методів дослідження.

### Шляхи зниження перинатальної патології при ретрохоріальних гематомах

**В.В. Козаченко**

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

Використання удосконаленого нами алгоритму ведення жінок із ретрохоріальними гематомами дозволяє знизити частоту ранніх репродуктивних втрат (з 25,0% до 10,0%), покращує перинатальні результати (відсутність випадків перинатальних втрат у проспективних дослідженнях і 40,0% у ретроспективних, зменшення перинатальної захворюваності – з 30,0% до 15,6%), а також сприяє пролонгуванню вагітності. Результати проведених досліджень свідчать, що профілактика перинатальної патології в жінок із ретрохоріальними гематомами повинна мати комплексний поетапний характер з урахуванням результатів клінічних і додаткових методів досліджень, а також на підставі впровадження удосконаленого нами алгоритму.

### Особливості сексуальних та урогенітальних розладів у жінок із надмірною масою тіла після гістеректомії

**В.В. Костіков**

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

Нами встановлено, що гістеректомія у жінок із надмірною масою тіла сприяє розвитку сексуальних та урогінекологічних проблем, причому їх прогресування спостерігається зі збільшенням тривалості післяопераційного періоду і розширенням об'єму оперативного втручання (субтотальна або тотальна гістеректомія). Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення комплексу реабілітаційних заходів для у жінок із надмірною масою тіла та перенесеною в анамнезі гістеректомією.

### Сучасні фактори ризику дифузної дисплазії грудних залоз у жінок перименопаузального віку

**О.Ю. Крук**

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Результати логістичної регресії засвідчили, що обтяжена спадковість щодо злоякісних пухлин підвищує ризик розвитку проліферації в 86 разів, порушення менструального циклу – в 53,5 разу, наявність супутньої генітальної патології – в 48,2 разу. Слід звернути увагу, що наявність міоми матки підвищує ризик

розвитку проліферативних порушень в 14,4 разу, тоді як наявність ізольованого внутрішнього ендометріозу не є значимим чинником ризику. Іншими чинниками, що збільшують вірогідність розвитку проліферативних змін у грудних залозах у пацієнок з дифузною дисплазією грудних залоз, згідно з даними багатьох досліджень, є гіпопрогестеронемія, гіперестрогенемія, міома матки, раннє менархе, пізня вагітність, паління, численні аборти (понад трьох), травма грудної залози і стрес.

Отримані нами результати співпадають з даними сучасної літератури і свідчать, що провідними чинниками ризику розвитку дифузної дисплазії грудних залоз у жінок перименопаузального віку є обтяжена спадковість щодо злоякісних новоутворень, порушення менструальної функції, гіпопрогестеронемія, гіперестрогенемія, міома матки, раннє менархе, пізня вагітність, паління, більше трьох артифіційних абортів, травма грудної залози і стрес. Отримані результати необхідно використати під час розроблення комплексу діагностичних заходів, а також при прогнозуванні даної патології.

### Профілактика непланованої вагітності у жінок із бактеріальним вагінозом

**С.А. Пандей**

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

Результати проведених досліджень продемонстрували, що використання контрацепції у пацієнок з бактеріальним вагінозом має носити комплексний характер з урахуванням усіх ланок етіопатогенетичних змін. Поєднане використання гормональних контрацептивів з лікувальними заходами (корекція мікробіоценозу статевих шляхів і кишечника) дозволяє забезпечити не лише високий контрацептивний ефект, але й профілакувати рецидивування бактеріального вагінозу. Це дозволяє рекомендувати запропоновану методику для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

### Сучасні аспекти різних форм апоплексії яєчника

**П.М. Патій**

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

Результати проведених досліджень свідчать, що єдиною значимою відмінністю між двома досліджуваними групами був показник тривалості оперативного втручання ( $p < 0,05$ ). Оперативні втручання були майже в 1,5 разу тривалішими в другій групі хворих, гемостаз яким здійснювався за допомогою накладення швів на яєчник. Під час аналізу цифрових записів оперативного втру-

чання визначили, що причиною збільшення його тривалості був сам етап гемостазу, який передбачав у 100% вилущування кісти і накладення одного або декількох швів на рану яєчника. Тривалість етапу зростала внаслідок того, що лапароскопічне накладення швів, особливо з інтракорпоральним зав'язуванням вузлів, є досить трудомісткою процедурою. Жодних значущих відмінностей між групами в середньому об'ємі крововтрати, частоті поєднаних операцій, післяопераційному веденні, перебігу післяопераційного періоду і тривалості перебування в стаціонарі виявлено не було.

### **Особливості прогнозування наслідків розродження жінок після допоміжних репродуктивних технологій**

**Я.А. Рубан**

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

Отримані результати дозволили сформулювати комплекс правил прогнозу плацентарної дисфункції (ПД) та затримки розвитку плода (ЗРП) при одноплідній вагітності після допоміжних репродуктивних технологій на підставі параметрів ультразвукового і гемостазіологічного досліджень. Розрахунок вірогідності ПД та ЗРП здійснювали індивідуально для кожного тижня вагітності з 6-го по 17-й включно. У процесі дослідження використовували запропонований спосіб, інформативний для даного терміну маркерів. Застосування розробленого комплексу правил дозволило ефективно прогнозувати ПД та ЗРП до появи її клінічних проявів і своєчасно застосовувати заходи профілактики даного ускладнення вагітності. Отримані результати дають нам право рекомендувати розроблену методiku для застосування в практичній охороні здоров'я.

### **Особливості діагностики гіперпластичних процесів матки в постменопаузальний період**

**Ю.М. Садигов**

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

Результати дослідження свідчать, що найбільшу достовірність діагностики поєднаної патології матки у хворих постменопаузального віку (97,3%) вдалося досягти послідовним застосуванням декількох методів, тоді як кожен з них окремо міг давати діагностичні помилки. Підтвердженням високої діагностичної цінності подібного алгоритму стала значна частка збігів клінічного і морфологічного діагнозу у прооперованих пацієнток. Крім того, в алгоритм обстеження хворих даної групи, враховуючи безперечну синхронність розвитку проліферативних процесів ста-

тевої сфери жінки, необхідно включати адекватне ендоскопічне обстеження ендометрію та екзоцервікса.

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 пацієнток.

### **Локальні деструктивні методи лікування передракової патології шийки матки**

**Є.І. Соколова**

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

Єдиного міжнародного стандарту лікування ВПЛ-асоційованої передракової патології шийки матки на сьогодні немає. Проводяться пошуки найбільш ефективних недорогих, малотравматичних і безпечних методів лікування. В офіційних інструкціях лікування папіломавірусної інфекції поки включені загалом деструктивні методи, але вони не завжди ефективні і супроводжуються рецидивами й навіть різкою маніфестацією процесу.

Принципи комплексного лікування клінічної форми ВПЛ-інфекції полягають насамперед у деструкції вогнищ ураження, стимуляції протівірусного імунітету, усуненні чинників ризику, які сприяють рецидивам захворювання.

Нами запропонований комплексний поетапний метод лікування передракових захворювань шийки матки, асоційованих з вірусом папіломи людини, із застосуванням радіохвильової хірургії, який дозволяє знизити частоту ускладнень і рецидивів захворювань шийки матки, прискорити терміни епітелізації післяопераційної рани і, тим самим, підвищити ефективність лікування до 95%.



УДК 618.173-036.8-02:616.1/7-036-08

## Особливості менеджменту періоду менопаузального переходу у жінок з екстрагенітальною патологією

*В.І. Пирогова, Х.В. Козак*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

Підвищення якості життя жінок у пери- та постменопаузі, профілактика серцево-судинних захворювань, метаболічних порушень і остеопорозу – актуальні проблеми сучасної медицини в усіх країнах світу, незалежно від рівня економічного розвитку. Впровадження системи персоналізованого менеджменту якості життя жінок з патологічним клімактерієм як комплексу діагностичних і диференційованих лікувально-профілактичних заходів сприятиме підвищенню якості життя пацієнток у період менопаузального переходу.

**Мета дослідження:** оцінювання клініко-лабораторної ефективності диференційованих підходів до менеджменту жінок з екстрагенітальною патологією в період менопаузального переходу.

**Матеріали та методи.** У дослідженні взяли участь 120 жінок віком від 42 до 50 років з наявністю патологічного і фізіологічного клімактерію.

Ступінь тяжкості клімактеричного синдрому оцінювали за модифікованим менопаузальним індексом. Під час дослідження використовували клініко-анамнестичний, антропометричний, імуногістохімічний, цитологічний, бактеріоскопічний, ультразвуковий, анкетний методи. Залежно від вираженості симптомкомплексу менопаузальних порушень були розроблені диференційовані лікувально-профілактичні комплекси.

**Результати.** У середньому на одну жінку припадало 2,2 екстрагенітальних захворювання. У частині жінок досліджуваної когорти разом із наявністю перименопаузи були виявлені преддіабет (7,5%), метаболічний синдром (12,5%), дисліпідемія (15,8%). Серед гінекологічної патології фіксували міому матки (20,0%), дифузну форму фіброзно-кістозної мастопатії (32,5%), генітальний ендометріоз (12,5%), аденоміоз матки (10,8%), порушення менструального циклу. Пацієнтки скаржилися на приливи жару (87,5%), нічну пітливість (84,2%), головний біль (57,5%), депресію (65,8%), дратівливість (77,5%), когнітивні порушення (15,8%), порушення сну (55,8%), серцебиття (30,8%), емоційну лабільність (39,2%).

У 49,2% пацієнток був виявлений дефіцит магнію, у 22,5% – важкий дефіцит вітаміну D, у 39,2% – дефіцит вітаміну D, субоптимальний рівень – у 38,3% жінок.

**Заключення.** Найбільш швидкого терапевтичного ефекту у пацієнток з клімактеричними розладами дозволяє досягти застосування комбінованої менопаузальної гормональної терапії. Купірування нейровегетативних та психоемоційних по-

рушень при застосуванні фітоестрогенів і вітамінно-мінеральних комплексів у жінок з протипоказаннями до менопаузальної гормональної терапії досягається протягом 6 міс терапії.

**Ключові слова:** менопаузальний перехід, клімактеричний синдром, дефіцит вітаміну D, менопаузальна гормональна терапія, екстрагенітальна патологія, фітоестрогени.

Репродуктивне старіння, яке є невід'ємною частиною загального старіння організму, у жінок маніфестує сильніше інших проявів цього процесу і водночас відображає проблеми зі здоров'ям у цілому. Перехід до інфертильного статусу репродуктивної системи пов'язаний з погіршенням якості життя і початком формування хронічних захворювань [4, 8].

Підвищення якості життя жінок в пери- та постменопаузі, профілактика серцево-судинних захворювань, метаболічних порушень і остеопорозу є актуальними проблемами сучасної медицини в усіх країнах світу, незалежно від рівня економічного розвитку [3, 5].

Менопаузальний перехід, незалежно від віку жінки, визначається з моменту збільшення варіабельності менструального циклу, коли найдовший і найкоротший цикли відрізняються за своєю тривалістю (на 7 днів). Поява періодів аменореї більше 60 днів свідчить про настання пізньої стадії перехідного періоду, супроводжується появою перших вазомоторних, психологічних, урогенітальних симптомів дефіциту естрогенів [3, 8].

Клімактеричний синдром розглядається як неадекватна адаптація жіночого організму до вікових змін гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи, функції надниркових залоз і щитоподібної залози, що проявляється порушеннями гомеостазу і вимагає комплексного підходу до ведення даної когорти жінок [1, 2, 6, 7]. Впровадження системи персоналізованого менеджменту якості життя жінок з патологічним клімактерієм як комплексу діагностичних і диференційованих лікувально-профілактичних заходів сприятиме підвищенню якості життя пацієнток у період менопаузального переходу [8].

**Мета дослідження:** оцінювання клініко-лабораторної ефективності диференційованих підходів до менеджменту жінок з екстрагенітальною патологією у період менопаузального переходу.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідженні взяли участь 120 жінок віком від 42 до 50 років з наявністю патологічного і фізіологічного клімактерію.

Ступінь тяжкості клімактеричного синдрому оцінювали за модифікованим менопаузальним індексом, динаміку стану здоров'я жінок визначали через 1, 3 і 6 міс. У процесі дослідження були використані клініко-анамнестичний, антропометричний, імуногістохімічний (визначення рівнів ФСГ і ЛГ, естрадіолу, пролактину, індексу вільних андрогенів у сироватці крові), цитологічний, бактеріоскопічний, ультразвуковий методи.

Для визначення якості життя застосовували загальний опитувальник SF-36, поширеність дефіциту магнію в досліджуваних групах оцінювали за рівнем магнію

( $\leq 0,8$  ммоль/л) у сироватці крові та за оцінкою MDQ ( $\geq 30$  балів). Рівень 25(OH)D у сироватці крові визначали імунохімічним методом з хемілюмінесцентною детекцією (СМА). Оцінювання D-статусу проводили згідно з рекомендаціями експертів, за норму приймали рівень 25(OH)D  $\geq 30$  нг/мл, субоптимальний рівень вітаміну D – 20–29,9 нг/мл, помірний дефіцит – 10–19,9 нг/мл, важкий дефіцит  $< 10$  нг/мл.

Залежно від вираженості симптомокомплексу менопаузальних порушень були розроблені лікувально-профілактичні комплекси. Пацієнткам, у яких менопаузальний перехід перебігав на тлі ожиріння, інсулінорезистентності, метаболічного синдрому, призначали засіб менопаузальної гормональної терапії, який містить 2,0 мг 17 $\beta$ -естрадіолу та 10 мг дидрогестерону. Для пацієнок з протипоказанням до менопаузальної гормональної терапії були розроблені диференційовані лікувально-профілактичні комплекси, до складу яких входили клімактоплан або клімадинон, нутрицевтики і вітамінно-мінеральні комплекси Inversion Femme, Менопейс Овіджинал, що містять фітоестрогени і речовини, які сприяють підтримці синтезу власних естрогенів. 129

Клімактоплан є комплексним препаратом, який нормалізує функціональний стан центральної нервової системи, коригує діяльність серцево-судинної й ендокринної систем. У разі підтвердженого дефіциту магнію до комплексу включали препарат Магній В6. Усі комплекси передбачали вживання холекальциферолу в диференційованій дозі залежно від рівня 25(OH) D у сироватці крові.

Усі учасниці дослідження отримали консультацію суміжних спеціалістів з подальшим призначенням персоналізованої медикаментозної корекції виявленої патології.

Статистичне оброблення результатів дослідження проводили з використанням стандартного пакета програм Microsoft Office 2010 (Microsoft Excel) та Statistica for Windows 6.0. Відмінності вважали статистично значущими при  $p < 0,05$ .

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Серед екстрагенітальних захворювань у пацієнок обстеженої когорти зафіксовано:

- хронічне обструктивне захворювання легень – ХОЗЛ – у 17 (14,2%) осіб,
- захворювання щитоподібної залози – у 34 (28,3%),
- надмірна маса тіла – у 37 (30,8%),
- ожиріння I і II ступеня – у 45 (37,5%),
- хронічний гастрит, холецистит – у 33 (27,5%),
- артеріальна гіпертензія – у 25 (20,8%),
- хронічний пієлонефрит – у 15 (12,5%),
- синдром подразненого кишечника – у 37 (30,8%),
- анемія – у 17 (14,2%).

У середньому на одну жінку припадало 2,2 екстрагенітальних захворювання. Екстрагенітальна патологія в більшості випадків (84,2%) була діагностована до менопаузального переходу. У 9 (7,5%) жінок досліджуваної когорти разом із наявністю перименопаузи виявлено преддіабет, у 15 (12,5%) – метаболічний синдром, у 19 (15,8%) – дисліпідемію. Соматична патологія погіршує адаптаційні можливості організму, послаблює компенсаторно-приспосувальні механізми, що сприяє розвитку та посиленню вираженості клінічних проявів клімактеричного синдрому.

Серед гінекологічної патології в обстеженій когорті виявили міому матки – у 24 (20,0%) пацієнок, дифузну форму фіброзно-кістозної мастопатії – у 39 (32,5%), генітальний ендометріоз – у 15 (12,5%), аденоміоз матки – у 13 (10,8%). В усіх пацієнок зафіксовано порушення менструального циклу.

Під час первинного звернення пацієнтки скаржилися на приливи жару – 105 (87,5%), нічну пітливість – 101 (84,2%), головний біль – 69 (57,5%), депресію – 79 (65,8%), дратівливість – 93 (77,5%), забудькуватість – 53 (44,2%), когнітивні порушення – 19 (15,8%), порушення сну – 67 (55,8%), серцебиття – 37 (30,8%), емоційну лабільність – 47 (39,2%) осіб.

Водночас частину симптомів можна було віднести на рахунок дефіциту магнію, який був виявлений у 59 (49,2%) пацієнок: випадання волосся і підвищена крихкість нігтів, слабкість, стомлюваність, хронічний стрес, порушення сну, головний біль. Інтенсивність цих симптомів була вищою саме в групі пацієнок з дефіцитом магнію.

У 27 (22,5%) пацієнок виявлено важкий дефіцит вітаміну D (рівень 25(OH) D у середньому становить  $8,3 \pm 1,1$  нг/мл), у 47 (39,2%) – дефіцит вітаміну D (рівень 25(OH) D у середньому –  $17,8 \pm 3,4$  нг/м), субоптимальний рівень вітаміну D (рівень 25(OH) D у середньому –  $26,5 \pm 2,6$  нг/м) визначали у 46 (38,3%) жінок.

При середній тяжкості клімактеричних порушень вже через 1 міс терапії двофазним препаратом, що містить 17 $\beta$ -естрадіол і дидрогестерон, спостерігалось статистично значуще зниження модифікованого менопаузального індексу.

Усі пацієнтки відзначали з другого місяця вживання запропонованих диференційованих комплексів поліпшення настрою, зникнення плаксивості, занепокоєння, зменшення дратівливості, підвищення працездатності. З нейровегетативних симптомів найбільш «чутливими» до впливу терапії виявилися приливи, менш «чутливими» були головний біль, артеріальна гіпертензія, порушення сну, косметичні зміни, вираженість яких статистично значущо знизилася тільки через 6 міс терапії.

### ВИСНОВКИ

1. Виявлено високу частоту екстрагенітальної патології, дефіциту магнію і вітаміну D у пацієнок у період менопаузального переходу.
2. Найбільш швидкого терапевтичного ефекту у пацієнок з клімактеричними розладами дозволяє досягти застосування комбінованої менопаузальної гормональної терапії.
3. Купірування нейровегетативних і психоемоційних порушень при застосуванні фітоестрогенів і вітамінно-мінеральних комплексів у жінок з протипоказаннями до менопаузальної гормональної терапії досягається протягом 6 міс терапії.

### Особенности менеджмента периода менопаузального перехода у женщин с экстрагенитальной патологией В.И. Пирогова, Х.В. Козак

Повышение качества жизни в пери- и постменопаузе, профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, метаболических нарушений и остеопороза – актуальные проблемы современной медицины во всех странах мира, независимо от уровня экономического развития.

Внедрение системы персонализированного менеджмента качества жизни с патологическим климактерием как комплекса диагностических и дифференцированных лечебно-профилактических мероприятий будет способствовать повышению качества жизни пациенток в период менопаузального перехода.

**Цель исследования:** оценка клинико-лабораторной эффективности дифференцированных подходов к менеджменту женщин с экстрагенитальной патологией в период менопаузального перехода.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 120 женщин в возрасте от 42 до 50 лет с наличием патологического и физиологического климактерия.

Степень тяжести климактерического синдрома оценивали по модифицированному менопаузальному индексу. В процессе исследования использовали клинико-anamnestический, антропометрический, иммуногистохимический, цитологический, бактериоскопический, ультразвуковой, анкетный методы. В зависимости от выраженности симптомокомплекса менопаузальных нарушений были разработаны дифференцированные лечебно-профилактические комплексы.

**Результаты.** В среднем на одну женщину приходилось 2,2 экстрагенитальных заболевания. У некоторых женщин исследуемой когорты наряду с наличием перименопаузы были диагностированы преддиабет (7,5%), метаболический синдром (12,5%), дислипидемия (15,8%). Среди гинекологической патологии фиксировали миому матки (20,0%), диффузную форму фиброзно-кистозной мастопатии (32,5%), генитальный эндометриоз (12,5%), аденомиоз матки (10,8%), нарушение менструального цикла. Пациентки предъявляли жалобы на приливы жара (87,5%), ночную потливость (84,2%), головную боль (57,5%), депрессию (65,8%), раздражительность (77,5%), когнитивные нарушения (15,8%), нарушение сна (55,8%), сердцебиение (30,8%), эмоциональную лабильность (39,2%).

У 49,2% пациенток был выявлен дефицит магния, у 22,5% – тяжелый дефицит витамина D, у 39,2% – дефицит витамина D, субоптимальный уровень – у 38,3% женщин.

**Заключение.** Наиболее быстрому терапевтическому эффекту у пациенток с климактерическими расстройствами способствует применение комбинированной менопаузальной гормональной терапии. Купирование нейровегетативных и психоэмоциональных нарушений при применении фитоэстрогенов и витаминно-минеральных комплексов у женщин с противопоказаниями к менопаузальной гормональной терапии достигается в течение 6 мес терапии.

**Ключевые слова:** менопаузальный переход, климактерический синдром, дефицит витамина D, менопаузальная гормональная терапия, экстрагенитальная патология, фитоэстрогены.

### Features of menopausal transition period management in women with extragenital pathology V.I. Pyrohova, Kh.V. Kozak

Improving the quality of life in peri- and postmenopausal women, prevention of cardiovascular diseases, metabolic disorders and osteoporosis are urgent problems of modern medicine in all countries of the world, regardless of the level of economic development. The introduction of a personalized management system for the quality of life with pathological menopause as a complex of diagnostic and differentiated therapeutic and prophylactic measures will help improve the quality of life of patients during the menopausal transition.

**The objective:** is to evaluate the clinical and laboratory effectiveness of differentiated approaches to the management of women with extragenital pathology during the menopausal transition.

**Materials and methods.** The study involved 120 women aged 42 to 50 years with the presence of pathological and physiological menopause.

The severity of the climacteric syndrome was assessed by the modified menopausal index. The study used clinical-anamnestic, anthropometric, immunohistochemical, cytological, bacterioscopic, ultrasound, questionnaire methods. Depending on the severity of the symptom complex of menopausal disorders, differentiated treatment-and-prophylactic complexes were developed.

**Results.** On average, there were 2.2 extragenital diseases per woman. In some of the women in the study cohort, along with the presence of perimenopause, prediabetes (7.5%), metabolic syndrome (12.5%), and dyslipidemia (15.8%) were diagnosed. Among gynecological pathologies, uterine myoma (20.0%), diffuse form of fibrocystic mastopathy (32.5%), genital endometriosis (12.5%), uterine adenomyosis (10.8%), irregularity of the menstrual cycle were observed. Patients complained of hot flashes (87.5%), night sweats (84.2%), headache (57.5%), depression (65.8%), irritability (77.5%), cognitive impairment (15.8%), sleep disturbance (55.8%), palpitations (30.8%), emotional lability (39.2%).

Magnesium deficiency was found in 49.2% of patients, severe vitamin D deficiency was found in 22.5% of patients, vitamin D deficiency in 39.2%, suboptimal level in 38.3% of women.

**Conclusions.** The most rapid therapeutic effect in patients with climacteric disorders can be achieved using combined menopausal hormone therapy. The relief of neurovegetative and psychoemotional disorders with the use of phytoestrogens and vitamin-mineral complexes in women with contraindications to menopausal hormone therapy is achieved within 6 months of therapy.

**Keywords:** menopausal transition, climacteric syndrome, vitamin D deficiency, menopausal hormonal therapy, extragenital pathology, phytoestrogens.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кшнясева С.К., Константинова О.Д. Немедикаментозный подход к лечению климактерического синдрома. Уральский медицинский журнал. 2015; 5: 29-34.
2. Назаренко Е.Г. Магний и женская репродуктивная система. Медицинский совет. 2019; 7: 119-125. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-7-119-125>.
3. Baber R.J., Panay N., Fenton A.; IMS Writing Group. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. Climacteric. 2016; 19(2): 109–50. DOI: 10.3109/13697137.2015.1129166.
4. Barnett K., Mercer S., Norbury M., Watt G., Wyke S., Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. Lancet. 2012; 380(9836): 37–43. DOI: S0140-6736(12) 60240-2.
5. De Villiers T.J., Hall J.E., Pinkerton J.V. et al. Revised global Consensus Statement on Menopausal Hormone Therapy. J. Climacteric. 2016; 19(4): 313–315.
6. Institute of Medicine, Food and Nutrition Board. Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D. Washington, DC: National Academy Press, 2010.
7. Holick M.F., Binkley N.C., Bischoff-Ferrari H.A. et al. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2011; 96(7): 1911-30. doi: 10.1210/jc.2011-0385.
8. Practice Bulletin No.141: Management of Menopausal Symptoms. Obstet Gynecol. 2014; 123:202-216.

## Алгоритм інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг на рівень первинної медичної допомоги

*Н.Я. Жилка, О.С. Щербінська*

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

В статті запропоновано обговорення алгоритмів впровадження основних складових функціональної системи інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг на рівень первинної медичної допомоги, як спосіб наближення доступності жіночого населення до якісної акушерсько-гінекологічної допомоги і вирішення проблеми жіночого здоров'я в Україні.

**Ключові слова:** алгоритм інтеграції, акушерсько-гінекологічні послуги, жінки, первинна медична допомога.

**Мета** – висвітлення основних напрямків інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг на рівень первинної медичної допомоги.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Матеріалами дослідження стали чинні нормативно-правові акти України з питань організації акушерсько-гінекологічної допомоги і первинної медичної допомоги та результати попередніх особистих досліджень. При виконанні роботи використано методи контент-аналізу та системного підходу.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЙОГО ОБГОВОРЕННЯ

Детальне вивчення стану здоров'я жіночого населення України за основними його показниками показало, що стан репродуктивного здоров'я жіночого населення є незадовільним, високий рівень поширеності ПСШ та окогінекологічної патології потребує удосконалення організації акушерсько-гінекологічної допомоги, зокрема впровадження його окремих послуг на рівень первинної медичної допомоги шляхом інтеграції означених послуг для наближення їх до жіночого населення.

Впровадження акушерсько-гінекологічних послуг на рівень первинної медичної допомоги потребувало вивчення готовності лікарів загальної практики-сімейної медицини (ЛЗПСМ) надавати окремі види акушерсько-гінекологічної допомоги. За результатами дослідження виявлено:

За результатами дослідження встановлено низький рівень самооцінки ЛЗПСМ особистих теоретичних компетенцій з питань акушерства та гінекології. Так, особистий рівень теоретичних знань як незадовільний оцінила наступна част-

ка опитаних ЛЗПСМ: 46,16±2,5 % – з проведення сринінгу візуальних форм онкологічних захворювань, 55,08±2,5 % – з питань діагностики і лікування гінекологічних захворювань, 45,40±2,5 % – з питань діагностики і тактики дій при фізіологічній вагітності, 64,32±2,4 % – з питань діагностики і тактики дій при ускладненій вагітності, 50,23±2,5 % – з питань діагностики і тактики дій в післяпологовому періоді, 47,70±2,5 % – щодо діагностики і тактики дій при інфекціях, що передаються статевим шляхом. А готовність показали лише 7,76± 1,3%, 3,68 ±0,9 %, 5,99 ±1,2 %, 1,61±0,6 %, 4,38±1,0 %, 5,67±1,1 % відповідно. Тобто менше 8 % в середньому ЛЗПСМ готові до надання акушерсько-гінекологічної допомоги.

Ураховуючи наведене, запропоновані алгоритми інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги на рівень первинної медичної допомоги, що потребує підготовки системи ПМД до надання комплексної медичної допомоги жінкам має бути системною за наступним алгоритмом: на державному, галузевому, регіональному рівнях та на рівні центру первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД).

Види медичної допомоги жіночому населенню на первинному рівні медичної допомоги включають: медичні послуги щодо діагностики та лікування гінекологічних захворювань, ведення фізіологічної вагітності та організація спостереження у післяпологовому періоді, планування сім'ї, профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, виявлення передракових та візуальних форм злоякісних новоутворень на ранніх стадіях їх розвитку.

**На державному рівні** можуть застосовуватись мотиваційні механізми; зокрема організація побутових умов проживання ЛЗПСМ, визначені Національною

Таблиця 1

**Рівень самооцінки ЛЗПСМ особистих теоретичних компетенцій  
з питань акушерства та гінекології, %**

Компетенції	1	2	3	4
Скринінг візуальних форм онкогінекологічної патології	7,76±1,3	22,58±2,1	23,50±2,1	46,16±2,5
Діагностика та лікування гінекологічних хвороб	3,68±0,9	19,35±2,0	21,89±2,0	55,08±2,5
Ведення фізіологічної вагітності	5,99±1,2	23,96±2,1	24,65±2,2	45,40±2,5
Діагностика і тактика за ускладненого перебігу вагітності	1,61±0,6	15,87±1,8	18,20±1,9	64,32±2,4
Діагностика і тактика ведення післяпологового періоду	4,38±1,0	23,96±2,1	21,43±2,1	50,23±2,5
Діагностики і тактика ведення інфекцій, що передаються статевим шляхом	5,76±1,2	23,73±2,1	22,81±2,1	47,70±2,5

Примітка: 1- відмінно, 2- добре, 3 - задовільно, 4 - недостатньо

службою здоров'я України механізми оплати працівникам первинного рівня оплати за надану акушерсько-гінекологічну допомогу.

**На галузевому рівні** мають бути здійсненні організаційні заходи та прийняті управлінські рішення щодо:

1) нормативного забезпечення впровадження акушерсько-гінекологічних послуг в практику ЛЗПСМ;

2) організації комплексної підготовки ЛЗПСМ та медичних сестер до надання акушерсько-гінекологічних послуг;

3) матеріально-технічне забезпечення сімейних амбулаторій.

Інтеграція акушерсько-гінекологічних послуг потребує внесення відповідних змін до наказу МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» [1] у відповідності медико-технологічних документів з акушерства та гінекології (організаційних технологій, клінічних стандартів та протоколів), щоб послуги відрізнялися безпекою, дієвістю, своєчасністю, ефективністю, соціальною справедливістю і зосередженістю на потребах і інтересах жінок, як рекомендує ВООЗ в «Стандартах підвищення якості медичної допомоги, оказуваної матерям і новонародженим в медичних закладах» [Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities] [2]. Означені критерії ВООЗ рекомендує втілювати через конкретні стандарти якості медичної допомоги жінкам і їх дітям:

**Стандарт 1.** Всім жінкам і новонародженим надаються стандартні і науково обґрунтовані догляд і медична допомога в разі ускладнень під час пологової діяльності, розродження і раннього післяпологового періоду.

**Стандарт 2.** Система інформації з питань охорони здоров'я дозволяє використовувати дані з метою прийняття завчасних і належних заходів щодо підвищення якості медичної допомоги, що надається всім жінкам і новонародженим.

**Стандарт 3.** У разі виявлення захворювання, яке не піддається лікуванню за допомогою наявних ресурсів, жінки і новонароджені переводяться до медичного закладу відповідного профілю.

**Стандарт 4.** Взаємодія з жінками та їхніми родинними носителями носить ефективний характер і враховує їх потреби і переваги.

**Стандарт 5.** Надання медичної допомоги жінкам і новонародженим носить важливий характер і передбачає захист їх гідності.

**Стандарт 6.** Всім жінкам і членам їх сімей надається необхідна емоційна підтримка, яка враховує їх потреби і спрямована на розширення прав і можливостей жінок.

**Стандарт 7.** Всім жінкам і новонародженим на постійній основі надаються послуги компетентних і зацікавлених фахівців, які забезпечують медичну допомогу і лікування ускладнень.

**Стандарт 8.** У медичному закладі є належна фізична інфраструктура, в тому числі повноцінні системи водо-, енергопостачання та санітарії, а також лікарські засоби, витратні матеріали та обладнання, необхідні для проведення стандартних процедур медичної допомоги для матерів і новонароджених і лікування ускладнень.

Нормативи організації акушерсько-гінекологічної допомоги дітям та підліткам в рамках інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги на рівень ПМД мають бути конфіденційними та включати консультування з питань формування безпечної поведінки, відповідального ставлення до формування репродуктивного здоров'я, профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів; заохочення до ЗСЖ: правильного харчування з метою профілактики ожиріння, фізичної активності, профілактика тютюнопаління, вживання алкоголю, наркотиків; інформування, консультування з питань статевого виховання: профілактика насильницьких, незахищених (профілактика небажаної вагітності та ІПСШ), дошлюбних, статевого стосунків, забезпечення інформацією з питань сексуального та репродуктивного здоров'я, а також контрацепції; забезпечення психосоціальної підтримки, психічного здоров'я в критичних для підлітка ситуаціях (ІПСШ, ВІЛ, непланована вагітність); профілактика, виявлення та лікування інфекційних і неінфекційних захворювань, ІПСШ, інших інфекцій? репродуктивного тракту, в т.ч. ВІЛ, туберкульозу, сифілісу; консультування з попередження та боротьби з гендерним та домашнім насильством; проведення вакцинації проти вірусу папіломи людини, вірусного гепатиту В, дифтерії, правця, краснухи та кору; профілактика, виявлення та лікування залізодефіцитної анемії; консультування батьків щодо необхідних заходів для корекції поведінкових розладів у підлітків та надання інформації щодо можливості звернення до «Клінік, дружних до молоді».

Лікарі ЗПСМ мають здійснювати виявлення жінок з групи ризику щодо небажаної вагітності (жінок, які зловживають алкоголем, наркотичними та психоактивними речовинами) для проактивного забезпечення їх засобами контрацепції за їхньою згодою.

Організація підготовки до вагітності щодо моніторингу особистого календаря щеплень, заходів з профілактики вродженої та спадкової патології (профілактика ІПСШ, прийом фолієвої кислоти, модифікація факторів ризику (харчування, ожиріння, куріння, вживання алкоголю, психічне здоров'я, вплив факторів навколишнього середовища), профілактика невиношування (визначенням та призначенням віт. Д, виявлення тромбофілічних розладів та гормональних розладів), скринінг та профілактика раку шийки матки і раку молочної залози.

Спостереження ЛЗПСМ за перебігом вагітності у разі її фізіологічного перебігу та побудова удосконаленого маршруту вагітної та роділлі, передбачає здійснення активного патронажу ЛЗПСМ 1 раз на 2 тижні для моніторингу виконання призначень лікаря-акушера-гінеколога (за телефоном та шляхом активного патронажу). Удосконалення організаційних та лікувально-діагностичних акушерсько-гінекологічних технологій у напрямку попередження тяжких ускладнень перебігу вагітності передбачає, зокрема проведення пренатального скринінгу, профілактики еклампсії, вродженого ВІЛ, сифілісу та гепатитів, та ятрогенних акушерських втручань; спостереження за жінкою у післяпологовому періоді та новонародженим.

Організація комплексної підготовки ЛЗПСМ та медичних сестер до надання акушерсько-гінекологічних послуг, потребує розробки та затвердження стратегії

безперервного професійного розвитку, яка включає програми, форми, бази, терміни підготовки. Впровадження стратегії вимагає уніфікованого методичного підходу із забезпеченням необхідними інформаційними матеріалами.

Підготовка ЛЗПСМ та медичних сестер в галузі сімейної медицини із зазначеного питання в закладах післядипломної освіти потребуватиме зусиль в короткий термін і з мінімальними затратами. До прикладу, на замовлення МОЗ України в провідних закладах післядипломної медичної освіти за розробленими і затвердженими програмами проводиться теоретична і практична підготовка тренерів для всіх регіонів України з кожного напрямку медичної допомоги та регулярна їх участь у тематичних семінарах та тренінгах на галузевому рівні.

За участю лікарів акушерів-гінекологів, ЛЗП-СМ та організаторів охорони здоров'я мають бути розроблені пропозиції до таблиць матеріально-технічного оснащення сімейних амбулаторій, впровадження якого забезпечить можливість надавати жінкам комплексну медичну допомогу. Дані пропозиції повинні бути затверджені доповненням до наказу МОЗ України від 08.04.2019 № 797 «Про внесення змін до Примірного таблиць матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу» [3].

**На регіональному рівні** відповідальним за підготовку системи ПМД до надання комплексної медичної допомоги жінкам є орган управління охороною здоров'я обласної/міської державної адміністрації. З метою забезпечення підготовки системи ПМД на рівні регіону до надання комплексної медичної допомоги жінкам має бути розроблена за участю відповідних спеціалістів (організатори охорони здоров'я, ЛЗПСМ, лікарі акушери-гінекологи, представники закладів післядипломної медичної освіти, представники системи громадського здоров'я) та затверджена регіональна комплексна програма. Складовими програми мають стати заходи із забезпечення системи ПМД необхідною матеріально-технічною базою, підвищення рівня теоретичних та практичних компетентностей медичних працівників первинної ланки з питань комплексної медичної допомоги жіночому населенню, запровадження комплексних комунікаційних програм із населенням, розробка механізмів організаційних зв'язків між медичними працівниками ПМД та акушерсько-гінекологічними службами закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги.

Важливою складовою заходів регіонального рівня є створення реєстру медичних працівників первинного рівня надання медичної допомоги - ЛЗПСМ та медичних сестер в галузі сімейної медицини з регулярним його поповненням. На базі обласного тренінгового центру розробляється графік тренінгів для медичних працівників ПМД щодо набуття компетенцій з акушерсько-гінекологічних послуг. Наступною потребою стає визначення практичної бази з проведення тренінгів, що забезпечить відпрацювання практичних навичок - спеціалізовані заклади охорони здоров'я не тільки в адміністративному центрі регіону, а й на його адміністративних територіях. Це наблизить місце проведення занять до місця проживання слухачів і розподілить навантаження за закладами охорони здоров'я.

**На рівні закладу охорони здоров'я** проводиться детальне вивчення, аналіз та прогнозування:

Показників чисельності жіночого населення та стану його здоров'я і потреби в медичній допомозі.

Визначення рівня готовності жіночого населення отримувати медичну допомогу у ЛЗПСМ, причин відмови та організація роботи з усунення причини невмотивованості до цього.

Моніторинг та аналіз недоліків в питаннях надання медичної допомоги жінкам з послідуочим навчанням з метою унеможливити їх повторення.

## ВИСНОВКИ

Запровадження рекомендованих заходів буде забезпечувати більш ефективній інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг на первинний рівень надання медичної допомоги та підвищення рівня її доступності.

### Алгоритм интеграции акушерско-гинекологических услуг на уровень первичной медицинской помощи Н.Я. Жилка, Е.С.Щербинская

В статье предложен обсуждения алгоритмов внедрения основных составляющих функциональной системы интеграции акушерско-гинекологических услуг на уровень первичной медицинской помощи, как способ приближения доступности женского населения к качественной акушерско-гинекологической помощи и решение проблемы женского здоровья в Украине.

**Ключевые слова:** алгоритм интеграции, акушерско-гинекологические услуги, женщины, первичная медицинская помощь.

### Algorithm for integration of obstetric and gynecological services at the level of primary care N. Ya. Zhilka, O. S. Shcherbinska

The article proposes a discussion of algorithms for implementing the main components of the functional system of integration of obstetric and gynecological services at the level of primary health care, as a way to bring women's access to quality obstetric and gynecological care and solve women's health in Ukraine.

**Key words:** integration algorithm, obstetric and gynecological services, women, primary care.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги».
2. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. WHO. 2015.
3. Наказ МОЗ України від 08.04.2019 № 797 «Про внесення змін до Примірного таблиць матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу».

**Наукове видання**  
**ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ**  
**СПІВРОБІТНИКІВ**  
**НМАПО імені П.Л. ШУПИКА**

**Випуск 36**

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](mailto:nmapo403@ukr.net)

Формат 60x84/16. Папір офсетний. Гарнітура Peterburg  
Обл. видав. арк. – 7,82. Ум.-друк.арк. – 7,12.  
ТОВ «Професіонал-Івент»  
Тел./факс: (044) 257-27-27