



НМАПО

**ім. П.Л. Шупика
МОЗ України**

www.nmapo.edu.ua

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

**Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика
Київ, 2020 р. – 112 с.**

У 39 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. Козинець** – 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 №3 від 11.03.2020 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, 2020

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ імені П.Л. ШУПИКА

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ СПІВРОБІТНИКІВ НМАПО імені П.Л. Шупика

ВИПУСК 39

Київ – 2020

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, 2020; 112 p.**

The 39st 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 № 3, 11.03.2020

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, 2020

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 39

Kyiv – 2020

ЗМІСТ

АКУШЕРСТВО

Вплив нейроендокринної патології та дефіциту маси тіла на клінічний перебіг вагітності <i>О.О. Боженко</i>	8
Профілактика неспроможності тазового дна у жінок із акушерською рановою інфекцією <i>Т.Г. Войток</i>	13
Біофізичний профіль плода і результати лабораторного дослідження амніотичної рідини при обвитті пуповиною <i>С.О. Добарін</i>	16
Вплив різних форм апоплексії яєчників на клінічний перебіг вагітності <i>Е.О. Козуб</i>	22
Вплив ретрохоріальної гематоми у I триместрі на розвиток плацентарної дисфункції у вагітних із варикозною хворобою <i>І.М. Кошова</i>	27
Роль біохімічного скринінгу у II триместрі вагітності у пренатальній діагностиці вроджених вад розвитку і хромосомних аномалій у плода <i>Д.В. Куфльовский</i>	33
Порівняльні аспекти плацентарної дисфункції у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину та консервативної міомектомії <i>С.Л. Чирва</i>	39

ГИНЕКОЛОГІЯ

Сучасні аспекти патогенезу дисплазії грудних залоз із урахуванням стану менструальної функції <i>С.Є. Гладенко</i>	44
Актуальні аспекти ендокринологічного та імунного статусу в жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді <i>О.А. Ковалишин</i>	50
Вплив надмірної маси тіла на стан гемостазу у жінок після гістеректомії <i>В.В. Костіков</i>	58
Поєднання дисплазії грудних залоз та міоми матки у жінок перименопаузального віку: особливості діагностики та лікування <i>О.Ю. Крук, В.А. Шамрай</i>	63
Вплив патології шийки матки на перебіг вагітності <i>Н.В. Машир</i>	67

Прогнозування спайкового процесу після оперативного лікування апоплексії яєчника <i>П.М. Патей</i>	70
Ендоскопічна діагностика та лікування проліферативних процесів ендометрія у жінок у постменопаузі <i>Ю.М. Садигов</i>	75
Актуальні аспекти діагностики ургентних гнійно-запальних захворювань органів малого таза <i>В.А. Терехов</i>	81

БЕЗПЛІДДЯ

Плацентарна дисфункція у жінок після апоплексії яєчника та застосування допоміжних репродуктивних технологій <i>О.М. Іщак</i>	86
Тактика допоміжних репродуктивних технологій у пацієнток після лікування патології шийки матки різними методами <i>І.Ю. Костюк</i>	91
Материнські чинники перинатальної патології та клінічні аспекти перебігу вагітності в жінок із безпліддям в анамнезі <i>А.М. Шлемкевич</i>	97

ТЕЗИ

**науково-практичної школи-семінару у форматі телемосту
«КЛІНІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ В ПРАКТИЦІ АКУШЕРА-ГІНЕКОЛОГА»
17 вересня 2020 року
ІВАНО-ФРАНКІВСЬК – ЧЕРНІВЦІ – УЖГОРОД**

<i>О.О. Боженко</i>	102
<i>Т.Г. Войток</i>	103
<i>С.Є. Гладенко</i>	103
<i>С.О. Добарін</i>	104
<i>О.М. Іщак</i>	105
<i>О.А. Ковалишин</i>	105
<i>Е.О. Козуб</i>	106
<i>В.В. Костіков</i>	106
<i>І.Ю. Костюк</i>	107
<i>І.М. Кошова</i>	107
<i>О.Ю. Крук</i>	108
<i>Д.В. Куфльовский</i>	108
<i>Н.В. Машир</i>	109
<i>П.М. Патей</i>	109
<i>Ю.М. Садигов</i>	110
<i>В.А. Терехов</i>	110
<i>С.Л. Чирва</i>	111

УДК 618.3+618.5:616.43/.45+616.8

Вплив нейроендокринної патології та дефіциту маси тіла на клінічний перебіг вагітності

О.О. Боженко

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

Як показали результати проведених досліджень, вагітність у жінок з нейроендокринною патологією перебігає на тлі межової напруги пристосовних механізмів, що проявляється метаболічними порушеннями у поєднанні з неадекватно високою симпатичною активністю в перебігу всього періоду гестації і характеризує переважання процесів компенсації. Ці розлади формують картину преєклампсії і постійної загрози переривання вагітності. На такому фоні хронічна плацентарна недостатність і гіпоксія плода може посилитися патологічними пологамі і зниженням адаптаційних можливостей новонароджених. Отримані результати необхідно враховувати при розробці комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: вагітність, нейроендокринна патологія, дефіцит маси тіла, ускладнення.

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

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

У сучасній літературі дуже мало робіт, що відображають стан адаптаційних механізмів при ускладненому перебігу вагітності у жінок з різними захворюваннями з позицій їхньої динамічної взаємодії. Адаптація до хронічної хвороби на етапі

вагітності – невід'ємний елемент самої хвороби і індивідуального розвитку людини, у зв'язку з чим формуються унікальні умови вивчення патогенезу захворювання на перехідних етапах.

Мета дослідження: вивчення основних особливостей клінічного перебігу вагітності і пологів у жінок з нейроендокринною патологією та дефіцитом маси тіла.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 100 жінок з нейроендокринною патологією (основна група) і 50 жінок без такої патології (контрольна група). В основній групі були виділені дві підгрупи:

- 1-а підгрупа – 50 жінок з нейроендокринною патологією з надмірною масою тіла;
- 2-а підгрупа – 50 жінок з нейроендокринною патологією і дефіцитом маси тіла.

Середній вік жінок усіх груп був у межах 25–27 років. У реєстрованому шлюбі перебували 68% обстежених, у цивільному – 22%, незаміжні – 10% пацієнток. Першовагітних було 50%, повторновагітних – також 50%, з них що не народжують (медичні аборти, мимовільні викидні) – 26% пацієнток.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що клінічна картина перебігу вагітності у жінок зі зміненою масою тіла відрізнялася на всіх етапах від контрольної групи. І триместр вагітності характеризувався різними патологічними змінами у 92% жінок. Так, ранній токсикоз реєстрували значно частіше у жінок зі зміненою масою тіла порівняно з контрольною групою. Нудота, зрідка блювання, слинотеча, відсутність апетиту, дратівливість і плаксивість протягом I триместра відзначено у 78% жінок з ожирінням і в 70% – з дефіцитом маси тіла. Зниження маси тіла на 1–8 кг фіксували у 54% і 42% пацієнток основних підгруп, що відображає середньотяжкий перебіг токсикозу. Тривалий перебіг раннього токсикозу до 13–15 тиж відзначено у 20% і 26% жінок і, як правило, поєднувався з ознаками загрози переривання вагітності. Загалом загроза невиношування у I триместрі зафіксована в 32% жінок 1-ї підгрупи і в 48% у пацієнток 2-ї підгрупи.

Клінічні прояви погіршення основного захворювання відзначені у кожній третій пацієнтки основної групи. Найчастіше наголошувалися головний і серцевий біль, тривога, неспокійний сон, дратівливість і агресивність, перебої в роботі серця, печія, закрепи, рідше діарея, формування стрій і лабільність артеріального тиску. При цьому 2 (4,0%) пацієнткам з дефіцитом маси тіла було потрібно переривання вагітності у зв'язку з важким перебігом раннього токсикозу (прогресуюче зниження маси тіла, наростання слинотечі і ацетонурії) за відсутності ефекту від лікування.

Загалом поєднання клініки раннього токсикозу і загрози переривання вагітності з проявами основного захворювання характерний для 92% жінок з нейроендокринною патологією у I триместрі гестації.

Під час оцінювання клінічного перебігу II триместра вагітності необхідно відзначити, що значні коливання маси тіла, набряклість кінцівок з початку II три-

местру спостерігали у 64% і 68% вагітних основних підгруп. Клінічна картина преєклампсії легкого ступеня зареєстрована у 26% жінок з ожирінням і в 16% – з дефіцитом маси тіла, причому транзиторна протеїнурія відзначена лише у 4% і 6% жінок в обох підгрупах. Комбінація артеріальної гіпертензії і протеїнурії мала місце у 4% жінок основної групи. Поєднання лабільності маси тіла і артеріальної гіпертензії було найбільш частою формою преєклампсії у II триместрі гестації у вагітних з нейроендокринною патологією. Симптоми загрози переривання виявлені у 36% і 40% жінок основних підгруп і поєднувалися з нестійким і поперечним положенням, тазовим передлежанням у кожній четвертій пацієнтки з ожирінням і в кожній третій з дефіцитом маси тіла.

Клінічна картина погіршення основного захворювання зареєстрована в 12% і в 10% вагітних основних підгруп. На такому фоні у 4% пацієнок 1-ї підгрупи стався пізній викидень з 19–20 тиж. Лише у II триместрі була виявлена транзиторна глюкозурія у 12% жінок з ожирінням і в 4% вагітних з дефіцитом маси тіла. Додаткове обстеження дозволило у всіх виключити цукровий діабет. Клінічна картина перебігу II триместру у вагітних з нейроендокринною патологією характеризувалася поєднанням преєклампсії (з переважанням артеріальної гіпертензії) і підвищеної маткової активності.

У III триместрі гестації клінічні прояви преєклампсії, наростання ступеня тяжкості відзначені у всіх вагітних основних підгруп. Так, у жінок з ожирінням набряки виявлені у 52%, преєклампсія легкого ступеня – у 44%, середнього ступеня – у 8% і важкого – у 4%. У 2-ї підгрупі набряки фіксували у 78%, преєклампсію легкого ступеня – у 20%, середнього ступеня – у 4% пацієнок. Класична триада симптомів (тріада Цангемейстера) спостерігалася в поодиноких випадках (2%). Поєднання лабільності маси тіла, набряків і артеріальної гіпертензії було переважачим проявом преєклампсії на цьому етапі вагітності у жінок з нейроендокринною патологією. На такому фоні клінічну картину загрози передчасних пологів у 2,5 рази частіше реєстрували у жінок з дефіцитом маси тіла (12%) проти 6% – у 1-ї підгрупі.

Нестійке і поперечне положення, тазове передлежання виявляли у кожній третій жінки основної групи. Під час ехографічного оцінювання картина плацентарної недостатності виявлена у 16% жінок 1-ї підгрупи і в 20% вагітних 2-ї підгрупи; помірно багатоводдя – в 10% і 12% жінок відповідно, ознаки гіпоксії плода – по 12% у кожній підгрупі.

На фоні преєклампсії анемія виявлена в 48% і 38% жінок основних підгруп, загострення захворювань травного тракту (гастрит, виразкова хвороба, холецистит) у 12% і 18% пацієнок відповідно, захворювань сечового тракту (цистит, пієлонефрит) в 8% і 6% жінок з нейроендокринною патологією, симфізит – у 8% жінок з ожирінням. Збільшення щитоподібної залози зафіксовано у 90% жінок основної групи, причому переважав 2 ступінь збільшення: 56% – у 1-ї підгрупі і 52% – у 2-ї підгрупі. Ознаки гіпотиреозу виявлені у 20% жінок з ожирінням і в 32% вагітних з дефіцитом маси тіла.

Резюмуючи результати додаткових лабораторних і функціональних методів дослідження необхідно відзначити, що у жінок основної групи на клітинному, системному і міжсистемному рівнях виявлена невідповідність між фізіологічним ха-

рактером подразника (вагітність) і неадекватним, надлишковим реагуванням адаптаційних механізмів в перебігу всього періоду гестації.

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

ВИСНОВКИ

Отже, як показали результати проведених досліджень, вагітність у жінок з нейроендокринною патологією перебігає на тлі граничної напруги пристосовних механізмів, що проявляється метаболічними порушеннями у поєднанні з неадекватно високою симпатичною активністю в перебігу всього періоду гестації і характеризує переважання процесів компенсації.

Ці розлади формують картину преєклампсії і постійної загрози переривання вагітності. На такому фоні хронічна плацентарна недостатність і гіпоксія плода може посилитися патологічними пологами і зниженням адаптаційних можливостей новонароджених.

Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Влияние нейроэндокринной патологии и дефицита массы тела на клиническое течение беременности О.О. Боженко

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

Ключевые слова: беременность, нейроэндокринная патология, дефицит массы тела, осложнения.

Influence of neuroendocrinological pathology and limiting mass of body is on clinical motion of pregnancy
О.О. Bozhenko

As have shown results of the lead researches, pregnancy at women with neuroendocrinological a pathology proceeds on a background of a limiting pressure of the adaptive mechanisms shown by metabolic infringements in a combination to inadequately high sympathetic activity during all period gestation that characterizes prevalence of processes of indemnification. These frustration form a picture preeclampsia and constant threat of delayed interruption of pregnancy. On such background chronic placentary insufficiency and hypoxia a born can be aggravated by pathological sorts and decrease in adaptable opportunities of newborns. The received results are necessary for taking into account by development of a complex of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: pregnancy, neuroendocrinological pathology, limiting mass of body, complication.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аржанова О.Н. Нарушение механизмов адаптации при гестозе и методы их коррекции // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2017. – № 4. – С. 48–51.
2. Каюшева И.В., Панова Л.Ю. Течение беременности и родов у женщин, перенесших гипоталамический синдром в период полового созревания // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 6. – С. 64–65.
3. Крыжановский Г.Н., Магаева С.В., Макаров С.В. Нейроиммунопатология. – М.: Медицина, 2012. – 284 с.
4. Маколкин В.И., Подзолков В.И., Старовойтова С.П. Сложности диагностики эндокринных артериальных гипертензий // Терапевтический архив. – 2009. – № 10. – С. 26–28.
5. Мамиев О.Б. Особенности адаптационных реакций у беременных и их влияние на исход родов // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 6. – С. 34–37.

УДК 618.3-001.4-022:618.13-084

**Профілактика неспроможності тазового
 дна у жінок із акушерською рановою
 інфекцією**

Т.Г. Войток

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

Отримані результати свідчать, що профілактика і лікування ранової інфекції в акушерстві є досить складним процесом і потребує обліку багатьох ендо- й екзогенних факторів. Запропонована нами методика сприяє адекватному очищенню ранової поверхні, а потім буде стимулювати процеси фагоцитозу і регенерації. У сукупності це дозволяє понизити частоту ранової інфекції з 23,3% до 6,7%, а також покращити результати лікування і скоротити на 4,2 дня перебування породіль у стаціонарі. Це дає нам підставу рекомендувати розроблену методику в практичну охорону здоров'я.

Ключові слова: акушерство, ранова інфекція, профілактика, лікування.

З огляду на постійне зростання частоти кесарева розтину недостатньо уваги приділяється найпоширенішим «неважким» травмам – розривам промежини, піхви і шийки матки. Поряд із цим навіть такі травми тазового дна і шийки матки призводять до несприятливих наслідків, значно підвищують ризик розвитку наступної гінекологічної захворюваності [1–5].

Перенесені травми шийки матки, особливо у випадку інфікування, деформують її, залишаючи грубі рубцеві зміни, які збільшують ризик розвитку диспластичних і онкопроцесів [2, 3]. Крім того, пологові травми піхви і промежини, які нагноїлися, часто є причиною опущення і випадіння статевих органів, фістул та порушень функції м'язів тазового дна [4, 5].

Не дивлячись на значну кількість наукових публікацій щодо ранової інфекції в акушерстві, не можна вважати всі питання повністю вирішеними, особливо в плані ефективності використовуваних лікувально-профілактичних заходів.

Мета дослідження: зниження частоти і підвищення ефективності лікування інфікованих травм промежини, піхви і шийки матки на підставі вивчення клініко-мікробіологічних і імунологічних особливостей, а також розроблення і впровадження вдосконаленого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети і задач дослідження були проведені в два етапи. На I етапі була апробована профілактична методика ранової інфекції, на II етапі – лікувальна.

До контрольної групи увійшли 30 породіль після самостійних пологів без акушерської і соматичної патології, а також без травм м'яких тканин пологових шляхів. В основну групу включено 90 жінок, яких було розподілено на чотири підгрупи:

- I підгрупа – 30 породіль із травмами м'яких тканин пологових шляхів, що отримували загальноприйнятну профілактику.
- II підгрупа – 30 породіль із травмами м'яких тканин пологових шляхів з використанням нашої методики.
- III підгрупа – 15 породіль із нагноєнням травм м'яких тканин пологових шляхів, що отримували загальноприйнятну профілактику.
- IV підгрупа – 15 породіль із нагноєнням травм м'яких тканин пологових шляхів з використанням нашої методики.

Загальноприйнята профілактика і лікування акушерської ранової інфекції полягала у використанні антисептичних і антибактеріальних препаратів згідно з протоколами МОЗ України.

Рекомендована нами лікувально-профілактична методика полягала у використанні лікувально-профілактичного комплексу з антисептичного препарату і біологічно активного гетероглікозиду рослинного походження.

До комплексу проведених досліджень входили клінічні, мікробіологічні, імунологічні, цитологічні і статистичні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними чинниками ризику травм м'яких тканин пологових шляхів є високий рівень внутрішньоматкових втручань (90%), а також значна частота початкової генітальної патології, в основному запальні захворювання (43,7%) і патологічні зміни шийки матки запального генезу (33,3%).

При розродженні через природні пологові шляхи в структурі травм м'яких тканин пологових шляхів мимовільні розриви промежини становлять 43,3%; епізіотомії – 30,0% і перинеотомії – 26,7% у поєднанні з розривами піхви – 73,3% і шийки матки – 70,0%.

Неускладнена акушерська рана характеризується високим рівнем штамів стафілококу (40,0%) і *Candida albicans* (23,3%), а також достовірним підвищенням кількості нейтрофільних гранулоцитів ($p < 0,05$) і макрофагів ($p < 0,05$) на фоні зниження числа полібластів (до $5,2 \pm 0,4\%$).

Нагноєння травм м'яких тканин пологових шляхів відбувається на тлі високої частоти штамів стафілокока (73,3%) поєднано з *Candida albicans* (26,7%), штамами стрептококу (20,0%) та анаеробною флорою (13,3%).

Клітинний склад гнійної акушерської рани характеризується переважанням нейтрофільних гранулоцитів ($p < 0,001$) при незмінному вмісті макрофагів ($p > 0,05$) і різкому зниженні кількості полібластів ($p < 0,001$).

Удосконалений нами лікувально-профілактичний алгоритм дозволяє знизити частоту нагноєння травм м'яких тканин пологових шляхів з 23,3% до 6,7%, а також підвищити ефективність лікування гнійної рани – зменшення перебування в стаціонарі на 4,2 дня.

ВИСНОВКИ

Отже, як свідчать отримані результати, лікування ранової інфекції є досить складним процесом і потребує обліку багатьох енд- і екзогенних факторів. Запропонована нами методика сприяє адекватному очищенню ранової поверхні, а потім буде стимулювати процеси фагоцитозу і регенерації. У сукупності це дозволяє покращити результати лікування і скоротити на 4,2 дня перебування породіль у стаціонарі. Це дає нам підставу рекомендувати розроблену методику в практичну охорону здоров'я.

Профилактика несостоятельности тазового дна у женщин с акушерской раневой инфекцией Т.Г. Войток

Полученные результаты свидетельствуют, что профилактика и лечение раневой инфекции в акушерстве является достаточно сложным процессом и требует оценки многих эндо- и экзогенных факторов. Предлагаемая нами методика способствует адекватному очищению раневой поверхности и позволяет стимулировать процессы фагоцитоза и регенерации. В совокупности это позволяет снизить частоту раневой инфекции с 23,3% до 6,7%, а также улучшить результаты лечения и сократить на 4,2 дня пребывание женщин в стационаре. Это дает нам основание рекомендовать разработанную методику в практическое здравоохранение.

Ключевые слова: акушерство, раневая инфекция, профилактика, лечение.

Prophylaxis of insolvency of pelvic bottom for women from obstetric by a wound infection T.G. Voytok

The received results testify, that preventive maintenance and treatment wound infections in obstetrics is difficult enough process and demands an estimation of many endo- and exogene factors. The technique offered by us promotes adequate clarification wound to a surface, and then allows to stimulate processes fagocytosis and regenerations. In aggregate it allows to lower frequency wound infections from 23,3 % to 6,7 %, and also to seize results treatment and to reduce to 4,2 days stay of women in a hospital. It gives us the basis to recommend the developed technique in practical public health services.

Keywords: obstetrics, wound infection, preventive maintenance, treatment.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Башмакова М.А. Особенности акушерских инфекций / М.А. Башмакова, А.М. Савичева // Вестн. Росс. асоц. акушеров-гинекологов. – 2017. – № 3. – С. 78–81.
2. Брискин Б.С. Внутрибольничная инфекция и послеоперационные осложнения с позиций хирурга / Б.С. Брискин // Инфекции и антимикробная терапия. – 2020. – Т. 2, № 4. – 237 с.
3. Буянов В.М. Проблемы профилактики нагноений послеоперационных ран / В.М. Буянов, Г.В. Родоман // Хирургия. – 2016. – № 9. – С. 132–135.
4. Вовк І.Б. Захворювання, що передаються статевим шляхом / І.Б. Вовк, Л.М. Новік // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2013. – № 2. – С. 110–113.
5. Гельфанд Е.Б. Антибактериальная терапия абдоминальных хирургических инфекций / Е.Б. Гельфанд, С.З. Бурневич, Т.Б. Бражник // Независимое издание для практикующих врачей. – М., 2020. – 58 с.

Біофізичний профіль плода і результати лабораторного дослідження амніотичної рідини при обвитті пуповиною

С. О. Добарін

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

Результати проведених досліджень продемонстрували, що існує взаємозв'язок між основними параметрами біофізичного профілю плода: ехографічними, кардіотокографічними і доплерометричними з одного боку, а з іншого – з результатами біохімічного і гормонального дослідження амніотичної рідини.

Отримані результати можна використовувати під час розроблення тактики ведення вагітності і пологів, що запізнилися, у жінок з високим перинатальним ризиком, особливо при зміні об'єму амніотичної рідини.

Ключові слова: біофізичний профіль плода, амніотична рідина, лабораторне дослідження, діагностика, обвиття пуповиною.

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

У сучасній літературі є багато робіт, присвячених маловоддю і багатоводдю під час вагітності [6–8]. Водночас вплив кількості рідини на перебіг пологів і інтранатальний стан плода залишається маловивченим. З іншого боку, участь плода в ініціації і процесі пологової діяльності також є предметом досліджень багатьох авторів. Є відомості про те, що багато компонентів АР виробляються організмом плода і потрапляють в амніотичний простір із сечею плода [6]. Інші компоненти АР, зокрема простагландини, виробляються амніоном безпосередньо. Амніон сам по собі, особливо його капітальна частина, є досить міцним бар'єром, що захищає організм плода від проникнення інфекції з піхви жінки під час вагітності. З іншого боку він є бар'єром для попадання в кров матері часток сироподібного мастила і епітелію плода і таким чином захищає матір від розвитку емболії навколоплідними водами [8]. Проте за певних умов цілісність амніотичної оболонки порушується,

що призводить до багатьох патологічних станів, у тому числі передчасному розриву плодових оболонок, передчасним пологам і такому грізному стану, як емболія навколоплідними водами, що призводить у більшості випадків до материнської смертності [8]. Чому порушується цілісність плодових оболонок, а також роль амніону і АР при передчасних пологах, є предметом досліджень [1, 6–8]. Патогенез усіх зазначених станів залишається маловивченим і актуалізує проведення подальших досліджень амніону і АР.

Відомо, що з початком пологової діяльності, особливо у перший період пологів, стан матково-плацентарно-плодового комплексу змінюється досить швидко. Розвиток компенсаторно-присосовних реакцій залежить від багатьох чинників, у тому числі від кількості і складу АР, що оточує плід. [2]. У зв'язку з цим актуальним є вивчення особливостей АР і їхнього взаємозв'язку з перебігом і результатами пологів.

Розроблення найбільш прийнятних методів діагностики і прогнозування перинатальних порушень у пологах сприяє поліпшенню якості медичної допомоги і скороченню частоти неонатальної захворюваності і смертності.

Мета дослідження: вивчити діагностичне значення біофізичного профілю плода і лабораторного дослідження АР при фізіологічному і патологічному перебігу вагітності і пологів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під нашим спостереженням у клінічних умовах перебували 142 породіль, що були госпіталізовані до пологових установ різного рівня.

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

Під час оцінювання клінічного перебігу вагітності привертає увагу, що більше половини жінок перенесли ранній токсикоз вагітних (57,0%), майже кожна четверта породилля (14,1%) відзначала в анамнезі симптоми загрозливого викидня, а кожна восьма – загрозовий передчасні пологи (12,7%). Усього у 142 породіль зареєстровано 218 ускладнень вагітності, тобто у деяких жінок зафіксовано декілька ускладнень – 1,5 на одну жінку.

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

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

Усім вагітним проводили комплексне клінічне обстеження під час госпіталізації. Клінічне обстеження жінок включало вивчення анамнезу життя, у

тому числі анамнезу захворювання, вивчали особливості перебігу вагітності, проводили загальноприйняті лабораторні і функціональні методи дослідження.

Для оцінювання біофізичного профілю плода були використані загальноприйняті ехографічні, кардіотокографічні і доплерометричні дослідження.

Кількість АР визначали двома методами:

- визначенням максимальної вертикальної кишені (МВК)
- визначення індексу амніотичної рідини (IAP) [1].

Забір АР на лабораторне дослідження робили наприкінці першого періоду пологів при мимовільному розтині плодового міхура або амніотомії. При цьому в декілька пробірок забирали АР для визначення гормонів, сечовини і креатиніну, білірубину, глюкози, білка, рН, визначення яких проводили за загальноприйнятими методами [5].

Із загальної кількості обстежених у 32 жінок фіксували обвиття пуповиною, у них визначали вміст кортизолу, естрадіолу і плацентарного лактогену в АР імуноферментним методом.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У клінічних умовах проведено оцінювання взаємозв'язку кількості АР з параметрами кардіотокографії плода (КТГ).

Результати досліджень засвідчили, що із загального числа (100) обстежених у 64 породіль серцева діяльність плода в пологах залишалася в межах норми, при цьому частота серцевих скорочень становила $139,2 \pm 2,4$; амплітуда осциляцій – $9,5 \pm 0,3$, а частота осциляцій – 5–6 за 1 хв. Частота акцелерацій серцевої діяльності плода відповідало кількості переймів і рухової активності плода в пологах. УВ останніх виявлені ті або інші порушення: брадикардія – у 6; тахікардія – 24; децелерації – у 6.

Показники IAP коливались у межах 120–220 мл, а показники МВК – від 24 до 100 мм. З огляду на це всі породіллі були розподілені на три підгрупи залежно від об'єму АР: маловоддя, норма і багатоводдя. Порушення серцевої діяльності плода зафіксовано у всіх підгрупах. Оцінювання взаємозв'язку кількості АР з параметрами КТГ плода засвідчило, що IAP >150 мм найчастіше супроводився нормальними даними КТГ. Аналогічні дані КТГ фіксували при МВК >50 мм.

Брадикардія і децелерації на КТГ найчастіше зафіксована при IAP <150 і >180 мм, а також при МВК <30 мм. Загалом порушення КТГ у пологах зареєстровані частіше при маловодді, ніж при нормальній кількості вод і багатоводді. Незалежно від кількості навколоплідних вод показники КТГ зберігалися на одному і тому самому рівні.

Показники кровотоку в системі мати–плацента–плід з початком пологової діяльності часто змінюються залежно від наявності акушерської патології, у тому числі патології плаценти та її компонентів. З огляду на це представляло інтерес вивчення взаємозв'язку кількості навколоплідних вод з параметрами доплерометрії кровотоку в матковій і пуповинній артеріях.

Результати досліджень продемонстрували, що показники кривих швидкості кровотоку (КШК) у пологах розрізняються залежно від терміну гестації. Так, при передчасних пологах всі показники доплерометрії були достовірно вище, ніж при

пологах в строк. При пологах, що запізнилися, показники КШК перевищували такі при передчасних і термінових пологах, причому різниця показників мала достовірний характер ($p < 0,05$). Аналіз залежності даних доплерометрії маткової артерії від кількості навколоплідних вод засвідчив, що при маловодді всі показники кривих КШК значно перевищують такі при нормальній кількості вод і багатоводді. Виявлена різниця носила достовірний характер ($p < 0,05$).

Аналогічна тенденція спостерігалася в зміні показників доплерометрії пупкової артерії. При цьому всі показники доплерометрії підвищувалися при передчасних пологах, при пологах, що запізнилися, а також при зменшенні кількості АР у бік маловоддя.

Порівняння показників IAP з даними доплерометрії судин матки і пуповини продемонструвало зворотний взаємозв'язок із показниками систоло-діастолічного відношення (СДВ), пульсаційним індексом (ПІ) та індексом резистентності (ІР) у пуповинній артерії, найбільш демонстративним цей зв'язок був для ІР і лише при маловодді ($r = 0,67$).

Отже, взаємозв'язок кількості навколоплідних вод із параметрами серцевої діяльності плода і кровотоку в матковій артерії і артерії пуповини був очевидним. Опір кровотоку в даних судинах збільшувався зі зменшенням кількості АР. Термін пологів, кількість АР і параметри КТГ і доплерометрії в пологах взаємозв'язані.

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

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

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

Дані визначення рівня плацентарного лактогену (ПЛ) виявили абсолютно протилежні тенденції. Середній рівень гормону в АР після початку пологової діяль-

ності був у межах $6,7 \pm 0,09$ нг/мл з коливаннями від 0,04 до 19,0 нг/мл. Показники ПЛ знаходилися у зворотній залежності від показників естрадіолу і кортизолу, хоча даний зв'язок був недостовірним. Рівень плацентарного лактогену достовірно знижувався при хронічному дистресі плода, особливо при народженні плода із затримкою розвитку, і різко підвищувався при гострому дистресі, особливо при народженні крупного плода ($p < 0,01$). Рівень ПЛ був у прямому взаємозв'язку з рівнем рН АР і показником оцінки новонародженого за шкалою Апгар ($r = 0,71$; $p < 0,01$).

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

Під час аналізу основних біохімічних змін АР було встановлено, що ІАР знаходився в зворотній кореляційній залежності від рівня креатиніну і сечовини лише при маловодді ($r = -0,78$; $p < 0,05$), що супроводжувало переносену, але не пролонговану вагітність.

При багатоводді дані параметри не змінювалися. Найменш сприятливі результати для плода зафіксовані при зменшенні кількості навколоплідних вод після 38 тиж вагітності у поєднанні зі змінами біохімічних показників навколоплідних вод у пологах, таких, як рН нижче 7,0, а також підвищення рівня креатиніну або сечовини, що свідчило про внутрішньоутробне страждання плода.

ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень продемонстрували, що спостерігається взаємозв'язок між основними параметрами біофізичного профілю плода: ехографічними, кардіотокографічними і доплерометричними з одного боку, а з іншого – з результатами біохімічного і гормонального дослідження амніотичної рідини.

Отримані результати можна використовувати при розробці тактики ведення вагітності і пологів у жінок з високим перинатальним ризиком, особливо при зміні об'єму амніотичної рідини.

Биофизический профиль плода и результаты лабораторного исследования амниотической жидкости при обвитии пуповиной С.О. Добарин

Результаты проведенных исследований показали, что существует взаимосвязь между основными параметрами биофизического профиля плода: эхографическими, кардиотокографическими и доплерометрическими с одной стороны, а с другой – с результатами биохимического и гормонального исследования амниотической жидкости.

Полученные результаты следует использовать при разработке тактики ведения беременности и родов у женщин с высоким перинатальным риском, особенно при изменении объема амниотической жидкости.

Ключевые слова: биофизический профиль плода, амниотическая жидкость, лабораторное исследование, диагностика, обвитие пуповиной.

Biophysical profile of born and results of laboratory research of amnion liquid at the winding around of umbilical cord С.А. Добарин

Results of the carried-out researches have shown that the interrelation between key parameters of a biophysical profile of a fruit takes place: ehographical, cardiocographical and dopplerometrical on the one hand, and with another – about results of biochemical and hormonal research of amnion liquid.

The received results are possible for using when developing tactics of maintaining pregnancy and childbirth at women with high perinatal risk, especially at change of volume of amnion liquid.

Keywords: biophysical profile of born, amnion liquid, laboratory research, diagnostics, umbilical cord.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамченко В.В., Шабалов Н.П. Клиническая перинатология. – Петрозаводск. – 2015. – С. 424.
2. Лечиева Э.У., Синчихин С.П. Иммунохимические критерии раннего прогнозирования постнатальной адаптации // Журнал практического акушера-гинеколога. – 2018. – № 1–2. – С. 15–18.
3. Люблич О.А., Цхай В.Б. Акушерские и перинатальные факторы маловодия // Журнал Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2017. – № 1. – С. 9–11.
4. Милованов А.П., Радзинский В.Е., Болтовская М.Н. Роль микроокружения в жизнеобеспечении эмбриона человека // Акушерство и гинекология. – 2014. – № 4. – С. 15–18.
5. Назаренко Г.И. Лабораторные методы диагностики в клинических исследованиях. – М.: МИА. – 2019. – 342 с.
6. Пустотина О.А., Гуртовой Б.Л., Павлутенкова Ю.А. Частота, факторы риска и причины развития мало- и многоводия // Акушерство и гинекология. – 2015. – № 5. – С. 25–27.
7. Пустотина О.А., Фанченко Н.Д., Бубнова Н.И. Клинико-патогенетическое обоснование акушерской тактики при много- и маловодии инфекционного генеза // Проблемы репродукции. – 2016. – № 6. – С. 25–27.
8. Радзинский В.Е., Милованов А.П., Ордянец И.М. Экстраэмбриональные и околоплодные структуры при нормальной и осложненной беременности. – М.: МИА. – 2018. – 393 с.

УДК 618.3/5-005.1-071.1

Вплив різних форм апоплексії яєчників на клінічний перебіг вагітності

Е.О. Козуб

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

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, розвивається плацентарна дисфункція поєднаного генезу (порушення мікроциркуляції, ендокринна недостатність), основні ехографічні прояви якої починаються з 18–20 тиж гестації і прогресивно наростають аж до розродження. Високий рівень акушерської і перинатальної патології зумовлений насамперед порушеннями в системі мати–плацента–плід, що є причиною високої частоти абдомінального розродження.

Для розроблення алгоритму ведення цих пацієнток слід ураховувати не лише сам факт перенесеної апоплексії яєчника, але і як вона настала – самостійно або після допоміжних репродуктивних технологій. Тактика ведення таких пацієнток на всіх 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 і гінекології є відновлення репродуктивної функції жінок, що страждають різними порушеннями репродуктивної функції, і високий рівень перинатальних втрат [1–5]. Причиною розвитку ускладнень є 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, останніми роками частота АЯ продовжує наростати, що пов'язане не лише з науково-технічним прогресом, але й з підвищенням рівня дисгормональних порушень, починаючи з пубертатного періоду. Усе це викликає стан «хронічного стресу» під час справжньої вагітності, частота ускладнень якої вище порівняно з загальною популяцією [4, 5].

Не дивлячись на значну кількість наукових повідомлень з проблеми вагітності і пологів у жінок з обтяженим репродуктивним анамнезом, ціла низка наукових завдань далекі від вирішення. На нашу думку, одним із таких завдань є зниження акушерської і перинатальної патології у жінок з АЯ в анамнезі. Публікації на цю тему є поодинокими, не систематизованими і носять фрагментарний характер, що не дозволяє досить ефективно вирішувати дану наукову задачу. Усе це в сукупності свідчить про актуальність вибраної тематики для проведення наукових

досліджень, направлених 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.

Так, на I етапі були проаналізовані результати хірургічного лікування АЯ у 160 пацієнток, яких було розподілено на три групи. У 1 групу було включено 30 жінок, в яких АЯ настала після використання допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). До 2 групи увійшли 30 пацієнток з АЯ, яка настала після хірургічних втручань на яєчниках. У 3 групу – 100 пацієнток з АЯ, які до справжнього захворювання на постійному обліку у гінеколога не перебували.

На II етапі було проведено клініко-функціональне і лабораторне обстеження 50 пацієнток, які завагітніли після АЯ, причому 25 – самостійно (підгрупа А) і 25 – унаслідок використання ДРТ. До контрольної групи увійшли 30 акушерські і соматично здорових першородящих, розроджених 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, вискоблювання порожнини матки, гормональна кольпоцитологія, вимір базальної температури, визначення хоріонічного гонадотропіну людини (ХГЛ), діагностичну і лікувальну лапароскопію (ЛС). Крім того, в частини пацієнток з метою уточнення етіологічного чинника ВБ вивчали первинну документацію з аналізом попередніх клініко-анамнестичних даних, результатів гормонального лікування, гістросальпінгографію (ГСГ), ЛС і результати попередніх мікробіологічних досліджень (хламідії, вірус простого герпесу, мікоплазми, уреоплазми і кандиди).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

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

- загроза переривання вагітності (32,0% і 60,0%);
- плацентарна дисфункція (56,0% і 72,0%);
- гестаційна анемія (56,0% і 60,0%);
- загострення хронічної урогенітальної інфекції (24,0% і 36,0%);
- порушення мікробіоценозу статевих шляхів (20,0% і 32,0%).

Основним методом розродження жінок з АЯ в анамнезі є кесарів розтин, частота якого становить 100,0% після ДРТ, а при останніх варіантах настання вагітності – 60,0%, причому в структурі свідчень переважають високий ступінь перинатального ризику (40,0%), дистрес плода (16,0%) і аномалії пологової діяльності (4,0%).

Перинатальні результати розродження жінок з АЯ в анамнезі менше залежать від методики настання вагітності: більшість дітей народжуються в задовільному стані (76,0% і 80,0%). Водночас, у жінок після ДРТ трохи вище частота інтраамніального інфікування (12,0% і 16,0%) і затримки розвитку плода (24,0% і 36,0%).

Функціональний стан фетоплацентарного комплексу у жінок з АЯ в анамнезі залежить від методу настання вагітності і характеризується вищою частотою порушень після ДРТ:

- затримка розвитку плода (24,0% і 36,0%);
- порушення серцевого ритму (12,0% і 28,0%);
- суб- і некомпенсовані порушення дихальної (12,0% і 20,0%) і рухової активності плода (12,0% і 24,0%);
- зміни з боку тонуусу плода (8,0% і 20,0%);
- зміни об'єму навколплідних вод (16,0% і 32,0%);
- посилення кровотоку в артеріях матки і пуповини;
- зниження вмісту естріолу і ХГл при одночасному підвищенні рівня кортизолу.

У вагітних після АЯ, особливо при використанні ДРТ, спостерігається імунний дисбаланс вже у 18–20 тиж гестації: зниження відносного вмісту CD3+ клітин і їхніх субпопуляцій CD4+, підвищення числа CD8+, імунорегуляторного коефіцієнта. Лише у вагітних після ДРТ спостерігалось значне підвищення числа CD20+ лімфоцитів, що було причиною зриву адаптаційних можливостей системи мати–плацента–плід і ранньому формуванню плацентарної дисфункції.

Стан мікробіоценозу статевих шляхів у жінок, що перенесли АЯ, не залежить від методу настання вагітності і характеризується низьким рівнем лактобацил (42,0%); біфідобактерій (34,0%) і молочнокислих стрептококів (22,0%) на фоні тимчасового зростання штамів стафілококів (78,0%) й 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 в генезі плацентарної дисфункції у жінок з АЯ в анамнезі.

Для практичної охорони здоров'я можна рекомендувати наступні моменти:

- 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 вживання лікувально-профілактичних заходів, що впливають на розвиток плацентарної дисфункції дисгормонального генезу.
- алгоритм ведення новонароджених від жінок з АЯ вимагає профілактики затримки розвитку плоду дисгормонального генезу.

ВИСНОВКИ

Отже, як свідчать результати проведених наукових досліджень, вагітність і пологи у жінок, що перенесли АЯ, є досить актуальним науковим завданням. У вагітних цієї групи, особливо після застосування ДРТ, розвивається плацен-

тарна дисфункція поєднаного генезу (порушення мікроциркуляції і ендокринна недостатність), основні ехографічні прояви якої починаються з 18–20 тиж і прогресивно наростають аж до розродження. Високий рівень акушерської і перинатальної патології зумовлений насамперед порушеннями в системі мати–плацента–плід, що є причиною високої частоти абдомінального розродження.

Для розроблення алгоритму ведення цих пацієнток слід враховувати не лише сам факт перенесеної АЯ, але й як вона настала – самостійно або після застосування ДРТ. Тактика ведення таких пацієнток на всіх етапах має бути індивідуалізована з врахуванням результатів клініко-функціональних, ендокринологічних, імунологічних і мікробіологічних методів дослідження.

Влияние разных форм апоплексии яичников на клиническое течение беременности

Е. О. Козуб

Результаты проведенных научных исследований свидетельствуют, что беременность и роды у женщин, перенесших апоплексию яичника, является достаточно актуальной научной задачей. У беременных этой группы, особенно после применения вспомогательных репродуктивных технологий, 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 обусловлен, 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 апоплексии яичника, но и как она наступила – самостоятельно или после применения вспомогательных репродуктивных технологий. 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.

Influence of different forms of apoplexy of ovaries is on clinical motion of pregnancy

E. O. Kozub

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 ehografical 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 reproductive 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.

Keywords: 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 Российского 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 (часть 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.

УДК 618.31-06:616.147.3-007.64:618.36

Вплив ретрохоріальної гематоми у I триместрі на розвиток плацентарної дисфункції у вагітних із варикозною хворобою

І.М. Кошова

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

Результати проведених досліджень свідчать про необхідність комплексного оцінювання функціонального стану фетоплацентарного комплексу у жінок із варикозною хворобою. Алгоритм діагностичних заходів при даній екстрагенітальній патології повинен включати окрім даних ультразвукового дослідження, доплерометрії і кардіотокографії, результати оцінювання гормональної функції плаценти.

Такий підхід дозволяє своєчасно встановити діагноз плацентарної дисфункції і корегувати алгоритм лікувально-профілактичних заходів і тактику ведення вагітності і пологів.

Ключові слова: ретрохоріальна гематома у I триместрі, плацентарна дисфункція, варикозна хвороба.

Дослідження останніх років продемонстрували, що нерідким проявом варикозної хвороби (ВХ) у вагітних є варикоз вен малого таза, який виявляють випадково під час кесарева розтину, а також варикозне розширення вен нижніх кінцівок і зовнішніх статевих органів [1–3].

Деякі автори зазначають високу частоту виявлення у породіль екстазії венозних судин малого таза, що, на їхню думку, пояснює збільшення запальних ускладнень після пологів у жінок, що страждають судинною недостатністю вен нижніх кінцівок [4–5]. Наявність варикозно розширених судин системи внутрішньої клубової вени може сприяти розвитку кровотеч у третьому періоді пологів, бути причиною тромбоемболічних ускладнень, гнійно-септичних процесів у післяпологовий період; хронічних запальних процесів матки і придатків, вторинного безпліддя [6–7].

Симптомокомплекс «плацентарна дисфункція» (ПД) сьогодні має найбільш високу питому вагу в структурі патології перинатального періоду, захворюваності і летальності новонароджених. Розроблення нових методів діагностики і лікування ПД представляється одним із перспективних наукових напрямів сучасного акушерства і перинатології, оскільки порушення функції плаценти є однією з основних причин перинатальної захворюваності і смертності у всьому світі [1–7].

Отже, наявність у вагітних симптомокомплексу «плацентарна дисфункція» і васкулярних порушень обтяжує перебіг гестаційного процесу, несприятливо позначається на внутрішньоутробному розвитку плода, погіршуючи показники перинатальної захворюваності. Не викликає сумнівів той факт, що необхідний комплексний підхід до вивчення артеріального і венозного кровообігу малого таза під час вагітності.

Оцінювання гормональної функції плаценти у поєднанні з даними УЗД, доплерометрії і КТГ дозволяють отримати вичерпну інформацію про стан плода при даній екстрагенітальній патології [1–7].

Ураховуючи зазначене вище, у даному дослідженні було вирішено проаналізувати особливості гормональної функції плаценти за наявності ВХ, причому без і з наявністю ПД.

Мета дослідження: вивчити вплив ретрохоріальної гематоми I триместрі на особливості гормональної функції плаценти при ВХ у вагітних без і за наявності ПД.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Згідно з поставленою метою було проспективно обстежено в термінах 10–41 тиж вагітності, в пологах і в ранній післяпологовий період 100 пацієнток зі ВХ. До контрольної групи увійшли 50 пацієнток з неускладненим перебігом вагітності і пологів.

На підставі отриманих результатів при ретроспективному аналізі всі пацієнтки були розділені на наступні групи:

I група (контрольна) – 50 випадків. Вагітність у пацієнток даної групи перебігала без ускладнень, а також не було виявлено супутніх екстрагенітальних захворювань.

Під час дослідження були застосовані функціональні методи:

- УЗ-фетометрії (затримка росту плода – ЗРП, ознаки передчасного старіння плаценти),
- УЗ-доплерометрії (порушення матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровообігу),
- КТГ (ознаки внутрішньоутробної гіпоксії плода).

II група – 50 вагітних, в яких була діагностована ретрохоріальна гематома у I триместрі, із ВХ і ПД.

III група – вагітні із ВХ і без ознак ПД.

Усім пацієнткам проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження із застосуванням функціональних і лабораторних методів.

Дослідження гормональної функції плаценти проводили імуноферментним методом, що включало визначення наступних показників функції плаценти: плацентарний лактоген (ПЛ), хоріонічний гонадотропін людини (ХГЛ), Прогестерон (ПГ), естріол (ЕЗ) і альфа-фетопротеїн (АФП).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проведений аналіз анамнестичних даних, характеру перебігу і ускладнень вагітності, пологів, раннього післяпологового періоду, а також результатів додаткових методів досліджень виявив наступні моменти:

1. Групи дослідження є статистично зіставними за наступними параметрами:
 - вік початку менструацій і їхня тривалість, вік початку статевого життя;
 - структура екстрагенітальної патології (вегето-судинна дистонія за гіпо- і гіпертонічним типом, захворювання травного тракту);
 - структура гінекологічних захворювань (фонові захворювання шийки матки, кисти яєчників, ендометрит і дисфункція яєчників);
 - урогенітальна інфекція (кандидоз);
 - кількість термінових пологів в анамнезі.

Перебіг справжньої вагітності і пологів у пацієнток всіх представлених груп був ускладнений токсикозом першої половини гестації, аномаліями пологової діяльності.

2. Достовірними відмінностями між жінками з венозними порушеннями і здоровими є ($p < 0,05$):

- тривалість менструального циклу;
- кількість мимовільних переривань вагітності, вагітностей, що не розвиваються і позаматкових вагітностей в анамнезі;
- частота безпліддя і передчасних пологів, що відрізняють пацієнток з екстазією вен таза, перебіг гестації яких ускладнилося ПД.

У структурі екстрагенітальної патології у даного контингенту обстежених зустрічалися захворювання серцево-судинної системи (вади серця, хронічна артеріальна гіпертензія, анемія), сечовидільної системи (хронічний пієлонефрит, сечокам'яна хвороба) і ендокринна патологія (дифузний зоб, аутоімунний тиреоїдит); у структурі гінекологічних захворювань – лейоміома матки, ендометріоз. Серед виявленої урогенітальної інфекції наголошувався хламідіоз.

Перебіг гестації ускладнювався загрозою переривання вагітності у I триместрі, анемією другої половини вагітності і преєклампсією. У вагітних цієї самої групи виявлялися УЗ-ознаки ПД і ЗРП.

Пацієнтки з екстазією венозних судин малого таза і ускладненим перебігом вагітності достовірно частіше, порівняно з жінками, вагітність в яких була не ускладнена, були розроджені шляхом кесарева розтину. У цього контингенту жінок частіше зустрічалися невчасне вилиття навколоплідних вод, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. У породіль цієї групи спостерігалися дистрес плода і ЗРП.

Перебіг післяпологового періоду у пацієнток із ВХ і ПД був ускладнений розвитком метроендометриту і гематометри.

Перинатальні результати у групі пацієнток із ВХ і ПД представлені наявністю дистресу плода і ЗРП, а також високою частотою неврологічних порушень і зменшенням задовільного стану немовлят.

Післяпологовий період у породіль цієї групи ускладнився метроендометритом (8,0%) і флебітом маткових вен (4,0%).

Перинатальні результати представлені народженням здорових дітей більш ніж в кожному другому випадку, неврологічними порушеннями новонароджених – у кожному шостому спостереженні.

У жінок із ВХ також виявлені достовірні відмінності. Вагітні із ВХ і ПД відрізнялися наступними характеристиками: кількість мимовільних абортів було в два рази більше, ніж у жінок з ізольованою екстазією вен малого таза; кількість

вагітностей, що не розвиваються, і позаматкових вагітностей в анамнезі, а також частота оперативного розродження в анамнезі – у три рази. Дисфункція яєчників в анамнезі зустрічалася в два рази частіше також серед пацієнок із ВХ і ПД.

Дифузний зоб, хронічний пієлонефрит, сечокам'яна хвороба, аутоімунний тиреоїдит достовірно частіше виявлялися у жінок із ВХ, перебіг вагітності яких ускладнився ПД. У структурі гінекологічних захворювань у вагітних цієї самої групи у два рази частіше спостерігався сальпінгоофорит.

Перебіг вагітності в групі із ВХ і ПД перебігав на тлі анемії у II триместрі, був ускладнений преєклампсією у II і III триместрах вагітності. У жінок цієї самої групи виявляли УЗ-ознаки ПД і ЗРП.

Дистрес плода, ЗРП і асфіксії новонароджених характеризували перебіг пологів і післяпологовий період пацієнок з венозними порушеннями і ПД.

Результати ехографічних і доплерометричних досліджень свідчать, що для прогнозування ускладнень вагітності і порушень у фетоплацентарній системі у вагітних із ВХ доцільний вимір поперечного перетину бічної стінки матки і середнього діаметру маткової вени. Для постановки діагнозу ПД і визначення ступеня її компенсації необхідно проводити, окрім ехографічного дослідження судин малого таза, доплерометричну оцінку венозного кровотоку.

Отримані результати свідчать про те, що ВХ є чинником ризику щодо розвитку дистресу плода. Слід відзначити, що при зіставленні даних КТГ з результатами доплерометрії були виявлені кореляційні зв'язки між різними типами порушення гемодинаміки і патологією плода в основних групах. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Під час оцінювання гормональної і біосинтетичної функції плаценти було встановлено, що вміст ПЛ у жінок основних груп (I і II) був достовірно нижче, ніж в контрольній групі і в середньому становив $2,8 \pm 0,3$ мг/мл і $2,7 \pm 0,7$ мг/мл відповідно порівняно з $9,73 \pm 0,3$ мг/мл ($p < 0,05$). Слід відзначити, що між собою групи пацієнок з ВХ з або без ПД по даному показнику не відрізнялися. Цікаво, що в групі контролю було лише 1 (2,0%) пацієнтка з показником ПЛ на нижній межі лабораторної норми, тоді як в основних групах таких вагітних було істотно більше: 84,0% і 66,0% у I і II групі відповідно. В жодній групі не виявлено підвищення рівня ПЛ, що пов'язане із суворими критеріями виключення, описаними раніше. Звертає на себе увагу, що рівень зниження ПЛ у I групі безпосередньо корелював з вираженістю доплерометричних показників і КТГ ($r=0,2$). При цьому так само виявлявся у пацієнок II групи без клініки ПД по УЗД і КТГ.

Аналізуючи показники ЕЗ у групах дослідження була виявлена аналогічна картина. Так, рівень вільного ЕЗ у середньому становив $3,0 \pm 1,9$ нг/мл і $2,9 \pm 2,5$ нг/мл у I і II групі відповідно, що було достовірне нижче за аналогічний показник у контрольній групі – $13,5 \pm 3,7$ нг/мл ($p < 0,05$). Підвищення рівня ЕЗ не було виявлено в жодній з пацієнок, включених у дослідження. При цьому зниження ЕЗ діагностовано у 76,0% і 64,0% пацієнок I і II групи відповідно, і не виявлено в контрольній групі.

Також було відзначено зниження концентрацій ХГЛ у сироватці крові вагітних основних груп. Його вміст був нижчий за норму в 60,0% і 54,0% випадках у

пацієнок I і II груп відповідно, тоді як в контрольній концентрація ХГЛ у всіх пацієнок відповідала лабораторній нормі. Під час аналізу середніх показників рівня ХГЛ виявлена аналогічна динаміка, де I і II групи не відрізнялися між собою і мали тенденцію до достовірного зниження ХГЛ порівняно з контрольною групою, хоча зміни ці мали менш виражений характер.

Результати аналізу показників АФП і ПГ засвідчили наявність аналогічної картини, проте по ПГ і АФП ці зміни носили мінімальний характер. Хоча всі ці параметри не мали статистично достовірного характеру.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про необхідність комплексного оцінювання функціонального стану фетоплацентарного комплексу у жінок з ретрохоріальною гематомою в I триместрі та варикозною хворобою. Алгоритм діагностичних заходів при даній екстрагенітальній патології повинен включати окрім даних УЗД, доплерометрії і КТГ результати оцінки гормональної функції плаценти.

Такий підхід дозволяє своєчасно встановити діагноз плацентарної дисфункції і корегувати алгоритм лікувально-профілактичних заходів і тактику ведення вагітності і пологів.

Влияние ретрохориальной гематомы в I триместре на развитие плацентарной дисфункции у беременных с варикозной болезнью И.М. Кошова

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о необходимости комплексной оценки функционального состояния фетоплацентарного комплекса у женщин с варикозной болезнью. Алгоритм диагностических мероприятий при данной экстрагенитальной патологии должен включать помимо данных ультразвукового исследования, доплерометрии и кардиотокографии результаты оценки гормональной функции плаценты. Такой подход позволяет своевременно поставить диагноз плацентарной дисфункции и скорректировать алгоритм лечебно-профилактических мероприятий и тактику ведения беременности и родов.

Ключевые слова: ретрохориальная гематома в I триместре, плацентарная дисфункция, варикозная болезнь.

Influence of retrochorial haematoma in I trimester on development of placenta disfunction for pregnant with varicose illness I.M. Koshova

Results of the spent researches testify to necessity complex estimations of a functional condition fetoplacental complex at women with varicose illness. The algorithm of diagnostic actions at given extragenital should include pathologies besides data of ultrasonic research, dopplerometry and cardiotocografia, results of an estimation of hormonal function of a placenta.

Such approach allows to diagnose in due time to placental dysfunction and correction algorithm of treatment-and-prophylactic actions and tactics of conducting pregnancy and sorts.

Keywords: retrochorial haematoma in I trimester, placental dysfunction, varicose illness.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Агеева М.И. Допплерометрические исследования в акушерской практике. – М.: Видар, 2018. – 112 с.
2. Волков А.Е., Окорочков А.А. Диагностическая ценность эхографии при варикозном расширении вен малого таза // Ультразвуковая диагностика. – 2014. – № 2. – С. 24.
3. Газдиева З.М. Варикозная болезнь при беременности. Клиника, диагностика и лечение: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ростов-на-Дону, 2009. – 16 с.
4. Демидов Б.С. Клиническое значение доплерометрии в диагностике и прогнозировании плацентарной недостаточности во втором и третьем триместрах беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 18 с.
5. Елисеев О.М. Сердечно-сосудистые заболевания у беременных. – М.: Медицина, 2014. – 28 с.
6. Зубарев А.Р., Богачев И.Ю., Митьков В.В. Ультразвуковая диагностика заболеваний вен нижних конечностей. – М., 2019. – 104 с.
7. Маркин Л.Б. Кардиотокографические исследования при плацентарной дисфункции // Здоровье женщины. – 2016. – № 2. – С. 16–18.
8. Проскурякова О.В. Допплерография в гинекологии /Под ред. Зыкина Б.И., Медведева М.В. – М., 2019. – 133–144 с.

УДК 618.33-007:575.116.4:618.3-07:612.015

Роль біохімічного скринінгу у II триместрі вагітності у пренатальній діагностиці вроджених вад розвитку і хромосомних аномалій у плода

Д.В. Куфльовский

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

Результати проведених досліджень свідчать, що специфічні відхилення від норми сироваткових маркерів вагітності при різних видах вроджених вад розвитку фіксували у 16–71% пацієнток, поєднані зміни сироваткових маркерів вагітності відзначені в 19,2% у пацієнток основної групи і в 10,0% – у жінок групи порівняння.

Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму прогностичних заходів у жінок з чинниками ризику.

Ключові слова: II триместр вагітності, вроджені вади розвитку, хромосомні аномалії, діагностика, біохімічний скринінг.

В останні десятиліття у всьому світі відмічена тенденція до неухильного зростання рівня поширеності спадкових хвороб і вроджених аномалій (ВА) серед населення. За даними ВООЗ, спадкові хвороби і вроджені вади розвитку (ВВР) реєструють у 5–5,5% новонароджених, у тому числі на ВВР доводиться 2–3%. При цьому 1,5% з них обумовлені дією несприятливих екзогенних чинників: під час вагітності, останні мають переважно генетичну природу [1–3].

З медико-організаційної точки зору вирішальна роль у комплексі заходів щодо профілактики і попередження спадкової і природженої патології належить пренатальній діагностиці (ПД), що дозволяє запобігти народженню дітей з важкими, некоригованими вадами розвитку, із соціально значущими і смертельними генними і хромосомними хворобами [1–3].

Багато авторів вважають, що одним із найбільш раціональних і перспективних напрямів, що сприяють зниженню вірогідності розвитку захворювання є його прогнозування, яке дозволяє визначити найбільш раціональну тактику ведення пацієнта, урахувати і використовувати всі можливі профілактичні і лікувальні заходи [1–3].

Не дивлячись на досвід, накопичений деякими дослідниками [1–3], можливості оцінки ролі біохімічного скринінгу в ПД ВВР і хромосомних аномалій (ХА) у плода вивчені не повністю, що свідчить про актуальність вибраного наукового напрямку.

Мета дослідження: вивчення ролі біохімічного скринінгу в ПД ВВР і ХА у плода.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети у досліджувану групу увійшла 251 вагітна. Для вивчення чинників ризику формування ВВР, що зустрічаються, і ХА у плода, а також визначення можливості їхнього прогнозування вагітні були підрозділені на основну групу і групу порівняння.

В основну групу увійшли 163 жінки, відібрані згідно з критеріями включення: діагностовані ВА у плода під час вагітності або відразу після пологів.

До групи порівняння включені 88 пацієнток, які мали під час вагітності ризик народження дитини з ВА, але народили здорових дітей.

У контрольну групу включені 59 жінок, які не мали ризику народження дітей з ВА, що звернулися за обстеженням за власним бажанням.

Розподіл пацієнток основної групи і групи порівняння на підгрупи проводили з урахуванням конкретного варіанту ВВР або ВА.

Серед широкого спектра сироваткових маркерів вагітності (СМВ) ми віддали перевагу визначенню альфа-фетопротеїну (АФП); асоційованому з вагітністю протеїну А (РАРР) і хоріонічному гонадотропіну людини (ХГЛ), рівень яких визначали шляхом імуноферментного аналізу (ІФА) за загальноприйнятими методиками.

В основній групі на біохімічні маркери вагітності було обстежено 39 (26,5%) пацієнток, у групі порівняння – 35 (42,2%), а в контрольній групі – 52 (91,6%) пацієнтки. РАРР визначали у 88 випадках, АФП – у 92 і ХГЛ – у 96 спостереженнях.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналізуючи дані дослідження на СМВ в основній групі і групі порівняння, можна дійти висновку, що зниження РАРР фіксували в обох групах приблизно з однаковою частотою (30,8% і 34,3% відповідно; $p > 0,01$), підвищення даного біохімічного маркера в два рази частіше наголошувалося в групі порівняння (10,3% і 20,0%).

Зниження АФП спостерігалось в 6,4% в основній групі і в 12,5% у групі порівняння ($p > 0,01$), підвищення цього маркера наголошувалося в основній групі в 32,3% і в 18,8% у групі порівняння ($p > 0,01$). Зміни ХГЛ у бік зниження було виявлено в 20,0% в основній групі і в 12,9% в групі порівняння ($p > 0,01$), у бік підвищення в 46,7% і в 51,6% відповідно ($p > 0,01$), тобто зміни сироваткових маркерів виявляли в обох групах приблизно з однаковою частотою.

З метою визначення діагностичної значущості показників СМВ були визначені їхня чутливість, специфічність, прогностична цінність позитивного результату (ПЦП) і прогностична цінність негативного результату (ПЦН) для ВА в цілому, а також для окремих груп ВВР і ХА.

У результаті проведеного аналізу встановлено, що СМВ при ВА мають відносно невисоку чутливість і високу специфічність. Чутливість СМВ при ВА коливалась від 0,07 до 0,38, при цьому найбільша чутливість була до зниження РАРР (0,38), а найменша – зниження АФП (0,07). Аналізуючи отримані дані, можна дійти висновку, що СМВ володіють високою специфічністю (від 0,44 до 0,91), найбільша специфічність встановлена для підвищення АФП (0,91), а також для зниження ХГЛ і АФП (0,88 і 0,81 відповідно), найменша специфічність характерна для підвищення ХГЛ (0,44).

ПЦН визначена як відносно стабільна, величина практично для всіх СМВ (від 0,5 до 0,59), найбільша – для зниження РАРР і найменша – для підвищення і зниження АФП. ПЦП була найбільш високою при підвищенні АФП (0,76) і найменша – при зниженні цього СМВ (0,25).

Результати змін СМВ при ВА у плода (основна група) щодо окремих підгруп ВА продемонструвало наступне:

- рівень РАРР при ВВР системи кровообігу (СК) коливався в межах від 0,42 до 2,0 МОМ, становлячи у середньому 0,8 МОМ;
- АФП від 0,3 до 8,0 МОМ, становлячи у середньому 1,7 МОМ;
- рівень ХГЛ був від 0,22 до 3,5 МОМ, у середньому – 1,4 МОМ.

Причому, якщо вважати нормальними значення СМВ від 0,5 до 2,0 МОМ, то в цій підгрупі обстежуваних фіксували наступні відхилення. СМВ від нормативного значення: рівень РАРР менше 0,5 МОМ наголошувався в 28,2%, більше 2 МОМ в 14,1% вагітних, 58,4% обстежених мали значення РАРР, відповідне нормальному. Рівень АФП менше 0,5 МОМ наголошувався в 7,2%, більше 2 МОМ у 13,1% пацієнток. Отже, нормальні значення АФП були у 80,0% обстежених вагітних.

Значення ХГЛ були наступними: у 27,3% було зниження рівня даного СМВ менше 0,5 МОМ, підвищення більше 2 МОМ відзначено в 18,2%, у половині пацієнток (55,3%) значення ХГЛ відповідали нормі.

Результати ІФА сироватки крові у підгрупі вагітних з ВВР нервової системи (НС) були наступними:

- рівень РАРР коливався в межах від 0,1 до 4,4 МОМ, у середньому – 1,6 МОМ;
- АФП – від 1,5 до 5,03 МОМ, у середньому – 2,6 МОМ;
- ХГЛ – від 0,3 до 5,9 МОМ, у середньому – 1,5 МОМ.

Слід зазначити, що відкриті дефекти нервової трубки виявлені у 55,3% плодів, в цій групі середній рівень АФП становив 2,8 МОМ.

Майже в третині пацієнток з ВВР НС (29,3%) зафіксовані зміни РАРР менше 0,5 МОМ, збільшення даного СМВ більше 2 МОМ – у тій самій кількості випадків (29,3%), причому у всіх цих пацієнток значення РАРР було вище 4 МОМ. В останніх 42,7% значення РАРР відповідали нормальному рівню. У даній підгрупі пацієнток збільшення АФП понад 2 МОМ наголошувалося в 50,0% випадків, при цьому в половині з них рівень АФП був вищий 4,7 МОМ. В іншій половині пацієнток АФП був нормальним. Зміни ХГЛ менше 0,5 МОМ наголошувалися у 15,2% обстежених пацієнток, в 8,3% ХГЛ був вищий 2 МОМ, нормальний рівень даного СМВ фіксували в 77,5% випадків.

Результати біохімічного скринінгу у підгрупі вагітних із ВВР системи травлення (СТ) були наступними:

- РАРР – від 0,4 до 2,5 МОМ, у середньому – 1,1 МОМ;
- АФП – від 0,85 до 3,1 МОМ, у середньому – 2,4 МОМ;
- ХГЛ – від 1,3 до 4,9 МОМ, у середньому – 2,1 МОМ.

Слід зазначити, що більше 60% ВВР СП були представлені відкритими дефектами передньої черевної стінки (гастрошизіс, омфалоцеле).

Рівень РАРР менше 0,5 МОМ наголошувався у чверті вагітних (25,0%), більше 2 МОМ – у тій самій кількості обстежених (25,0%), половина з них мали значення РАРР, відповідне нормі. Рівень АФП більше 2 МОМ зафіксовано у 50,0% пацієнток,

в інших вагітних значення АФП були нормальними. Рівень ХГЛ був наступним: у 27,2% було зниження даного СМВ менше 0,5 МОМ, підвищення більше 2 МОМ зафіксоване в 18,1%, у половини пацієнток (55,7%) значення ХГЛ відповідали нормі.

У підгрупі пацієнток з ВВР сечостатевої системи (ССС) у плода результати скринінгу були наступними:

- РАРР коливались у межах від 0,1 до 1,56 МОМ, у середньому – 0,9 МОМ;
- рівень АФП – від 0,3 до 2,5 МОМ, у середньому – 1,3 МОМ;
- ХГЛ – від 0,3 до 3,1 МОМ, у середньому – 1,4 МОМ.

У 40,2% пацієнток із ВВР ССС зафіксовані зміни РАРР менше 0,5 МОМ, збільшення даного СМВ більше 2 МОМ не наголошувалося, в 60% значення РАРР відповідало нормальному рівню. У даній підгрупі збільшення АФП більше 2 МОМ наголошувалося в 8,1% випадків, у тій самій кількості пацієнток (8,1%) – АФП був нижчий 0,5 МОМ. У 84,4% пацієнток АФП був нормальним. Зміни ХГЛ менше 0,5 МОМ наголошувалися у 23,3% обстежених пацієнток, в 31,1% – ХГЛ був вищий 2 МОМ, нормальний рівень даного СМВ відзначено в 46,4% випадків.

Результати ІФА сироватки крові в підгрупі вагітних з ВВР кістково-м'язової системи (КМС) були наступними:

- рівень РАРР коливався в межах від 0,2 до 3,1 МОМ, у середньому – 0,8 МОМ;
- АФП – від 0,43 до 17,5 МОМ, у середньому – 3,1 МОМ;
- ХГЛ – від 0,3 до 2,6 МОМ, у середньому – 1,0 МОМ.

Рівень РАРР у даній підгрупі менше 0,5 МОМ наголошувався в 57,6% випадків, збільшення більше 2 МОМ – у 14,1%, в останніх 29,5% РАРР відповідав нормальним значенням. Зниження АФП менше 0,5 МОМ було зареєстроване у 10,0% вагітних, збільшення більше 2 МОМ – у 20,0%, нормальний рівень АФП відзначений у 70,0% пацієнток. Рівень ХГЛ менше 0,5 МОМ наголошувався в 20,0% обстежених, більше 2 МОМ – у 10,0%, в останніх вагітних ХГЛ відповідав нормі.

У підгрупі вагітних з множинними вродженими вадами розвитку (МВВР) результати біохімічного скринінгу були наступними:

- РАРР – від 0,1 до 3,2 МОМ, у середньому – 0,9 МОМ;
- АФП – від 0,65 до 5,1 МОМ, у середньому – 2,1 МОМ;
- ХГЛ – від 0,3 до 3,1 МОМ, у середньому – 1,5 МОМ.

У половини пацієнток з МВВР (50,0%) зафіксовані зміни РАРР менше 0,5 МОМ, збільшення даного СМВ більше 2 МОМ – у 17,2% випадків. В останніх 33,4% значення РАРР відповідало нормальному рівню. У даній підгрупі пацієнток збільшення АФП більше 2 МОМ наголошувалося в 50,0% випадків, в іншій половині пацієнток АФП був нормальним. Зміни ХГЛ менше 0,5 МОМ наголошувалися у 14,1% обстежених пацієнток, у третини вагітних (33,3%) – ХГЛ був вищий 2 МОМ, нормальний рівень даного СМВ відмічений у 50,0% випадків.

Показники РАРР у підгрупі пацієнток з хромосомною патологією (ХП) у плода змінювалися в межах від 0,28 до 1,0 МОМ, становлячи у середньому 0,4 МОМ; рівень АФП – від 0,4 до 1,1 МОМ, у середньому – 1,1 МОМ; ХГЛ – від 0,22 до 3,1 МОМ, у середньому – 0,9 МОМ.

У цій підгрупі зафіксовані наступні відхилення СМВ від нормативного значення: рівень РАРР менше 0,5 МОМ наголошувався у половини вагітних (50,0%), збільшення більше 2 МОМ не відзначено, 50,0% обстежених мали значення РАРР, відповідне

нормальному. Рівень АФП менше 0,5 МОМ наголошувався у чверті пацієнток (25,0%), більше 2 МОМ – у такої самої кількості жінок (25,0%), тобто нормальні значення АФП були у 50,0% обстежених вагітних. Значення ХГЛ були наступними: у 43,3% було зниження рівня даного СМВ менше 0,5 МОМ, підвищення більше 2 МОМ відмічене в 29,1%, в інших пацієнток (28,4%) значення ХГЛ відповідали нормі.

Під час аналізу сироваткових маркерів при різних ВВР у плода було встановлено, що при вадах розвитку НС наголошувалася характерна зміна АФП у бік збільшення, у середньому – 2,6 МОМ, при цьому в підгрупі з відкритими дефектами нервової трубки середній рівень АФП становив 2,8 МОМ. Збільшення АФП більше 2 МОМ наголошувалося у 50,0% випадків, при цьому у половини з них рівень АФП був вищий 4,7 МОМ. Більш ніж у половини пацієнток з ВВР НС (58,2%) відзначені відхилення РАРР від норми. Зміни ХГЛ наголошувалися у 23,3% обстежених пацієнток.

У підгрупі вагітних з ВВР СТ у результаті біохімічного скринінгу відзначені зміни АФП (середнє значення – 2,4 МОМ), ХГЛ (у середньому – 2,1 МОМ), особливо при відкритих дефектах передньої черевної стінки (гастрошизіс, омфалоцеле), причому АФП більше 2 МОМ відзначений у 50,0% пацієнток. Рівень РАРР був змінений в 50,0% вагітних, ХГЛ відрізнявся від норми у 45,5% випадків.

Для пацієнток з ВВР ССС найбільш характерними стали зміни ХГЛ (54,4%) і РАРР (40,2%). Збільшення і зменшення АФП від нормативних значень наголошувалося в 16% випадків.

У підгрупі вагітних із ВВР КМС виявлений високий рівень АФП – у середньому 3,1 МОМ. Змінений РАРР в даній групі наголошувався в 71,1% випадків, у 30,4% жінок був змінений АФП і ХГЛ.

Найбільші зміни серед СМВ у групі вагітних з МВВР спостерігалися в АФП (середнє значення – 2,1 МОМ), збільшення АФП більше 2 МОМ наголошувалося в 50,0% випадків. У 67,7% пацієнток відмічені відхилення РАРР. Зміни ХГЛ фіксували у 47,3% обстежених пацієнток.

Характерними в групі пацієнток з ХП у плода були зміни РАРР (у середньому – 0,4 МОМ), рівень РАРР менше 0,5 МОМ наголошувався у половини вагітних (50,0%), у половини обстежених був змінений і рівень АФП. Значення ХГЛ мінялися в 71,3%, причому частіше (43,3%) фіксували зниження рівня даного СМВ менше 0,5 МОМ.

Під час аналізу діагностичної цінності показників, що вивчаються, можна зробити висновок, що найбільшою чутливістю із СМВ володіє підвищення АФП при ВВР НС (0,83), зниження РАРР при МВВР (0,75), зниження РАРР при ВВР КМС (0,67), зниження і підвищення ХГЛ при ХА (0,67). В ході аналізу змін СМВ встановлена їхня висока специфічність практично для всіх видів ВА (від 0,53 для зниження РАРР при більшості ВА до 0,95 для підвищення ХГЛ при ВВР СТ).

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що специфічні відхилення від норми сироваткових маркерів вагітності при різних видах вроджених вад розвитку мали 16–71% пацієнток, поєднані зміни сироваткових маркерів вагітності відзначені в 19,2% в основній групі пацієнток і в 10,0% – у групі порівняння.

Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму прогностичних заходів у жінок з чинниками ризику.

Роль биохимического скрининга во II триместре беременности в пренатальной диагностике врожденных пороков развития и хромосомных аномалий у плода
Д.В. Куфлевский

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что специфические отклонения от нормы сывороточных маркеров беременности при различных видах врожденных пороков развития имели 16–71% пациенток, сочетанные изменения сывороточных маркеров беременности отмечены в 19,2% в основной группе пациенток и в 10,0% – в группе сравнения.

Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма прогностических мероприятий у женщин с факторами риска.

Ключевые слова: II триместр беременности, врожденные пороки развития, хромосомные аномалии, диагностика, биохимический скрининг.

Role of biochemical screening in the II trimester of pregnancy in prenatal diagnostics of innate teratosis and chromosomal anomalies in fetus
D.V. Kuflevskiy

Results of the spent researches testify that specific deviations from norm serum pregnancy markers at various kinds of congenital developmental anomalies had 16–71% of patients, complex changes serum pregnancy markers are noted in 19,2% in the basic group of patients and in 10,0% – in comparison group.

The received results are necessary for considering by algorithm working out prognostical actions at women with risk factors.

Keywords: II trimester of pregnancy, congenital developmental anomalies, chromosomal anomalies, diagnostics, biochemical screening.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Баранов В.С. Внедрение алгоритма комбинированного скрининга хромосомной патологии плода в I триместре беременности. Опыт работы за 4 года / Е.С. Некрасова, Ю.А. Николаева, Т.К. Кашеева, Т.В. Кузнецова, В.С. Баранов // Журн. акушерства и женских болезней. – 2017. – Т. LVІ, вып. 1. – С. 28–34.
2. Галкина О.Л. Прогностическая значимость эхографических и биохимических маркеров хромосомных аномалий как критерий оценки тактики ведения пациенток, угрожаемых по рождению детей с врожденными и наследственными заболеваниями / О.Л. Галкина // Пренатальная диагностика – 2017. – Т. 6, № 3. – С. 233–235.
3. Демидов В.Н. Ультразвуковая и иммуноферментная диагностика пороков развития передней брюшной стенки и диафрагмы плода / В.Н. Демидов, А.М. Стыгар, В.А. Бахарев // Акушерство и гинекология. – 2018. – № 7. – С. 31–34.

УДК 618.36-008.6-02:618.141-089.85-003.92-085

Порівняльні аспекти плацентарної дисфункції у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину та консервативної міомектомії

С.Л. Чирва

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Отримані результати свідчать, що частота повторного абдомінального розродження у жінок у рубцем на матці після кесарева розтину складає 80,0%, в структурі показань переважають плацентарна дисфункція (ПД) (40,0%); клініко-ехографічні ознаки неспроможності рубця на матці (40,0%) та екстрагенітальна патологія (20,0%). Рівень кесаревого розтину у жінок з рубцем на матці після консервативної міомектомії становить 40,0%, у структурі показань частіше зустрічаються ПД (50,0%); аномалії пологової діяльності (20,0%); тазове передлежання крупного плода (20,0%) та відмова від вагінальних пологів на фоні тривалого безпліддя та використання допоміжних репродуктивних технологій (20,0%).

Перинатальні наслідки розродження жінок з рубцем на матці залежать від причин його наявності. У дітей, народжених від жінок після повторного кесарева розтину вище частота клінічних ознак дистресу плода (16,0% порівняно з 10,0%); морфологічна незрілість (28,0% проти 14,0%); набряклого синдрому (22,0% порівняно з 6,0%); вегетативних неврологічних розладів (8,0% проти 4,0%) та постгіпоксичної енцефалопатії (24,0% порівняно з 14,0%).

Ключові слова: плацентарна дисфункція, кесарів розтин, консервативна міомектомія.

Проблема плацентарної дисфункції (ПД) є однією з найбільш важливих у сучасному акушерстві у зв'язку з постійно зростаючою частотою за відсутності суттєвого зниження перинатальних втрат [1, 7]. Серед основних причин такої тенденції виділяють наступні:

- збільшення частоти екстрагенітальної патології,
- початкових дисгормональних порушень,
- хронічне інфікування тощо [5].

Особливу групу ризику щодо розвитку ПД становлять жінки з рубцем на матці після кесарева розтину і консервативної міомектомії [4, 6]. Останніми роками в структурі показань до кесарева розтину зростає питома вага рубця на матці, причому акушерські і перинатальні результати розродження цих жінок свідчать про високу частоту різної патології [3]. Крім того, завдяки широкому впровадженню сучасних ендоскопічних технологій збільшується кількість консервативної міомектомії у жінок репродуктивного віку, у тому числі і з безпліддям [2].

Водночас у вагітних жінок з рубцем на матці після кесарева розтину і консервативної міомектомії спостерігається високий ризик розвитку різних перинатальних ускладнень, а існуючі лікувально-профілактичні заходи не завжди ефективні.

Не дивлячись на значну кількість наукових публікацій з проблеми ПД у жінок з рубцем на матці не можна вважати її повністю вирішеною, особливо в плані ранньої діагностики ПД, а також ефективності використовуваних лікувально-профілактичних заходів.

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

Мета дослідження: вивчення порівняльних аспектів плацентарної дисфункції у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину та консервативної міомектомії на підставі оцінювання клініко-лабораторних, гормональних, функціональних і морфологічних особливостей формування та функціонального стану фетоплацентарного комплексу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети й завдань було розроблено програму досліджень, що передбачає проведення клінічного аналізу, комплексу лабораторних методів досліджень, сонографічні дослідження та математичне оброблення отриманих даних.

Дослідження були проведені в порівняльному аспекті. Ми провели комплексне оцінювання стану фетоплацентарного комплексу у 50 жінок з рубцем на матці після кесарева розтину (I група) і у 50 жінок після консервативної міомектомії з приводу лейоміоми матки, виконаної до настання даної вагітності (II група). До контрольної групи увійшли 50 першороділей без акушерської і соматичної патології, розроджених через природні пологові шляхи.

На кожну пацієнтку заповнювалася розроблена нами карта обстеження, яка дозволяла враховувати дані анамнезу, результати об'єктивного і додаткових методів дослідження, спосіб розродження, наявність і характер ускладнень у пологах та особливості перебігу післяпологового періоду.

При виконанні дослідження проводили:

- загальноклінічне обстеження;
- клініко-лабораторні методи діагностики (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові);
- функціональний стан фетоплацентарного комплексу (УЗД, доплерометрія, оцінка ендокринологічного статусу; вміст плацентарних білків);
- статистичне оброблення отриманого матеріалу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Порівняльний аналіз клініко-анамнестичних даних жінок з рубцем на матці після кесарева розтину та консервативної міомектомії свідчить про достовірні відмінності за наступними параметрами:

- пацієнтки після консервативної міомектомії є більш старшого віку;
- середня частота вагітностей вища у жінок з рубцем після кесарева розтину, у тому числі за рахунок високого рівня артифіційних абортів, вагітність, що завершила, частіше фіксували у жінок після консервативної міомектомії;

- запальні захворювання органів репродуктивної системи і спайковий процес малого таза частіше зустрічалися у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину;
- порушення репродуктивної функції фіксували в анамнезі частіше у жінок після консервативної міомектомії.

Під час клінічного оцінювання перебігу вагітності у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину у порівнянні з консервативною міомектомією частіше виникає загроза невиношування (22,0% порівняно з 14,0%) та ПД (40,0% проти 18,0%).

Дисгормональні та дисметаболичні порушення розвиваються у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину з 28 тиж вагітності та характеризуються достовірним зменшенням ($p < 0,05$) рівня естріолу (ЕЗ), прогестерону (ПГ), плацентарного лактогену (ПЛ), хоріонічного гонадотропіну (ХГ) та специфічного білка плаценти (SP1) при одночасному підвищенні ($p < 0,05$) концентрації кортизолу (К), фетопротеїну (α -ФП), плацентарного мікроглобуліну (ПМГ) та альфа-2-мікроглобуліну фертильності (АМГФ). У жінок з рубцем на матці після консервативної міомектомії тільки напередодні розродження достовірно знижується ($p < 0,05$) рівень ЕЗ, а всі інші показники – без достовірних змін ($p > 0,05$).

Дисбаланс системного імунітету та цитокінового статусу спостерігають тільки у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину, починаючи з II триместра вагітності, та характеризується достовірним ($p < 0,05$) зниженням вмісту рецепторів лімфоцитів CD3+; CD4+; CD16+; CD20+, лізоциму, інтерлейкіну ІЛ-4 та інтерферону- γ (ІФН- γ) при одночасному збільшенні ($p < 0,05$) концентрації рівня CD8+; CD23+; ІЛ-1; ІЛ-2; ІЛ-10 та ФІ- α .

Частота повторного абдомінального розродження у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину складає 80,0%, у структурі показань переважають ПД (40,0%); клініко-ехографічні ознаки неспроможності рубця на матці (40,0%) та екстрагенітальна патологія (20,0%). Рівень кесарева розтину у жінок з рубцем на матці після консервативної міомектомії становить 40,0%, у структурі показань частіше зустрічаються ПД (50,0%); аномалії пологової діяльності (20,0%); тазове передлежання крупного плода (20,0%) та відмова від вагінальних пологів на фоні тривалого безпліддя та використання допоміжних репродуктивних технологій (20,0%).

Перинатальні наслідки розродження жінок з рубцем на матці залежать від причин його наявності. У дітей, народжених від жінок після повторного кесарева розтину вище частота клінічних ознак дистресу плода (16,0% порівняно з 10,0%); морфологічна незрілість (28,0% проти 14,0%); набрячний синдром (22,0% порівняно з 6,0%); вегетативні неврологічні розлади (8,0% проти 4,0%) та постгіпоксична енцефалопатія (24,0% порівняно з 14,0%).

Для практичної охорони здоров'я ми можемо рекомендувати наступне:

1. Тактика ведення жінок з рубцем на матці залежить від причин його наявності.
2. У жінок з рубцем на матці після кесарева розтину необхідна комплексна рання діагностика (з 28 тиж вагітності) ПД з використанням клініко-функціональних та лабораторних методів дослідження, а також використання медикаментозної корекції відповідно до отриманих результатів додаткових методів дослідження.

3. За наявності рубці на матці після консервативної міомектомії комплексне обстеження функціонального стану фетоплацентарного комплексу необхідно проводити безпосередньо перед розродженням, а метод треба визначити з урахуванням отриманих даних.
4. Під час проведення вагінальних пологів у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину та консервативної міомектомії треба враховувати стан рубця на матці та комплексне оцінювання стану плода з використанням його біофізичного профілю.
5. Розродження жінок з рубцем на матці через природні пологі шляхи дозволяє зменшити рівень ускладнень у матері, а також поліпшити постнатальну адаптацію новонароджених.

ВИСНОВКИ

Отримані дані свідчать про те, що рубець на матці після консервативної міомектомії є більш сприятливою ситуацією для функціонального стану фетоплацентарного комплексу, що дозволяє забезпечити високу частоту розродження через природні пологові шляхи в порівнянні з рубцем на матці після кесарева розтину.

Для покращення перинатальних наслідків розродження жінок з рубцем на матці необхідно використовувати індивідуальний підхід з використанням можливостей розродження жінок через природні пологові шляхи, але тільки у тих випадках, коли це дозволяє стан рубця на матці та функціональний стан фетоплацентарного комплексу.

Сравнительные аспекты плацентарной дисфункции у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения и консервативной миомэктомии С.Л. Чирва

Полученные результаты свидетельствуют, что частота повторного абдоминального родоразрешения у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения составила 80,0%, а в структуре показаний преобладали плацентарная дисфункция (40,0%); клинико-эхографические признаки несостоятельности рубца на матке (40,0%) и экстрагенитальная патология (20,0%).

Уровень кесарева сечения у женщин с рубцом на матке после консервативной миомэктомии составил 40,0%, а в структуре показаний чаще встречались плацентарная дисфункция (50,0%); аномалии родовой деятельности (20,0%); тазовое предлежание крупного плода (20,0%) и отказ от влагалитических родов на фоне длительного бесплодия и использование вспомогательных репродуктивных технологий (20,0%).

Перинатальные исходы родоразрешения женщин с рубцом на матке зависят от причин наличия рубца. У детей, рожденных от женщин после повторного кесарева сечения, выше частота клинических признаков дистресса плода (16,0% по сравнению с 10,0%); морфологической незрелости (28,0% против 14,0%); отекающего синдрома (22,0% по сравнению с 6,0%); вегетативных неврологических нарушений (8,0% против 4,0%) и постгипоксической энцефалопатии (24,0% по сравнению с 14,0%).

Ключевые слова: плацентарная дисфункция, кесарево сечение, консервативная миомэктомия.

Comparative aspects placental dysfunction at women with hem on uterus after Cesarean section and conservative myomectomy S.I. Chirva

The got results testify that frequency repeated abdominal delivery at women with hem on uterus after Cesarean section has made 80,0%, and in structure of indications prevailed placental dysfunction (40,0%); clinical-ehografical signs of inconsistency of hem on uterus (40,0%) and extragenital pathology (20,0%).

Level of cesarean sections at women with hem on uterus after conservative myomectomy has made 40,0%, and in structure of indications met placental dysfunction (50,0%) is more often; anomalies of patrimonial activity (20,0%); pelvic prelying of large fetus (20,0%) and refusal from vaginal labours sorts against long barrenness and use auxiliary reproductive technologies (20,0%).

Perinatalnye outcomes of deliveries women with a hem on uterus depend on the reasons of presence of hem. At children born from women after repeated Cesarean section above frequency of clinical signs distress of fetus (16,0% in comparison with 10,0%); morphological immaturity (28,0% against 14,0%); hypostases syndrome (22,0% in comparison with 6,0%); vegetative neurologic infringements (8,0% against 4,0%) and posthypoxial encephalopathies (24,0% in comparison with 14,0%).

Keywords: placental dysfunction, Cesarean section, conservative myomectomy.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Венцківський Б.М. 2010. Стан імунного та гормонального статусу фетоплацентарного комплексу при недоношуванні вагітності. Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 3: 40-43.
2. Дубоссарская З.М., Мазорчук Б.Ф. Актуальные проблемы бесплодного брака. Винница: ВНМУ: 20-23.
3. Радзинский В.Е. 2010. Плацентарная недостаточность у женщин с рубцом на матке. Акушерство и гинекология: 1: 11-16.
4. Сидорова И.С., Макаров И.О. Фетоплацентарная недостаточность. Клинико-диагностические аспекты. М.: Знание: 126.
5. Чайка В.К. 2011. Основы репродуктивной медицины: практическое руководство. Донецк: Альматео: 275-321.
6. Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М. 2013. Современные аспекты операций кесарьского сечения (обзорная информация). М: 64.
7. Bogatti P. 2013. Feto-placental haemodynamics in growth retardation : A pulsed Doppler study. Europ. J. Obstet. Gynecol.:31:3:213-219.

УДК 618.1-06:618.19

Сучасні аспекти патогенезу дисплазії грудних залоз із урахуванням стану менструальної функції

С.Є. Гладенко

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

Результати дослідження свідчать, що основними моментами патогенезу дисплазії грудних залоз є клініко-анамнестичні дані, а також зміни цитокінового обміну і основних молекулярно-біологічних маркерів.

Отримані результати необхідно використовувати під час розроблення комплексу діагностичних і прогностичних заходів.

Ключові слова: дисплазія грудних залоз, патогенез.

Вивчення механізмів розвитку, своєчасна діагностика і лікування дисплазії грудних залоз (ДГЗ) важливі через дві основні обставини: по-перше, в частині пацієнток розвиток захворювання супроводжується вираженою клінічною симптоматикою, що знижує якість їхнього життя; по-друге, проліферативні форми ДГЗ є чинниками ризику для розвитку раку грудної залози [1, 2]. Дана інформація формує психологічну напруженість пацієнток, призводить до проведення багаточисельних обстежень, повторних курсів комплексного консервативного лікування, оперативних втручань. Усі ці обставини є причиною дезадаптації хворих соціально активного віку. Водночас дані про патогенез ДГЗ є недостатніми і суперечливими, що диктує необхідність вивчення цього дуже важливого наукового завдання.

Мета дослідження: вивчення аспектів патогенезу ДГЗ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено обстеження 100 пацієнток з діагнозом ДГЗ, які увійшли в основну групу.

Критерії включення у дослідження:

- вік 20–49 років;
- наявність клінічних, ультразвукових, морфологічних ознак фіброзно-кістозної хвороби;
- індекс маси тіла не більше 29,9 кг/м².

Критерії виключення з дослідження:

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

До групи порівняння увійшли 50 жінок.

Критерії включення у дослідження:

- вік 20–49 років;
- відсутність клінічних симптомів захворювання грудних залоз;
- відсутність гіперпластичних процесів в інших органах репродуктивної системи;
- регулярний менструальний цикл.

Обстеження включало разом із загальноприйнятими методами фізикальне і ультразвукове дослідження грудних залоз, доплерографію з кольоровим доплерівським картируванням (КДК) кровотоку в артеріях паренхіми, гормональне дослідження, інтраопераційну біопсію і морфологічні методики.

З метою кількісної оцінки інтенсивності масталгії використовували візуально-аналогову шкалу, даних пальпації – бальну оцінку. Для оцінювання різних чинників ризику використовували метод логістичної регресії. Концентрації молекул адгезії ендотелію судин 1 типу (sVCAM-1), інтерлейкіну 6 (ІЛ-6), інтерлейкіну 1β (ІЛ-1β), розчинного Fas-антигену (sFas), лептину, інсуліноподібних чинників ризику (ІЧР-ІІ і ІЧРСБ-3) визначали імуноферментним методом за допомогою стандартних наборів реактивів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У дослідженні виявлені особливості акушерсько-гінекологічного анамнезу пацієнток із ДГЗ. Порівняно зі здоровими жінками вони в анамнезі 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 рази рідше перша вагітність у них завершилася пологами (24,0% проти 50,0%; $p < 0,05$). Менша кількість пацієнток з мастопатією мала одні пологи (35,0% проти 62,0% у групі порівняння; $p < 0,01$). При цьому пацієнтки з ДГЗ перенесли більше 3 штучних абортів (31,0% проти 6,0% у групі порівняння; $p < 0,001$). У 19–35 років у пацієнток з проліферативною формою ДГЗ порівняно з непроліферативною у 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 два і більш за пологи ($4,6 \pm 0,4\%$ і $22,3 \pm 3,1\%$; відповідно, $p < 0,05$); у 46–50 років – в 1,5 разу рідше перша вагітність завершилася пологами.

Зі збільшенням віку хворих на ДГЗ виявлено підвищення частоти супутніх гіперпластичних захворювань матки, патогенетично пов'язаних із функцією яєчників і рівнем статевих гормонів, зокрема міоми матки (з 5,8% у 19–35 років до 40,3% у 46–50 років; $p < 0,001$) і генітального ендометріозу (з 8,7% у 19–35 років до 35,6% у 46–50 років; $p < 0,01$). У хворих віком 36–45 років з проліферативною формою захворювання порівняно з такими, що мають непроліферативну форму, лейоміома матки діагностована частіше в 2,5 разу ($44,2 \pm 3,8\%$ і $18,2 \pm 2,1\%$; відповідно; $p < 0,01$), у 46–50 років – у 2 рази ($46,1 \pm 3,7\%$ і $23,2 \pm 2,6\%$ відповідно; $p < 0,05$). Ці дані підтверджують спільність механізмів розвитку цих захворювань.

Для виявлення чинників ризику переходу непроліферативної форми вузлової ДГЗ у проліферативну ми використовували одно- і багатофакторний регресійний аналіз. Далі за допомогою методу логістичної регресії оцінили, в скільки разів кожен із значущих чинників ризику здатний збільшити вірогідність розвитку проліферативних змін в грудних залозах хворих на вузлову ДГЗ.

При однофакторному аналізі проаналізовано 34 чинники, значимими з них виявилися наявність злоякісних новоутворень у сім'ї ($p=0,000001$), порушення менструального циклу ($p=0,00002$), два і більше вузлових утворень у грудній залозі ($p=0,000035$), розміри вузлового утворення у грудній залозі >1 см ($p=0,00004$), вік більше 40 років ($p=0,0001$), поєднана гінекологічна патологія – генітальний ендометріоз і міома матки ($p=0,0004$), гіпопрогестеронемія ($p=0,0005$), гіперестрогенемія ($p=0,0006$), міома матки ($p=0,002$), раннє менархе ($p=0,0019$), стрес ($p=0,0017$), пізня перша вагітність ($p=0,0014$), куріння ($p=0,0011$), три і більше аборти ($p=0,001$), 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 вузлової ДГЗ ($p=0,04$).

При багатофакторному аналізі проаналізовано 22 чинники, рівень значущості яких при однофакторному аналізі перевищував 0,05. У результаті багатофакторного аналізу виділено 14 значимих чинників ризику переходу непроліферативної форми вузлової ДГЗ у проліферативну. За допомогою методу логістичної регресії визначено, у скільки разів кожен із значимих чинників ризику здатний збільшити вірогідність розвитку проліферації у грудних залозах хворих на вузлову ДГЗ.

Результати логістичної регресії засвідчили, що обтяжена спадковість щодо злоякісних пухлин підвищує ризик розвитку проліферації у 86 разів, порушення менструального циклу – у 53,5 разу, наявність двох і більше вузлових утворень у грудних залозах – у 48,2 разу, наявність вузлових утворень розмірами понад 1 см – у 44,2 разу, вік більше 40 років – у 40 разів.

Слід звернути увагу, що наявність міоми матки підвищує ризик розвитку проліферативних порушень у 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 пацієнток з вузловою ДГЗ, є гіпопрогестеронемія, гіперестрогенемія, міома матки, раннє менархе, пізня вагітність, куріння, багаточисельні аборти (> 3), травма грудної залози і стрес.

За результатами дослідження, sVCAM визначали у сироватці крові всіх обстежених жінок. Середні значення маркера у хворих на вузлову ДГЗ на початку спостереження були достовірно вище, ніж у групі контролю ($p<0,05$). Аналіз рівня sVCAM у хворих на вузлову ДГЗ залежно від наявності гінекологічної патології не виявив достовірних відмінностей між групами. Ураховуючи, що протягом 5 років динамічного спостереження у 12 із 100 (12%) хворих на вузлову ДГЗ виявлений перехід непроліферативної форми захворювання у проліферативну, на наступному етапі ми порівняли рівні sVCAM у цих хворих на початку дослідження і при виявленні проліферації у грудних залозах у різні терміни спостереження. Отримані результати зіставили з рівнем sVCAM у хворих на непроліферативну вузлову ДГЗ і здоровими жінками. Проведений аналіз не виявив статистично значимих відмінностей вихідного рівня sVCAM у 88 хворих на непроліферативну вузлову ДГЗ і в 12 хворих, в яких у процесі спостереження виявлена проліферативна активність.

Звертає увагу наявність тенденції ($p=0,06$) до статистичної достовірності збільшення рівня sVCAM при виявленні проліферативної активності у вузлових утвореннях. Так, при діагностиці проліферативної вузлової ДГЗ паралельно виявлено збільшення концентрації sVCAM ($p<0,05$). Аналіз динаміки sVCAM у пацієнтів з проліферативною формою вузлової ДГЗ залежно від виду гінекологічної патології продемонстрував, що достовірно збільшення середніх значень рівня маркера спостерігалася лише у хворих на лейоміому матки. При виявленні проліферативної активності в грудних залозах концентрація sVCAM у хворих на вузлову ДГЗ, поєднаної з міомою матки, зростає ($p<0,05$) у хворих на вузлову ДГЗ, поєднаної з лейоміомою матки і внутрішнім ендометріозом ($p<0,01$).

Аналіз кореляційних зв'язків між sVCAM та іншими молекулярними маркерами у пацієнтів з проліферативною вузловою ДГЗ виявив наступні тенденції до позитивної залежності:

- 1) між sVCAM і лептином ($r=0,35$; $p=0,07$),
- 2) між sVCAM і ІЛ-1 β ($r=0,54$; $p=0,06$).

Результати порівняльного імуноферментного аналізу рівнів ІЧР-II і ІЧРСБ-3 у сироватці крові хворих на вузлову ДГЗ і здорових жінок засвідчили, що ці маркери визначаються у всіх досліджених зразках сироватки крові. При цьому середня концентрація ІЧР-II у здорових жінок достовірно нижче ($p<0,01$) порівняно з хворими на вузлову ДГЗ. Виявлена достовірна відмінність ($p<0,01$) у вихідних середніх рівнях ІЧР-III між хворими на вузлову ДГЗ.

Вихідний вміст ІЧРСБ-3 у сироватці крові пацієнтів з вузловою ДГЗ був достовірний нижче ($p<0,01$). У хворих на вузлову ДГЗ не відмічене достовірній залежності рівнів ІЧР-II і ІЧРСБ-3 від наявності і виду супутньої гінекологічної патології. Вихідні рівні маркерів у 12 пацієнток із проліферативною вузловою ДГЗ і 88 жінок, в яких надалі проліферація не виявлена, були аналогічними. Проте при виявленні проліферативного фенотипу середній вміст ІЧР-II достовірно підвищився порівняно з вихідним рівнем ($p<0,05$). У більшості цих жінок вузлова ДГЗ поєднувалася з лейоміомою матки.

Інгібітор апоптозу розчинний Fas-антиген початково виявлявся не у всіх жінок, проте у сироватці крові хворих на вузлову ДГЗ його виявляли частіше (67,5%), ніж у здорових жінок (36%), при цьому середні значення маркера були достовірно вище ($p<0,05$) порівняно з контрольною групою.

Статистично значимій залежності вихідного рівня sFas від наявності і вигляду гінекологічної патології у хворих на вузлову ДГЗ не відзначено. Проведений аналіз не виявив статистично значимих відмінностей вихідного рівня sFas у 88 хворих на вузлову ДГЗ і 12 хворих, в яких у процесі 5-річного спостереження виявлений розвиток проліферативної активності.

Проте при діагностиці проліферативного фенотипу було відзначено достовірне підвищення середньої концентрації sFas ($p<0,05$). Найбільш значне підвищення середнього рівня маркера на етапі проліферації також зафіксовано у хворих на міому матки.

Аналіз кореляційних зв'язків між sFas і іншими дослідженими молекулярними маркерами виявив тенденцію до негативної кореляційної залежності ($r=-0,41$) між sFas і ІЧР-II і пряму кореляцію між sFas і ІЛ-1 β ($r=0,52$).

Аналіз кореляційних зв'язків між sFas та іншими молекулярними маркерами виявив тенденцію до негативної кореляційної залежності ($r=-0,41$) між sFas і ІЧР-II і пряму між sFas і ІЛ-1 β ($r=0,52$).

Порівняльне імуноферментне дослідження ІЛ-6 у сироватці крові 100 хворих на вузлову ДГЗ і 50 здорових жінок виявило значні коливання рівня ІЛ-6 у хворих на вузлову ДГЗ. Водночас у здорових жінок значення цитокіну перебували у вузьких межах. Вихідні рівні ІЛ-6 у хворих на вузлову ДГЗ не залежали від наявності у них гінекологічної патології і було достовірне вище за контроль. Не відзначено статистично значимих відмінностей вихідного рівня ІЛ-6 у 88 хворих на вузлову ДГЗ і 12 хворих, в яких протягом 5-річного спостереження виявлена проліферативна активність.

Виявлена тенденція до підвищення концентрації ІЛ-6 у сироватці крові хворих на вузлову ДГЗ при діагностиці проліферативної активності у грудних залозах. Проведений аналіз індивідуальної динаміки маркера засвідчив, що за час спостереження його рівень збільшувався у 58,0% жінок з проліферативним фенотипом, загалом у хворих на лейоміому матки.

Слід зазначити, що в жодній практично здоровій жінки цитокін ІЛ-1 β не був виявлений.

Аналіз кореляційних зв'язків між цитокінами та іншими молекулярними маркерами виявив кореляційну залежність між ІЛ-1 β і ІЛ-6 ($r=0,51$), ІЛ-1 β і sFas ($r=0,52$), ІЛ-1 β і sVCAM ($r=0,54$).

Дослідження рівнів лептину в різні терміни спостереження продемонструвало, що його середній рівень статистично не відрізнявся у хворих на вузлову ДГЗ і практично здорових жінок репродуктивного віку і не залежав від наявності супутньої гінекологічної патології. На етапі виявлення проліферації у тканині грудних залоз показники гормону достовірно не відрізнялися від вихідних значень.

Дослідження рівнів молекулярно-біологічних маркерів sVCAM-1, sFas, ІЧР-II і ІЧРСБ-3, ІЛ-6 ІЛ-1 β і лептину засвідчило, що для виявлення проліферативної активності у грудних залозах у хворих на вузлову ДГЗ доцільно проводити динамічне кількісне визначення таких маркерів як sVCAM-1, sFas, ІЛ-1 β , ІЛ-6, ІЧР-II і ІЧРСБ-3. Оскільки підвищення вихідного рівня ІЛ-1 β на 26%, sFas – на 21%, ІЛ-6 – на 21%, sVCAM-1 – на 25% і більше свідчить про можливу проліферативну активність у вузлових утвореннях грудних залоз, а одночасне підвищення декількох маркерів, наприклад ІЛ-6, sFas, ІЛ-1 β , є прямим свідченням для проведення термінової біопсії вузлових утворень з подальшим цитологічним дослідженням отриманого матеріалу для діагностики проліферативного фенотипу.

ВИСНОВКИ

Результати дослідження свідчать, що основними моментами патогенезу ДГЗ є клініко-анамнестичні дані, а також зміни цитокінового обміну і основних молекулярно-біологічних маркерів.

Отримані результати необхідно використовувати під час розроблення комплексу діагностичних і прогностичних заходів.

Современные аспекты патогенеза дисплазии грудных желез с учетом состояния менструальной функции

С.Е. Гладенко

Полученные результаты свидетельствуют, что основными моментами патогенеза дисплазии грудных желез являются клинико-анамнестические данные, а также изменения цитокинового обмена и основных молекулярно-биологических маркеров. Полученные результаты необходимо использовать при разработке комплекса диагностических и прогностических мероприятий.

Ключевые слова: дисплазия грудных желез, патогенез.

Modern aspects of pathogenesis dysplasia of mammary glands recognition the state of menstrual function

S.E. Gladenko

The received results testify, that the basic moments pathogenesis of dysplasia of mammary glands are clinical-anamnesical data, and also changes cytokinal exchange and the basic molecular-biological markers. The received results are necessary for using by working out of a complex diagnostic and prognostical actions.

Keywords: dysplasia of mammary glands, pathogenesis.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гинекология от пубертата до постменопаузы: практическое руководство /под ред. Айламазян Э.К. – М.: МЕДпресс-информ, 2018. – 447 с.
2. Исследование молочных желез в практике акушера-гинеколога: методическое пособие / под ред. Коган И.Ю. – СПб.: Изд.-во Н-Л, 2019. – 23 с.

УДК 618.17-008.8-053.6-039:612.018:576

Актуальні аспекти ендокринологічного та імунного статусу в жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді

О.А. Ковалишин

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

У ході клінічного дослідження встановлено зниження концентрації прогестерону в жінок з первинною олігоменореєю в анамнезі, зниження естрадіолу в преовуляторний період у жінок з пізнім віком менархе. Під час оцінювання концентрації фолікулостимулюючого гормону у підгрупах відзначали його збільшення у пацієнок з пубертатними кровотечами порівняно з контрольною групою, що зумовлено низьким рівнем антимюллерового гормону у сироватці крові. Кореляційний взаємозв'язок між показниками цих гормонів та інтерлейкінів (ІЛ-4, ІЛ-8) свідчить про вплив цитокінів на процеси фолікулогенезу і формування жовтого тіла. Параметри оваріального резерву не знижені.

Аналіз гормонального і цитокінового статусу у жінок з порушеннями менструальної функції у пубертатному віці дозволяє провести аналогію між процесами овуляції і запальною відповіддю. Цитокіни, які продукуються деякими імунними клітинами, є сигнальними молекулами, що впливають на клітинну проліферацію й апоптоз клітин яєчника, фолікулогенез, секрецію гормонів і таким чином відіграють важливу роль в овуляції. Отже, імунна система може бути додатковим місцевим регулятором функції яєчника. Естрадіол і прогестерон мають велике значення в секреторній трансформації ендометрія, особливо в період «вікна імплантації».

Ключові слова: пубертатний період, менархе, олігоменорея, пубертатні кровотечі, фолікулогенез, прогестерон, естрадіол, інтерлейкіни, гіпофіз, антиоваріальні антитіла.

Жіноча статевая система має багато ступенів захисту від дії негативних екзо- та ендогенних несприятливих впливів. Однак вона найбільш чутлива до них у критичні періоди свого розвитку: перинатальний, період раннього пубертату (від початку формування вторинних статевих ознак до появи першої менструації) і в перший рік після менархе. Наслідки більшості відхиляючих факторів неспецифічні, мають багато однакових рис і можуть клінічно проявлятися у віддалені періоди після їхньої безпосередньої дії [1]. При цьому характер і глибина порушень залежать від ступеня зрілості статевої системи, вихідного функціонального стану

центрів нейрогуморальної регуляції та яєчників, а також тривалості дії шкідливого чинника.

Серед факторів, на тлі яких часто виникає дисфункція нейрогормонального регулюючого комплексу, що зумовлює порушення менструальної функції в період її становлення з подальшими стійкими її розладами, виділяють:

- обтяжену спадковість як за материнською, так і батьківською лініями;
- ускладнений перебіг перинатального періоду;
- тяжкі гострі або хронічні екстрагенітальні захворювання в дитячому і підлітковому віці, особливо в період становлення менструальної функції;
- раннє або пізнє менархе;
- виховання дівчинки в сім'ї соціального ризику або без участі батьків;
- техногенне забруднення навколишнього середовища [2].

До іншої групи чинників, що можуть стати безпосередньою причиною патологічного перебігу періоду становлення менструальної функції, приєднуються:

- загострення хронічних екстрагенітальних хвороб;
- втрата маси тіла або, навпаки, її збільшення;
- підвищені фізичні (спортивні) чи психоемоційні навантаження, гострий і хронічний психоемоційний стрес [2].

Процес овуляції характеризується пораненням тканин і порівнюється з асептичним запаленням [3]. У контролі яєчникових функцій важливу роль відіграють цитокіни (інтерлейкіни, активін, інгібін, фактори росту тощо). Існує припущення, що за їхньої допомоги можна прогнозувати, діагностувати та лікувати різні яєчникові розлади [4]. Експериментальні дані свідчать про участь інтерлейкінів у регуляції функції яєчників, але молекулярні механізми дії описані не повністю [5].

Концентрація різних інтерлейкінів у фолікулярній рідині впродовж менструального циклу має виражені коливання [6]. Встановлено, що ІЛ-8 бере участь в індукції ангіогенезу під час формування жовтого тіла. Експериментальний аналіз продемонстрував, що вплив ІЛ-6 на культуру лютеїнових клітин призводить до пригнічення секреції прогестерону та естрадіолу, втім ІЛ-4 суттєво не пригнічує секрецію прогестерону, але інгібує естрадіол [7]. Немає чітких даних щодо зв'язку ІЛ-10 та ендокринного стану, але існує думка про значну роль цього цитокіну в ранній вагітності, його концентрація в сироватці крові у пацієнок з репродуктивною недостатністю перевищувала контрольні значення, при цьому рівень ІЛ-6 не мав значущих розбіжностей [6, 7].

У низці досліджень є підтвердження ролі поєднаної аутоімунної патології (захворювання щитоподібної залози, хронічний тонзиліт тощо) з періоду становлення менструальної функції у формуванні оваріального недостатності [8, 9]. Значне зниження оваріального резерву спостерігається внаслідок перенесеного запального процесу в придатках матки, зокрема, у жінок раннього репродуктивного віку після епізоду загострення хронічного запального захворювання, після чого в яєчниках зафіксовано підвищення рівня антиоваріальних антитіл (АОА) [10]. Оперативні втручання на органах малого таза також супроводжуються незначним збільшенням АОА. У жінок з безпліддям значно частіше виявляються антитіла до гонадотропних і стероїдних гормонів у крові і фолікулярній рідині, ніж у фертильних жінок [10].

Отже, реалізацію дігродної функції забезпечує функціонування репродуктивної системи, яка представлена сукупністю гіпоталамуса, гіпофіза, яєчників і органів-мішеней (матка, маткові труби) [1, 4]. Порушення функціонального взаємозв'язку між окремими структурами загального ланцюга є причиною патології, що клінічно проявляється порушенням менструальної функції і безпліддям. На функціонування репродуктивної системи впливають міжсистемні взаємовідносини з функцією наднирників і щитоподібної залози [9]. У пубертатному періоді триває активне пристосування усіх ланцюгів репродуктивної системи до циклічного функціонування, результатом чого до повнолітнього віку є встановлення тісного взаємозв'язку між параметрами оваріального резерву і гормонального фону [8].

Отже, дослідження рівня гіпофізарних і стероїдних гормонів у периферійній крові жінок, які мали порушення менструальної функції у пубертатному періоді, як етіологічного фактора первинного безпліддя, має значення для відновлення репродуктивної функції жінок і збільшення народжуваності.

Мета дослідження: за даними лабораторних та інструментальних методів дослідження вивчити особливості гормонального статусу і взаємозв'язок гормонів яєчника з інтерлейкінами у жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Клінічне дослідження проведено у 120 жінок репродуктивного віку. До основної групи увійшли 90 жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді. За характером порушень в основній групі виділено три підгрупи:

- підгрупа 1 – жінки з первинною олігоменореєю в анамнезі (n=30);
- підгрупа 2 – з пізнім віком менархе (n=30);
- підгрупа 3 – підгрупа з пубертатними кровотечами (n=30).

До контрольної групи увійшли 30 жінок з правильним ритмом менструацій в пубертатному періоді.

Критерії включення до основної групи:

- жінки репродуктивного віку від 19 до 32 років (середній вік жінок основної групи дорівнював $22,4 \pm 0,2$ року, контрольної – $22,3 \pm 0,3$ року);
- відсутність самостійних менструацій від менархе протягом від 45 днів до 6 міс при своєчасному загальнопопуляційному віці менархе;
- жінки з пізнім віком менархе (з 15 років);
- жінки з рідкими менструаціями у пубертатному періоді у формі пубертатних кровотеч.

Критерії виключення з основної групи:

- надмірна маса тіла;
- гіперандрогенія;
- використання гормонотерапії під час дослідження;
- соматична й ендокринна патологія;
- вроджені аномалії і хромосомні порушення;
- оперативні втручання на органах малого таза в підлітковому віці;
- доброякісні (лейоміома) і злоякісні новоутворення.

Збір анамнезу проводили за загальноприйнятною схемою. Особливу увагу приділяли періоду становлення менструальної функції, віку менархе, тривалості і регулярності менструального циклу, тривалості і кількості менструальних виділень, гінекологічним захворюванням.

Кров для гормональних досліджень отримували з ліктьової вени шляхом венепункциї вранці натщесерце на 3–4-у добу спонтанного менструального циклу. У сироватці крові визначали базальний рівень фолікулостимулюючого гормону (ФСГ), лютеїнізуючого гормону (ЛГ), тиреотропного гормону (ТТГ), пролактину, кортизолу, загального тестостерону, естрадіолу (E_2), дегідроепіандростендіон-сульфату (ДГЕА-С) і антимюллерового гормону (АМГ). Дослідження прогестерону і цитокінів здійснювали в період передбачуваного «вікна імплантації» на 20–22-у добу менструального циклу методом твердофазного імуноферментного аналізу (ІФА) і реагентів для визначення гормонів.

Трансвагінальне ультразвукове дослідження виконували на 11–14-у добу (пізня стадія фази проліферації ендометрія) та 20–22-у добу (середня стадія фази секреції) менструального циклу, вимірювання проводилось у режимі реального часу внутрішньопорожнинним датчиком з частотою 5–9 МГц. Досліджували розміри матки, товщину ендометрія, об'єм яєчників, кількість і діаметр фолікулів.

Математичне і статистичне оброблення отриманих даних проводили за допомогою пакету статистичних програм Microsoft Office Excel 2007, «Statistica 6.0». Оцінку статистичної значимості відмінностей проводили із застосуванням параметричного t-критерія Стьюдента для незалежних вибірок ($M \pm \sigma$). Відмінності в усіх випадках оцінювали як статистично значущі при $p < 0,05$. Силу кореляційного зв'язку між досліджуваними ознаками визначали за критерієм кореляції Спірмена.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час дослідження були отримані дані щодо концентрації гіпофізарних гормонів і естрадіолу на 3–4-у добу, прогестерону і естрадіолу на 20–22-у добу менструального циклу у жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді (основна група, n=90). До контрольної групи n=30 увійшли жінки з правильним ритмом менструацій в пубертаті.

Концентрації ФСГ у пацієток з основної і контрольної груп достовірно не відрізнялись і відповідали референтним значенням у жінок репродуктивного віку (3,5–6,0 МО/л). Під час оцінювання концентрації ФСГ у підгрупах (n=30) основної групи відмічалось збільшення у пацієток з пубертатними кровотечами (підгрупа 3) порівняно з групою контролю ($p < 0,05$), що зумовлено низьким рівнем АМГ у сироватці крові.

Концентрація ЛГ у жінок основної групи була вищою порівняно з групою контролю ($p < 0,001$), але не перевищувала референтних значень (4,0–9,0 МО/л). У підгрупах основної групи ця закономірність зберігалась. Отже, у жінок з порушеннями менструальної функції в пубертатному періоді відзначалась нормогонадотропна функція гіпофіза.

Для росту і розвитку фолікула в яєчнику має значення співвідношення ЛГ/ФСГ, що дозволяє нівелювати випадкові викиди гонадотропних гормонів. За даними даного дослідження, співвідношення ЛГ/ФСГ у жінок основної групи бу-

ло вищим за рахунок рівня ЛГ порівняно з контрольною групою ($p < 0,001$) і не перевищувало 1,5. Встановлена закономірність щодо ЛГ/ФСГ зафіксована у жінок із первинною олігоменореєю в анамнезі (підгрупа 1; $p < 0,001$) і з пізнім віком менархе (підгрупа 2; $p < 0,01$). У жінок з пубертатними кровотечами показники ЛГ/ФСГ достовірно не відрізнялись від групи контролю, що можна вважати предиктором нормального розвитку фолікула і настання овуляції.

Концентрація пролактину в сироватці крові в жінок, які мали порушення менструальної крові в пубертатному періоді, достовірно не відрізнялась від показників у жінок з правильним ритмом менструації. Рівень ТТГ у пацієток основної групи був вищий порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$). У порівняльному аспекті між підгрупами достовірних відмінностей не виявлено, а в підгрупі 3 рівень ТТГ був вищий за показники в групі контролю ($p < 0,05$), але не перевищував референтні значення (0,4–4,0 мМО/л).

Концентрація ДГЕА-С в основній групі та її підгрупах достовірно не відрізнялась від контрольної, що виключало надниркову гіперандрогенію як причину порушень менструальної функції. У концентрації кортизолу у жінок обстежуваних груп і підгруп також не було статистично значимих відмінностей. Показники рівня загального тестостерону в сироватці крові жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді, були вищі порівняно з контрольною групою ($p > 0,05$), у підгрупах основної групи статистично значимі відмінності з групою контролю зберігались, але в межах референтних значень (1,5–2,5 нмоль/л). Збільшення загального тестостерону у крові жінок основної групи можна пояснити збільшенням секреції ЛГ у гіпофізі, що сприяло стимуляції яєчників і супроводжувалося гіперплазією стромі і тека-тканини яєчника.

Процес імплантації бластоцисти в ендометрій регулюється багатьма факторами, в тому числі:

- судино-ендотеліальними факторами росту,
- інтерлейкінами,
- станом гемодинаміки в базальних і спіральних артеріях матки,
- яєчниковими гормонами та їхньою взаємодією з рецепторами ендометрія.

З огляду на несприятливий репродуктивний результат у 7,1% обстежуваних жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді, було досліджено концентрацію естрадіолу, прогестерону й експресію прозапальних і протизапальних інтерлейкінів у період «вікна імплантації» на 20–22-у добу менструального циклу. Наявність овуляції була підтверджена даними ультразвукового обстеження.

Концентрація E_2 у сироватці крові жінок підгрупи 2 (з пізнім віком менархе) у фолікулінову фазу була достовірно нижча порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$). Зниження секреції естрадіолу вважалось предиктором неповноцінного фолікула і формування жовтого тіла в яєчнику. У лютеїнову фазу менструального циклу концентрація E_2 в обстежуваних групах і підгрупах пацієток статистично значуще не відрізнялась. Концентрація прогестерону, визначеного в стадію розквіту жовтого тіла, в основній групі була статистично значимо меншою, ніж у групі контролю ($p < 0,05$). Найнижчу концентрацію прогестерону виявлено в підгрупі пацієток з первинною олігоменореєю в анамнезі порівняно з групою контролю ($p < 0,001$), пізнім віком менархе і пубертатними кровотечами ($p < 0,05$). Ест-

радіол і прогестерон мають велике значення в секреторній трансформації ендометрія, особливо в період «вікна імплантації».

Накопичені наукові дані дозволяють провести аналогію між процесами овуляції і запальною відповіддю. Імунна система може бути додатковим місцевим регулятором функції яєчника. Цитокіни, що продукуються деякими імунними клітинами, є сигнальними молекулами, які впливають на клітинну проліферацію і апоптоз клітин яєчника, фолікулогенез, секрецію гормонів [4, 6]. Інтерлейкіни можуть модулювати функцію яєчників і відіграють важливу роль в овуляції.

Було досліджено концентрацію прозапальних ІЛ-6, ІЛ-8 і протизапальних ІЛ-4, ІЛ-10 у сироватці крові в період передбачуваного «вікна імплантації» в ендометрії. Статистично значущих відмінностей між обстежуваними групами і підгрупами жінок не виявлено. В однієї жінки з підгрупи 1 (первинна олігоменорея в анамнезі) відмічено збільшення прозапальних ІЛ-6 і ІЛ-8. Збільшення тільки ІЛ-8 спостерігалось по одній пацієнтці у 2-й і 3-й підгрупах. У всіх трьох пацієток діагностовано дисменорею.

Інтегральний аналіз міжсистемних взаємовідносин між показниками гормонально-цитокінового статусу в жінок з первинною олігоменореєю в анамнезі виявив середню пряму кореляційну залежність між показниками прогестерону та ІЛ-4 ($p = 0,030$), ІЛ-10 ($p = 0,043$). Через те, що концентрація ІЛ-6 у сироватці крові в 1,2 разу нижча, але не мала статистично значимих відмінностей, а концентрація прогестерону в цій підгрупі достовірно нижча, ніж у групі контролю і в жінок підгруп 2 і 3, можна припустити, що ІЛ-4 впливав на секрецію прогестерону, але несуттєво значимо.

У жінок з пізнім віком менархе виявлено сильну зворотну кореляційну залежність між показниками естрадіолу та ІЛ-4 ($p = 0,017$), ІЛ-8 ($p = 0,041$). Концентрація E_2 у жінок цієї групи у фолікулінову фазу менструального циклу значимо менша, ніж в контрольній групі, що свідчить про суттєвий вплив ІЛ-4 та ІЛ-8 на секрецію естрадіолу в яєчнику.

Одним із можливих етіопатогенетичних варіантів розвитку яєчничкової недостатності є аутоімунне ураження тканини яєчників [10]. Дослідивши концентрації АОА у крові обстежуваних жінок, статистично значимих відмінностей між групами і підгрупами основної групи не виявлено. У всіх жінок основної групи рівень антиоваріальних антитіл був у межах референтних значень (0–10 ОД/мл). Інтегральний аналіз міжсистемних взаємовідносин між АОА і гормонами яєчника не виявив кореляційної залежності. Це дозволило нам виключити аутоімунну агресію в генезі порушень функції яєчників у репродуктивному віці.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що у жінок репродуктивного віку, які мали порушення менструальної функції у пубертатному періоді, встановлена нормогонадотропна функція гіпофіза. Гормональна функція яєчників характеризувалась достовірним зниженням концентрації прогестерону в стадії розквіту жовтого тіла у жінок з первинною олігоменореєю в анамнезі, що вважалось предиктором зниження ефективності процесу імплантації. Концентрація естрадіолу у фолікулінову фазу достовірно нижча у жінок з пізнім віком менархе, що мало значення у формуванні жовтого тіла.

У жінок з пубертатними кровотечами показники ЛГ/ФСГ достовірно не відрізнялись від групи контролю, що можна вважати предиктором нормального розвитку фолікула і настання овуляції. Концентрація інтерлейкінів у крові не мала статистично значимих відмінностей між обстежуваними групами жінок, але виявлені кореляційні залежності з показниками естрадіолу і прогестерону вказують про їхню участь у процесах фолікулогенезу в яєчнику і формуванні жовтого тіла. Концентрація антиоваріальних антитіл у жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді, не мала статистично значимих відмінностей від аналогічних показників у жінок з правильним ритмом менструацій в пубертатному віці, що виключає аутоімунну причину в розвитку овуляторної дисфункції в репродуктивному віці. Оваріальний резерв у жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному віці, зберігається.

Актуальные аспекты эндокринологического и иммунологического статуса у женщин с нарушениями менструальной функции в пубертатном периоде
О.А. Ковалишин

В ходе клинического исследования установлено снижение концентрации прогестерона у женщин с первичной олигоменореей в анамнезе, снижение эстрадиола в преовуляторный период у женщин с поздним возрастом менархе. При оценке концентрации фолликулостимулирующего гормона в подгруппах было отмечено увеличение у пациенток с пубертатными кровотечениями по сравнению с контрольной группой, что обусловлено низким уровнем антимюллерового гормона в сыворотке крови. Корреляционная связь между показателями этих гормонов и интерлейкинами (ИЛ-4, ИЛ-8) свидетельствует о влиянии цитокинов на процессы фолликулогенеза и формирование желтого тела. Параметры овариального резерва не снижены.

Анализ гормонального и цитокинового статуса у женщин с нарушениями менструальной функции в пубертатном периоде позволяет провести аналогию между процессами овуляции и воспалительным ответом. Цитокины, продуцируемые некоторыми иммунными клетками, являются сигнальными молекулами, которые влияют на клеточную пролиферацию и апоптоз клеток яичника, фолликулогенез, секрецию гормонов и таким образом играют важную роль в овуляции. Поэтому иммунная система может быть дополнительным местным регулятором функции яичника. Эстрадиол и прогестерон имеют большое значение в секреторной трансформации эндометрия, особенно в период «окна имплантации».

Ключевые слова: пубертатный период, менархе, олигоменорея, пубертатные кровотечения, фолликулогенез, прогестерон, эстрадиол, интерлейкины, гипофиз, антиоваріальні антитіла.

Actual aspects of endocrine and immunological status in women with menstrual dysfunction in the puberty
O.A. Kovalishin

A clinical study found a decrease in the concentration of progesterone in women with a history of primary oligomenorrhea, a decrease in estradiol in the preovulatory period in women

with late menarche. When assessing the concentration of follicle-stimulating hormone in the subgroups, an increase was noted in patients with puberty bleeding compared with the control group, due to the low level of antimuller hormone in the blood serum. The correlation between the indicators of these hormones and interleukins (IL-4, IL-8) indicates the influence of cytokines on folliculogenesis and the formation of the corpus luteum. Ovarian reserve parameters are not reduced.

An analysis of the hormonal and cytokine status in women with menstrual dysfunction in the puberty allows us to draw an analogy between the processes of ovulation and the inflammatory response. The cytokines produced by certain immune cells are signaling molecules that affect cell proliferation and apoptosis of ovarian cells, folliculogenesis, hormone secretion and thus play an important role in ovulation. Therefore, the immune system may be an additional local regulator of ovarian function. Estradiol and progesterone are of great importance in the secretory transformation of the endometrium, especially during the «implantation window».

Keywords: puberty, menarche, oligomenorrhea, pubertal bleeding, folliculogenesis, progesterone, estradiol, interleukins, pituitary gland, anti-ovarial antibodies.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Левенець СО, Начьотова ТА, Новохатська СВ, Удовікова НО та ін. 2016. Діагностика і профілактика олигоменореї та вторинної аменореї у дівчат-підлітків: методичні рекомендації. Харків: ДУ Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України, 28.
2. Левенець СО, Перевозчиков ВВ, Верхошанова ОГ, Мальцева ОІ, Носарь ЄА. 2013. Соціальні й медико-біологічні чинники ризику порушень функції статеві системи в дівчаток. Український журнал дитячої ендокринології. 2:47-8.
3. Spanel-Borowski K. 2011. Ovulation as danger signaling event of innate immunity. *Molecular and Cellular Endocrinology*. 333(1):1-7.
4. Луценко ОІ. 2016. Особливості гормонального статусу жінок та його вплив на організм. *Молодий вчений*. 8(35):139-43.
5. Smolikova K, Mlynarcikova A, Scsukova S. 2012. Role of interleukins in the regulation of ovarian functions. *Endocrine regulations*. 46(4): 237-53.
6. Настюк МВ, Цисар ЮВ. 2019. Оцінка цитокинового статусу як критерій ефективності лікування пубертатних менорагій у дівчат-підлітків. *Медичний форум*, 18(18):22-4.
7. Murayama C et al. 2010. Effect of VEGF (vascular endothelial growth factor) on expression of IL-8 (interleukin-8), IL-1beta and their receptors in bovine theca cells. *Cell Biology International*. 34(5):531-6.
8. Бачинська ІВ. 2016. Становлення менструальної функції та гормональний гемостаз дівчат-підлітків, хворих на аутоімунний тиреоїдит. *Репродуктивна ендокринологія*. 5(31):60-4.
9. Гнатко ОП, Чубати АІ, Семенюк ЛЛ. 2016. Вплив соматичної та гінекологічної патології на репродуктивне здоров'я дівчат-підлітків. *Акушерство. Гінекологія. Генетика*. 1:52-5.
10. Межинская ИВ и др. 2012. Антитела к гормонам репродуктивной системы как возможный фактор риска неблагоприятного исхода в циклах экстракорпорального оплодотворения. *Акушерство и гинекология*. 2:41-5.

УДК 618.14-089.87-06-055.2-055.2-005.2-056.5

Вплив надмірної маси тіла на стан гемостазу у жінок після гістеректомії

В.В. Костіков

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

Отримані результати свідчать, що у жінок після гістеректомії з яєчниками або без у перименопаузальному періоді виявлені порушення в системі макро- і мікрореології, в'язкості крові, зумовленої підвищенням рівня гематокриту, зменшенням деформабільності та активацією агрегаційної здатності еритроцитів, що виражаються підвищенням, а також зміни функціональної системи гемостазу, що характеризуються помірною гіперкоагуляцією з пригніченням антикоагулянтної і фібринолітичної ланок. Ці зміни значиміші у жінок після гістеректомії з придатками і виникають протягом першого року після операції.

Отримані результати необхідно використовувати під час розроблення комплексу діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів.

Ключові слова: надмірна маса тіла, постгістеректомічний синдром, система гемостазу, гемореологія.

На сьогодні широко упроваджуються в клінічну практику оперативні методи лікування основних гінекологічних захворювань [1–4]. Визначення раціональних свідчень до операції, адекватний анестезіологічний посібник, використання точної техніки, бурхливий розвиток ендоскопічної хірургії призвели до того, що оперативне втручання в гінекології стало розглядатися як досить безпечна та ефективна лікувальна процедура, що забезпечує, а в деяких випадках гарантує пацієнтці повне одужання [2, 3]. Ця клінічна і соціальна ситуація призвела до значного зростання кількості оперативних втручань у гінекології, зокрема, гістеректомій, частка яких становить від 15% до 45% у структурі всіх гінекологічних операцій [1–4].

Не дивлячись 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. Особливу увагу, на нашу думку, слід приділити змінам функціонального стану системи гемостазу і гемореології у жінок після гістеректомії.

Усе викладене вище свідчить про необхідність вивчення функціонального стану системи гемостазу і гемореології у жінок перименопаузального періоду із надмірною масою тіла, що і стало **метою** даного наукового дослідження.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети було обстежено 150 жінок перименопаузального періоду із надмірною масою тіла, середній вік яких становив $46,9 \pm 1,1$ року. Гістеректомія була виконана 120 жінкам з різними гінекологічними захворюваннями, причому до I клінічної групи увійшли 60 пацієнок, яким була виконана гістеректомія без придатків; 60 пацієнок після гістеректомії з придатками увійшли до II клінічної групи, а до групи контролю – 30 жінок без оперативного лікування в анамнезі.

Стан системи гемостазу і гемореології оцінювали за загальноприйнятими методиками.

Під час оцінювання соматичного статусу було виявлено високу частоту екстрагенітальної патології. Так, у I групі на одну пацієнтку доводилося $2,5 \pm 0,2$ захворювань, а в II групі – $2,1 \pm 0,2$. З більшою частотою зустрічалися надмірна маса тіла, захворювання серцево-судинної системи (гіпертонічна хвороба), гіперплазія щитоподібної залози, патологія травного тракту (хронічні гастрити, дискінезія жовчовивідних шляхів і хронічний холецистит).

Отже, під час аналізу менструальної, дітородної функцій і контрацептивного анамнезу і соматичної патології істотних відмінностей між групами не встановлено.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У жінок з індукованою менопаузою дослідження показників гемореології і гемостазу має велике значення, оскільки гіперкоагуляція, що корелює з порушенням властивостей реології крові, індукованих гіпострогенією, в сукупності призводять до погіршення кровотоку в системі дрібних судин I, в результаті, до порушення мікроциркуляції, підвищуючи ступінь ішемії міокарду, мозку і інших органів.

Разом із порушеннями ліпідного обміну, ці зміни є одними з провідних причин підвищеного ризику виникнення серцево-судинних захворювань у жінок у менопаузі.

Проведене дослідження засвідчило, що в обстежених жінок контрольної групи спостерігали стійкий гемостатичний гемостаз, що характеризується показниками прокоагулянтної, тромбоцитарної, антикоагулянтної і фібринолітичної ланок гемостазу, які відповідають лабораторним нормам для даної вікової категорії.

Отримані результати через 9 і 12 міс після оперативного лікування продемонстрували, що у хворих після хірургічного лікування спостерігаються деякі патологічні зрушення в даній системі, що виражається у більш ніж двократному збільшенні рівня розчинних фібрин-мономерних комплексів (РФМК) у плазмі крові. РФМК утворюються в організмі у відповідь на гіперфібриногенемію в процесі фібринолізу і є продуктом реакції плазмін-фібриноген-фібрин. Підвищення їхньої концентрації є результатом інтенсифікації внутрішньосудинного тромбоутворення.

Рівень фібриногену зафіксований у межах фізіологічної норми у I і II групах, але був достовірно вище, ніж в контрольній групі.

Показники прокоагулянтної ланки – активований тромбoplastиновий час (АПТЧ) і протромбіновий час (ПЧ) були в межах норми як у I групі, так і в II групі і від показників контрольної групи достовірно не відрізнялися. На відміну від цього аналіз показників тромбоцитарної ланки виявив його активацію, яка характеризувалася збільшенням кількості тромбоцитів у крові у післяопераційних хворих, причому вище у II групі – у жінок після гістеректомії з яєчниками. Крім того, достовірно відмітним виявлений рівень спонтанної агрегації і АДФ агрегації тромбоцитів. Показники перевищували контрольні у I групі на 80% і 55%, а в II групі – на 80% і 57% відповідно.

Оцінка фібринолітичної системи виявила значне пригнічення активності цієї ланки гемостазу, що підтверджувалося подовженням показника ХІІа-залежного фібринолізу у I групі у 2 рази і в II групі – у 2,2 разу порівняно з контролем.

Звертає увагу і факт зниження рівня антитромбіну III (АТ-III) на 10% у I групі і на 15% – у II групі, що свідчить про зниження активності антикоагулянтної ланки системи гемостазу.

Проаналізувавши отримані результати, встановлено, що у хворих після хірургічного лікування виявлені порушення системи гемостазу, кількості, що характеризуються збільшенням, і активності тромбоцитів, рівня фібриногену, зниженням концентрації антитромбіну III і подовженням показника ХІІа-залежного фібринолізу, які виникають вже протягом року після операції, причому залежно від видалення яєчників статистично значущих відмінностей не мають.

Порушення в системі гемостазу відбуваються паралельно з порушеннями гемореологічних властивостей крові. Аналіз особливостей гемореології у жінок після оперативного лікування виявив у них збільшення гематокриту на 30% у I групі і на 33% – у II групі.

Виявлено відхилення від норми деяких показників мікрореологій, зокрема деформованості еритроцитів (по коефіцієнту жорсткості). Вірогідне зниження лецитину в мембрані могло призвести до різкого зниження деформабельності еритроцитів, причому аналогічні тенденції спостерігалися і при насиченні мембрани холестерином.

Виявлена гіперхолестеринемія у післяопераційних хворих, ймовірно, призвела до закономірного зниження деформабельності еритроцитів, що виявилось достовірним збільшенням коефіцієнта жорсткості. До збільшення в'язкості крові при низьких швидкостях зрушення (у капілярному руслі) може призводити не лише порушення деформабельності еритроцитів, а й підвищення їхньої агрегаційної здатності.

У розвитку агрегації еритроцитів певна роль належить гіперліпідемії. Під час проведення дослідження про агрегаційну здатність ми судили по рівню спонтанної і стимулюючої агрегації еритроцитів. Ці показники у жінок після хірургічного втручання були в межах фізіологічних норм, проте достовірно вище, ніж в контрольній групі.

Збільшення гематокриту, коефіцієнта жорсткості еритроцитів, їхньої агрегаційної здібності зрештою визначили статистично значуще збільшення показників в'язкості крові у жінок після хірургічного лікування. В'язкість плазми у пацієнток післяопераційних і контрольної груп статистично значущих відмінностей не мала.

Отже, у хворих після оперативного лікування виявлено збільшення в'язкості крові, зумовлене збільшенням коефіцієнта жорсткості еритроцитів, їхньої спонтанної і стимульованої агрегації, що більш виражене у жінок після гістеректомії з яєчниками.

ВИСНОВКИ

Отже, у жінок із надмірною масою тіла після гістеректомії з яєчниками або без у перименопаузальному періоді виявлені порушення в системі макро- і мікрореології, в'язкості крові, зумовленої підвищенням рівня гематокриту, зменшенням деформабельності і активацією агрегаційної здатності еритроцитів, що виражаються підвищенням, а також зміни функціональної системи гемостазу, що характеризуються помірною гіперкоагуляцією з пригніченням антикоагулянтної і фібринолітичної ланок.

Дані зміни значиміші у жінок після гістеректомії з додатками і виникають протягом першого року після операції. Отримані результати необхідно використовувати під час розроблення комплексу діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів.

Влияние избыточной массы тела на состояние гемостаза у женщин после гистеректомии

В.В. Костиков

Полученные результаты свидетельствуют, что у женщин после гистерэктомии с яичниками или без в перименопаузальном периоде выявлены нарушения в системе макро- и микроциркуляции, выражающиеся повышением вязкости крови, обусловленной повышением уровня гематокрита, уменьшением деформабильности и активацией агрегационной способности эритроцитов, а также изменения функциональной системы гемостаза, характеризующиеся умеренной гиперкоагуляцией с угнетением антикоагулянтного и фибринолитического звеньев. Эти изменения более значимы у женщин после гистерэктомии с придатками и возникают в течение первого года после операции.

Полученные результаты необходимо использовать при разработке комплекса диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: *избыточная масса тела, постгистерэктомический синдром, система гемостаза, гемореология.*

Influence surplus the masses of body on the state to hemostasy for women after hysterectomy

V. V. Kostikov

The received results testify, that at women after hysterectomy with яичниками or without in perimenopausal period infringements in system macro-and microcirculation, expressing by increase of viscosity of the blood caused by increase of a level hematocrite, reduction deformation and activation aggregation abilities erythrocytes, and also changes of functional system of the hemostasis, described by moderate hypercoagulation with oppression anticoagulation

and fibrinolitical parts are revealed. These changes are more significant at women after hysterectomy with appendages and arise within the first year after operation.

The received results are necessary for using by development of a complex of diagnostic, treatment-and-prophylactic and rehabilitation actions.

Keywords: *surplus mass of body, posthysterectomy syndrome, system of a hemostasis, hemoreologia.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Іванюта Л.І., Іванюта С.О. Лейоміома матки (причини виникнення, діагностика, принципи лікування) // Діагностика та лікування. – 2012. – № 3. – С. 44–48.
2. Кулаков В.И., Прилепская В.Н. Практическая гинекология. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 720 с.
3. Коханевич Є.В., Суханова А.А., Суменко В.В. Фіброміома матки, диференційований підхід до вибору методу лікування // Практична медицина. – 2006. – № 1–2. – С. 22–26.
4. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А. Оперативная гинекология – хирургические энергии: Руководство. – М.: Медицина, 2010. – 860 с.

УДК 618.173-036:618.19-007.17+618.14-006.36-07

Поєднання дисплазії грудних залоз та міоми матки у жінок перименопаузального віку: особливості діагностики та лікування

О.Ю. Крук, В.А. Шамрай

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер

Було проведено комплексне клініко-лабораторне, ехографічне та морфологічне обстеження 93 жінок перименопаузального віку з поєднаною патологією – дифузна дисплазія грудних залоз та міома матки. Аналізуючи ефективність розробленого нами комплексу, слід відзначити, що в жінок із поєднаною патологією вдалось в 43,4% випадків провести профілактику прогресування і рецидиву дисплазії грудних залоз та в 36,7% – міоми матки.

Отримані дані, на наш погляд, переконливо свідчать про те, що комплексне консервативне лікування жінок, що страждають хворобами грудних залоз у поєднанні з міомою матки, є профілактичним заходом відносно прогресу і рецидиву поєднаної патології в даній категорії хворих. Отримані результати дають нам право рекомендувати запропонований комплекс у практичну охорону здоров'я.

Ключові слова: *дисплазія грудних залоз, міома матки, діагностика, лікування, перименопаузальний вік.*

Вивчення механізмів розвитку, своєчасна діагностика і лікування дисплазії грудних залоз (ДГЗ) у поєднанні із міомою матки (ММ) важливі через дві основні обставини: по-перше, в частини пацієнток розвиток захворювання супроводжується вираженою клінічною симптоматикою, що знижує якість їхнього життя; по-друге, проліферативні форми ДГЗ є чинниками ризику для розвитку раку грудної залози, а ММ може трансформуватися у рак тіла матки [1–4]. Дана інформація формує психологічну напруженість пацієнток, призводить до проведення багаточисельних обстежень, повторних курсів комплексного консервативного лікування, оперативних втручань.

Усі ці обставини служать причиною дезадаптації хворих, що знаходяться в соціально активному віці [5–7]. Водночас, дані про тактику діагностики та лікування поєднання ДГЗ та ММ є недостатніми і суперечливими, що диктує необхідність вивчення цього дуже важливого наукового завдання.

Мета дослідження: розроблення та впровадження тактики діагностики та лікування ДГЗ у поєднанні із ММ у жінок перименопаузального віку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було розроблено диференційований підхід до лікування пацієнок з поєднаними захворюваннями грудних залоз і міомою матки, що складався з декількох етапів.

На першому етапі аналізували скарги, анамнез, проводили об'єктивний огляд, гінекологічний огляд, пальпацію грудних залоз і в результаті складали індивідуальний план обстеження кожної хворої.

На другому етапі відповідно до виробленого плану проводили комплексне обстеження, що включало лабораторні і інструментальні методи дослідження, тести функціональної діагностики.

Результатом даного етапу була оцінка необхідності:

- корекції соматичних захворювань і залучення фахівців відповідного профілю;
- хірургічною складовою лікування локалізованих форм ДГЗ і ММ.

На третьому етапі були проаналізовані результати обстеження, проводили корекцію соматичних захворювань, виявляли протипоказання до того або іншого методу лікування, проводили хірургічне лікування локалізованих форм ДГЗ і ММ.

З метою подальшого аналізу ефективності комплексного або ізольованого підходу в лікуванні жінок з поєднаними ДГЗ та ММ було виконано підрозділ на групи: з комплексним лікуванням і без консервативного етапу в лікуванні.

Консервативне лікування як етап комплексної терапії був проведений у 63 (67,7%) із 93 жінок, серед яких були прооперовані з приводу вузлових утворень грудних залоз з картиною дифузної перебудови, а також власниці фіброзно-кістозної мастопатії з переважанням аденозу, фіброзу, кістозного компонента.

У 1 групі локалізовані форми ДДГЗ діагностували у 49 (76,7%) із 64 жінок, дифузну мастопатію – у 14 (23,7%). У 2 групі також домінувала вузлова форма мастопатії – у 73,3% пацієнок, дифузні форми ДДГЗ фіксували у 26,7% жінок.

До групи порівняння увійшли 30 (32,3%) пацієнок, що відмовилися від проведення запропонованого консервативного лікування з різних причин.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Частота оперативних втручань, виконаних в обох групах, була порівняна за об'ємом щодо грудних залоз: більше половини (60,2% у середньому) пацієнок перенесли секторальні резекції з терміновим гістологічним дослідженням, практично кожна шоста – пункції кіст з подальшим введенням склерозантів (17,1% у середньому).

Слід зазначити, що ММ невеликих розмірів фіксували більш ніж у двох третин пацієнок (76,4%), що виключало необхідність в радикальних втручаннях.

Поєднані операції в об'ємі консервативної міомектомії і секторальних резекцій грудних залоз були проведені лише 3,2% жінок.

Оперативне лікування з приводу ММ великих розмірів в об'ємі гістеректомії без додатків перенесла кожна шоста пацієнтка, відносно якої здійснювався комплексний лікувальний підхід (17,5%) і кожна четверта з тих, що відхилювалися від консервативної терапії (26,7%), проте статистично значущих відмінностей виявлено не було.

На завершальному етапі здійснювали вибір лікарських засобів для консервативного лікування або реабілітаційного лікування після хірургічної складової. Хворим

пропонували гормональне лікування препаратами: трансдермально і перорально прогестагени, комбіновані низько- і мікродозовані естроген-гестагенні препарати, комбіновані оральні контрацептиви (КОК), агоністи гонадотропін-релізинг гормону (аГнРГ), дофамінергічні препарати. У 25% випадків гормональне лікування поєднували з фітопрепаратами, що містять лікарську рослину *Agnus-castus*.

Вибір тактики гормонального лікування проводили з урахуванням гінекологічного захворювання, стану грудних залоз, наявності і об'єму оперативних втручань і ендокринних порушень. Фітопрепарати зазвичай призначали додатково з метою нормалізації секреції пролактину.

При призначенні гормональних препаратів урахували результати тестів функціональної діагностики і дані гормональних досліджень, пацієнткам з ановуляторними циклами і недостатністю лютеїнової фази призначали прогестагени і КОК, при нормальному двофазному циклі – КОК. За наявності протипоказань до застосування гормональної терапії у всіх групах призначали трансдермально прогестерон по 2,5 г на шкіру кожної грудної залози 2 рази в добу (вранці і увечері) безперервно протягом 6 міс.

З комбінованих КОК перевагу віддавали гестагену 3-го покоління дезогестрелу, що містять, гестоден, норгестімат. Препарати застосовували за контрацептивною схемою протягом одного року, починаючи з першого дня менструального циклу.

Позитивний терапевтичний ефект розцінювали за наявності наступних ознак:

- з боку грудних залоз: зменшення больового синдрому, зниження набряклості тканин, зменшення нагрудання грудних залоз у передменструальний період;
- з боку статевих органів: відсутність скарг, патологічних виділень і порушень менструального циклу.

Аналізуючи ефективність розробленого нами комплексу, слід відзначити, що в жінок із поєднаною патологією вдалось в 43,4% випадків провести профілактику прогресування і рецидиву дисплазії грудних залоз та в 36,7% – міоми матки.

ВИСНОВКИ

Отримані дані, на наш погляд, переконливо свідчать про те, що комплексне консервативне лікування жінок, що страждають хворобами грудних залоз у поєднанні з міомою матки, є профілактичним заходом щодо прогресу і рецидиву поєднаної патології в даній категорії хворих.

Отримані результати дають нам право рекомендувати запропонований комплекс у практичну охорону здоров'я.

Сочетание дисплазии грудных желез и миомы матки у женщин перименопаузального возраста: особенности диагностики и лечения О.Ю. Крук, В.А. Шамрай

Было проведено комплексное клинико-лабораторное, эхографическое и морфологическое обследование 93 женщин перименопаузального возраста с сочетанной патологией – диффузная дисплазия грудных желез и миома матки. Анализируя эффективность разработанного нами комплекса, следует отметить, что у женщин с сочетанной патологией

удалось в 43,4% случаев провести профилактику прогрессирования и рецидивирования дисплазии грудных желез и в 36,7% – миомы матки.

Полученные данные, на наш взгляд, убедительно свидетельствуют о том, что комплексное консервативное лечение женщин с болезнями грудных желез в сочетании с миомой матки, является профилактическим мероприятием в отношении прогрессирования и рецидива сочетанной патологии у данной категории больных. Полученные результаты дают нам право рекомендовать предлагаемый комплекс в практическое здравоохранение.

Ключевые слова: дисплазия грудных желез, миома матки, диагностика, лечение, перименопаузальный возраст.

The women of perimenopause age have combination of dysplasia of sucklings glands and hysteromyoma: features of diagnostics and treatment

O.Yu. Kruk, V.A. Shamray

Complex clinical-laboratory, ehografical and morphological examination 93 women of perimenopause age with the combined pathology – diffuse dysplasia of mammary glands and hysteromyoma was conducted. Should be noticed efficiency of the complex developed by us that at women with the combined pathology it was succeeded to carry out to 43,4% of cases prophylaxis of advance and a recedives of dysplasia of mammary glands and to 36,7% – hysteromyomas.

The obtained data, in our opinion, convincingly testify that complex conservative treatment of the women suffering from illnesses of mammary glands in combination with hysteromyoma, is preventive action concerning advance and recedives of the combined pathology at this category of patients. The results received by us grant to us the right to recommend an offered complex in practical health care.

Keywords: dysplasia of mammary glands, hysteromyoma, diagnostics, treatment, perimenopause age.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Тобі де Вільєрс, Татарчук ТФ. Національний консенсус щодо ведення пацієнок у клімактерії. Здоровье женщины. 2016;4(110):17-27.
2. Радзинский ВЕ [редактор]. Медицина молочной железы и гинекологические болезни. Изд. 2-е, перераб. и доп. М.: StatusPraesens, 2017. 345 с.
3. Татарчук ТФ, Калугина ЛВ. К вопросу о профилактике и терапии гормонозависимых гиперпролиферативных заболеваний у женщин. Здоровье женщины. 2013;7:51-7.
4. Naftalin J, Jurkovic D. The endometrial-myometrial junction: a fresh look at a busy crossing. Ultrasound Obstet. Gynecol. 2013;34(1):1-11.
5. Сенчук ЯА, Покровенко ОБ. Современные подходы к выбору метода лечения гиперпластических заболеваний эндо- и миометрия. Охрана материнства и детства. 2015;1(21):64-7.
6. Каминский ВВ, Прокопович ЕВ. Новые аспекты в лечении лейомиомы матки, ассоциированной с эндометриозом. Здоровье женщины. 2017;3(119):32-5.
7. Прудніков ПМ. Поєднання аденоміозу і гіперпластичних процесів матки: удосконалена тактика діагностики та лікування. Здоровье женщины. 2017; 7(123):132-34.

УДК 618.146-02:618.3-036.1-06

Вплив патології шийки матки на перебіг вагітності

Н.В. Машир

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

Результати проведених досліджень свідчать, що патологія шийки матки під час вагітності є важливим науковим завданням, що вимагає самостійного рішення в плані діагностики і лікування. Це дозволить поліпшити результати розродження жінок групи високого ризику.

Ключові слова: захворювання шийки матки, вагітність.

Не дивлячись на сучасні досягнення в діагностиці і лікуванні доброякісних захворювань шийки матки, патологія шийки матки залишається найважливішою проблемою в акушерстві і гінекології. Особливу актуальність представляє проблема захворювань шийки матки у вагітних. Це зумовлено підвищенням захворюваності раком шийки матки у жінок репродуктивного віку, особливо в групі до 29 років [1, 2].

Висока частота розвитку неопластичних процесів шийки матки пояснюється значною поширеністю папіломавірусної інфекції (ПВІ), клінічною активацією герпетичної і цитомегаловірусної інфекцією під час вагітності [3, 4].

На тлі збільшення числа першороділей у віці старше 30–35 років думка про те, що лікування доброякісних захворювань шийки матки слід проводити жінкам лише після пологів, призводить до того, що більшість вагітних раннього і середнього репродуктивного віку мають патологію шийки матки. Проте на сьогодні відсутній алгоритм їхнього обстеження і ведення за наявності патології шийки матки. У зв'язку з цим визначення особливостей доброякісних захворювань шийки матки під час гестації представляє великий науковий і практичний інтерес.

Мета дослідження: вивчення частоти і структури захворювань шийки матки під час вагітності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети 100 вагітним було проведено скринінгове обстеження для визначення частоти і структури захворювань шийки матки – основна група.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік пацієнок становив $22,4 \pm 2,1$ року. Під час аналізу анамнестичних даних обстежених вагітних звертали увагу на наявність чинників ризику розвитку

захворювань шийки матки. При цьому у пацієток зафіксована велика частота раннього (до 16 років) початку статевого життя (23,0%) і активного куріння (40,0%).

Захворювання шийки матки наголошувалися частіше у повторно вагітних (70,0%), анамнез яких був значно частіше обтяжений репродуктивними втратами (29,0%) і штучними абортами (37,0%).

Відомо, що велику роль у розвитку захворювань шийки матки відіграють урогенітальні інфекції. У пацієток наголошувалася висока частота захворювань, що передаються статевим шляхом (63,0%) і хронічних запальних захворювань статевих органів (23,0%).

Крім того, різні захворювання шийки матки в анамнезі переважали в обстежених пацієнток (66,0%), причому їхнє лікування до настання справжньої вагітності проводилося лише в 18,0% випадків. Це, безумовно, сприяло високій частоті (78,0%) захворювань шийки матки у вагітних основної групи, виявлених за допомогою кольпоскопії. Нормальні кольпоскопічні картини спостерігалися лише в 22,0% випадків, а саме: оригінальний багаточаровий плоский епітелій (БПЕ) – 18,0% і ектопія без ознак запалення – 4,0%.

У структурі захворювань шийки матки у вагітних I групи домінували екзоцервіцити (42,0%), ендочервіцити (30,0%) і кондиломи (28,0%).

Результати проведених досліджень свідчать, що основними чинниками ризику розвитку доброякісних захворювань шийки матки є урогенітальні інфекції, ранній початок статевого життя, куріння, відсутність адекватної терапії патологічних станів шийки матки в прегравідарний період.

Кольпоскопічними особливостями доброякісних захворювань шийки матки у вагітних є:

- підвищена васкуляризація,
- нерівномірне потовщення епітелію,
- неспецифічність проби Шиллера,
- поява аномальних картин,
- розвиток децидуозу.

Шийка матки при вагітності є надзвичайно важливою анатомічною і функціональною структурою. Порушення, що виникають у шийці матки, можуть серйозно впливати на перебіг вагітності.

Нами застосовано комплексне ультразвукове дослідження для оцінювання стану шийки матки в нормі та у разі патології. За допомогою сучасних можливостей УЗД було проведено визначення об'єму шийки матки, васкуляризації і об'ємного кровотоку в нормі, що дозволило визначити прогнозувати перебіг вагітності при анатомічних змінах шийки матки; диференціювати поліпоподібні утворення каналу шийки матки, а також доброякісні і злоякісні захворювання шийки матки.

Результати УЗД засвідчили, що об'єм шийки матки прогресивно збільшується протягом усієї вагітності, становлячи у 10–14 тиж $18,9 \pm 1,4$ см³, досягаючи максимальної величини в 25–29 тиж ($26,2 \pm 1,8$ см³) і декілька зменшуючись до пологів ($22,7 \pm 1,2$ см³). При цьому спостерігається розширення внутрішнього зів'язу з 34 до 40 тиж майже у 3 рази (з $0,53$ см³ до $1,05$ см³).

ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що патологія шийки матки під час вагітності є досить важливим науковим завданням, яке вимагає самостійного рішення в плані діагностики і лікування. Це дозволить поліпшити результати розродження жінок групи високого ризику.

Влияние патологии шейки матки на течение беременности

Н.В. Машир

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что патология шейки матки во время беременности является достаточно важной научной задачей, требующей самостоятельного решения в плане диагностики и лечения. Это позволит улучшить результаты родоразрешения женщин группы высокого риска.

Ключевые слова: заболевания шейки матки, беременность.

Influence of pathology of neck of uterus is on motion of pregnancy

N.V. Mashir

Results of the spent researches testify, that the pathology of a cervix of a uterus during pregnancy is enough the important scientific problem demanding the independent decision in respect of diagnostics and treatment. It will allow to improve results delivery women of group of high risk.

Keywords: diseases of cervix of uterus, pregnancy.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бабичева И.А. Клинико-морфологические параллели при лейкоплакии шейки матки // Акушерство и гинекология. – 2018. – № 4. – С. 47–49.
2. Бычков В.И. Оценка факторов риска развития фоновых и предраковых заболеваний шейки матки // Акушерство и гинекология. – 2017. – № 5. – С. 53–55.
3. Глебова Н.Н. Патология шейки матки // Здравоохранение Башкортостана. – 2018. – № 1. – С. 86–91.
4. Коханевич Е.В. Кольпоцервикоскопия: Атлас. – К., 2010. – 56 с.

УДК 618.5-089.888.61-055.2-053.84.86

Прогнозування спайкового процесу після оперативного лікування апоплексії яєчника

П.М. Патей

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

Отримані результати свідчать, що чинниками, які призводять до формування спайок в малому тазу, є перенесені оперативні втручання. Ризик розвитку і вираженість післяопераційних спайок прямо залежать від кількості череворозтинів в анамнезі. Прогностично несприятливою ознакою є два і більше гінекологічних втручання, більшою мірою радикальні операції на матці.

Отримані результати необхідно використовувати під час розроблення тактики лапароскопічного лікування гінекологічних хворих.

Ключові слова: апоплексія яєчника, спайковий процес, об'єм оперативного втручання, прогнозування.

Виконання лапароскопії у пацієнок із череворозтинами в анамнезі, на думку низки авторів [1–4], супроводжується високим ризиком пошкоджень внутрішніх органів. Недосконалість доопераційної діагностики, поширеності і точної локалізації спайкового процесу, пов'язана з ним небезпека поранення органів черевної порожнини у пацієнок з череворозтинами в анамнезі, протягом довгого часу викликають особливу заклопотаність хірургів і вимагають шукати нові підходи до проблеми, удосконалюючи техніку лапароскопічних втручань [4].

Підвищення безпеки виконання лапароскопії у пацієнок з череворозтинами в анамнезі, на нашу думку, засноване на трьох принципово важливих складових [4]:

- вираженість спайкового процесу в черевній порожнині і малому тазу перед проведенням лапароскопічного втручання;
- вибір найбільш оптимального, безпечного лапароскопічного методу входження в черевну порожнину;
- раціональні методи виконання лапароскопічного адгезіолізісу.

Дані про частоту і вираженість спайкового процесу у пацієнок з череворозтинами в анамнезі в літературі вельми суперечливі [1–4]. Проте всі автори вважають, що оперативні втручання на органах черевної порожнини є важливим ушкоджувальним чинником, що сприяє виникненню спайкової хвороби.

На думку низки авторів [4], детально зібраний анамнез про перенесені операції може дати певне уявлення про поширеність спайок. Характер захворювання і травматичність хірургічного втручання відіграють важливу роль у виникненні післяопераційних спайок черевної порожнини. При лапаротомії і маніпуляціях на орга-

нах черевної порожнини очеревина піддається багаточисельним травматичним діям.

Найчастіше до спайкової хвороби призводять такі захворювання, як проникаючі поранення черевної порожнини, непрохідність кишечника, проривна виразка шлунка, позаматкова вагітність; а також хірургічні операції: холецистектомія, резекція шлунка, апендектомія, грижосічення. При всіх цих захворюваннях і операціях важливими ушкоджувальними чинниками є наявність інфекції в черевній порожнині, потрапляння в неї чужорідних тіл, вмісту травного тракту, крововиливу, висушування очеревини повітрям.

Обширні спайки, що виникають після гінекологічних операцій, пов'язані з підвищеною пластичною здатністю очеревини нижнього поверху черевної порожнини. Так, за даними деяких авторів [1], частота утворення післяопераційних спайок після реконструктивних операцій на матці та її придатках становила 90,1%, після адгезіолізісу – 92,1%, після апоплексії та тубектомії – 90,9%, після надпівкової ампутації матки – 92,6%, після екстирпації матки – 95,0%, після кесарева розтину – 70,6%.

Усе викладене вище свідчить про актуальність наукової проблеми, що вивчається.

Мета дослідження: вивчення залежності вираженості спайкового процесу у гінекологічних хворих з урахуванням кількості і об'єму попередніх операцій.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети обстежено і проведено хірургічне лікування лапароскопічним доступом у 304 пацієнок, що перенесли раніше оперативні втручання на органах черевної порожнини і малого таза.

Усі хворі були розподілені на три групи залежно від кількості і характеру перенесених операцій:

- I група (n=159) – хворі з одним череворозтином в анамнезі після гінекологічних операцій;
- II група (n=99) – жінки з двома череворозтинами в анамнезі та пацієнтки з гінекологічними, хірургічними втручаннями або їх поєднанням.
- III група (n=46) – увійшли 30 пацієнок, що мають в анамнезі три і більше череворозтини, а також 16 жінок, які перенесли оперативні втручання з приводу розлитого гнійного перитоніту, кишкової непрохідності і перфоративної виразки шлунка.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Попередні результати досліджень дозволили визначити прогностичні чинники ризику виникнення спайкового процесу в черевній порожнині у пацієнок з череворозтинами в анамнезі. До них належать:

- повторні череворозтини, особливо у поєднанні з верхньо-середньою лапаротомією;
- несприятливий перебіг післяопераційного періоду;
- оперативні втручання з приводу перитоніту.

Отримані нами результати дозволили передбачити, що на формування післяопераційних зрощень в малому тазу більшою мірою впливають об'єми раніше перенесе-

них оперативних втручань, ніж застосовані доступи (характер череворозтину). Тому при визначенні чинників, що дозволяють прогнозувати розвиток спайок в малому тазу у пацієнток з череворозтинами в анамнезі, ми намагалися встановити залежність вираженості спайкового процесу від кількості і об'єму попередніх операцій.

Ураховуючи значну варіабельність поєднань операцій у хворих, що мають два і більше череворозтин, усі перенесені гінекологічні втручання були розподілені на дві підгрупи:

- перша підгрупа – операції на придатках матки: туботомія, тубектомія, резекція яєчників, аднексектомія, ревізія і дренування черевної порожнини з приводу гострих запальних захворювань придатків матки;
- друга підгрупа – реконструктивні і радикальні операції на матці: консервативна міомектомія, ушивання перфоративного отвору матки, надпихова ампутація матки, екстирпація матки, а також кесарів розтин.

Результати отриманих даних свідчать, що співвідношення об'ємів перенесених гінекологічних втручань у всіх групах було приблизно однакове, при цьому операції на придатках матки становили близько 2/3 від всіх.

Вивчення залежності вираженості спайкового процесу в малому тазу від кількості перенесених втручань у пацієнток з череворозтинами в анамнезі продемонструвало, що перенесені оперативні втручання є важливим чинником, який призводить до утворення спайок в малому тазу. Так, при ревізії органів малого таза післяопераційні зрощення не виявлені лише у 67 (22,1%) із 304 хворих з череворозтинами в анамнезі. Слід зазначити, що серед них не було пацієнток, які перенесли три і більше втручання, а також операції з приводу перитоніту. З 237 пацієнток зі спайками в малому тазу, у 50,9% відмічені зрощення легкого ступеня, а в 49,1% хворих був констатований спайковий процес III–IV ступеня. Вираженість спайкового процесу в малому тазу мала прямо пропорційну залежність від кількості череворозтинів.

Представлені результати свідчать, що до формування післяопераційних зрощень у малому тазу частіше призводять операції на матці. Так, спайковий процес у малому тазу був виявлений у 87,2% пацієнток, що перенесли реконструктивні і радикальні операції на матці. Приблизно у половини з них він відповідав III–IV ст. У хворих, що оперуються з приводу різної патології придатків матки, спайки малого таза виявлені у 65,7% жінок, при цьому важкий ступінь вираженості відзначено менш ніж у третини з них (33,3%).

Під час оцінювання вираженості спайок у малому тазу і об'ємів оперативних втручань у пацієнток із двома череворозтинами в анамнезі встановлено, що до розвитку спайок в малому тазу природно більшою мірою призводили гінекологічні операції. У всіх пацієнток, що перенесли двічі втручання на внутрішніх статевих органах, були виявлені спайки в області малого таза.

Вираженість цих зрощень була варіабельною. У пацієнток з двома операціями на придатках у 55,6% спостережень був виявлений спайковий процес легкого ступеня, у 44,4% – тяжкий. При поєднанні втручання на матці з операцією на придатках, спайки в малому тазу у 47,6% пацієнток відповідали I–II ст., у 52,4% – III–IV ст.

Украй несприятливою виявилася вказівка у минулому на два хірургічні втручання на матці. Серед всіх пацієнток, що мали в анамнезі консервативну міомек-

томію у поєднанні з кесаревим розтином або гістеректомією, спайковий процес органів малого таза виявився найбільш вираженим.

Із 45 жінок з поєднаннями хірургічних (апендектомія, холецистектомія) і гінекологічних втручанням в анамнезі спайки в малому тазу були виявлені у 24 (53,3%), при цьому лише в 10 (22,2%) з них вони мали тяжкий ступінь.

Дані про міру вираженості спайкового процесу в малому тазу і об'єми оперативних втручань у пацієнток III групи свідчать, що у більшості пацієнток (85,9%) з трьома і більше череворозтинами в анамнезі і операціями з приводу перитоніту незалежно від поєднання об'ємів спайковий процес у малому тазу відповідав III–IV ст. Найбільш виражені зрощення були відзначені у хворих, що перенесли лише гінекологічні операції. Спайки I–II ст. виявлені у 14,1% пацієнток з одним або двома хірургічними втручаннями.

ВИСНОВКИ

Отже, чинниками, що призводять до формування спайок в малому тазу, є перенесені оперативні втручання. Ризик розвитку і вираженість післяопераційних спайок прямо залежать від кількості череворозтинів в анамнезі. Прогностично несприятливою є вказівка на два і більш гінекологічних втручання, більшою мірою радикальні операції на матці.

Отримані результати необхідно використовувати під час розроблення тактики лапароскопічного лікування гінекологічних хворих.

Прогнозирование спаечного процесса после оперативного лечения апоплексии яичника П.Н. Патей

Полученные результаты свидетельствуют, что факторами, приводящими к формированию спаек в малом тазу, являются перенесенные оперативные вмешательства. Риск развития и выраженность послеоперационных спаек находятся в прямой зависимости от количества чревосечений в анамнезе. Прогностически неблагоприятным является указание на два и более гинекологических вмешательства, в большей степени радикальные операции на матке. Полученные результаты необходимо использовать при разработке тактики лапароскопического лечения гинекологических больных.

Ключевые слова: апоплексия яичника, спаечный процесс, объем оперативного вмешательства, прогнозирование.

Prognostication of adhesive process is after operative treatment of apoplexy of ovary. P.M. Patey

The received results testify, the factors leading to formation of solderings in a small basin, the transferred operative interventions are. The risk of development and expressiveness of post-operative unions are in direct dependence on quantity laparotomy in the anamnesis. Forecasting the instructions on two and more gynecologic interventions, in a greater degree radical operations on a uterus are adverse. The received results are necessary for using by tactics working out laparoscopic treatments of gynecologic patients.

Keywords: apoplexy of ovary, adhesive process, volume of operative intervention, forecasting.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бреусенко В.Г., Савельева Г.М., Штыров С.В. Лапароскопия в диагностике и лечении острых воспалительных заболеваний придатков матки // Акушерство и гинекология. – 2019. – № 3. – С. 35–39.
2. Ререкин И.А., Лупов В.И. Некоторые дифференциально-диагностические особенности острой гинекологической и хирургической патологии // Акт. вопр. акушерства и гинекологии. Мат. научно-практ. конф., посвященной 80-летию проф. М.И. Медведевой. – Курск, 2010. – С. 103–105.
3. Савельева Г.М., Штыров С.В., Тангиева З.С. Динамическая лапароскопия у гинекологических больных // Акушерство и гинекология. – 2015. – № 3. – С. 17–20.
4. Штыров С.В., Панкова Ю.А., Евсеев А.А. Диагностика и лечение спаечной болезни у гинекологических больных // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2018. – № 2. – С. 110–114.

УДК 618.14-006:611.664:618.173-036-07-08-039.71

Ендоскопічна діагностика та лікування проліферативних процесів ендометрія у жінок у постменопаузі

Ю.М. Садигов

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

Дані, отримані при виконанні ехографії, що виконували всім спостережуваним після абляції ендометрія, підтвердили високу безпеку такого щадного методу малоінвазивної хірургії, як електрохірургічна абляція. За даними ультразвукового дослідження органів малого таза у перші дві доби після операції свідчило про відсутність будь-яких ускладнень, при контрольних ультразвукових обстеженнях статевих органів у більш віддалені терміни виявлена наявність в обстежених пацієнток збережених вогнищ ендометрія, які мали доброякісний характер. Це підтверджує високу ефективність, малу травматичність і хорошу переносимість абляції і гістерорезектоскопії.

Дані методи хірургічних втручань є гідною альтернативою традиційним методам лікування пацієнток літньої вікової групи з доброякісною патологією матки, особливо у вкрай обтяжених супутньою соматичною патологією, за наявності протипоказань до оперативного лікування і гормонотерапії. Використання удосконаленого алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів дозволяє підвищити ефективність лікування та профілактику розвитку рецидивів.

Ключові слова: проліферативні процеси ендометрія, постменопауза, діагностика, лікування, ендоскопія.

Основною патологією репродуктивної системи у старшому віковому періоді вважають проліферативні процеси ендометрія [1–2]. Часто при захворюваннях матки жінки старшої вікової групи не отримують належного об'єму діагностичних і лікувальних заходів або отримують неналежне лікування через невідповідне дотримання консервативної тактики лікування, що не відповідає принципам онкопрофілактики [3–4].

Сучасний перелік лікувальних засобів при проліферативних процесах тіла матки включає в себе механічне видалення патологічного ендометрія, його абляцію, гормонотерапію, гістеректомію лапароскопічним, вагінальним та абдомінальним шляхами [5–6]. Вибір методу лікування та його застосування також залежить від супутньої соматичної патології, а особливі складності виникають при лікуванні жінок старшої вікової групи через високий рівень ускладнень при оперативному втручанні та анестезії [7].

Не дивлячись на значну кількість наукових публікацій щодо проблем проліферативних процесів ендометрія, наукові дослідження, що стосуються жінок старшої вікової групи, практично відсутні, а наявні в даному напрямку поодинокі публікації носять фрагментарний характер.

Усе викладене вище свідчить про актуальність наукового завдання, що піднімається.

Мета дослідження: підвищення ефективності діагностики та лікування проліферативних процесів ендометрія у жінок постменопаузального віку на основі удосконалення та впровадження алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети нами було обстежено 213 пацієнтки постменопаузального періоду з наявністю проліферативних процесів ендометрія (ППЕ).

Усіх спостережуваних було розподілено на три групи:

- 1-а група (основна) – 118 пацієнток віком від 60 до 82 років;
- 2-а група (порівняння) – 95 жінок віком від 46 до 59 років;
- контрольна група – 30 жінок постменопаузального віку без гінекологічної патології, зіставні за віком і супутньою соматичною патологією.

Під час формування груп пацієнток було використано наступні критерії виключення:

- жінки, що ще менструують;
- жінки, в яких діагностована наявність атипії.

Окрім проведеного аналізу ефективності різних методів діагностики і лікування пацієнток основної групи і групи порівняння з метою визначення рівнів експресії мембранних і ядерних рецепторів стероїдних гормонів було обстежено 90 пацієнток постменопаузального віку, яких було розподілено на дві групи з урахуванням віку, наявності або відсутності генітальної патології; до третьої групи увійшли 60 жінок з ППЕ, вік яких варіював від 46 до 82 років; до контрольної групи (4 група) увійшли 30 жінок, зіставних за віком, без гінекологічної патології.

Усім пацієнткам обох груп під час госпіталізації проводили загальноклінічне (клінічний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, гемостазіограма), лабораторне і інструментальне обстеження.

Гістероскопію і роздільне діагностичне вишкрібання слизової оболонки матки здійснювали жорстким гістероскопом фірми «Karl Storz» (Німеччина) з подальшим патоморфологічним дослідженням отриманого зіскрібка за загальноприйнятою методикою [5].

Провідними методами лікування проліферативних процесів ендометрія були наступні:

- гістерорезектоскопія;
- електрохірургічна абляція ендометрія.

Так, в основній групі 80 пацієнткам було проведено гістерорезектоскопію та 38 пацієнткам було проведено електрохірургічну абляцію ендометрія (67,8% та 32,2% відповідно). У групі порівняння було виконано 69 гістерорезектоскопій та 26 абляцій ендометрія (72,6% та 27,4% відповідно).

Після проведення оперативного втручання пацієнткам обох груп було призначено наступне відновлюване лікування:

- комплексний естрогенний препарат, який містить рослинні компоненти, вітаміни та органічні сполуки (естровел) у загальноприйнятому дозуванні протягом 3 міс;
- препарат кальцію холекальциферолу (кальцій-Д3-нікомед) у загальноприйнятому дозуванні протягом 3 міс;
- комплексний вітамінний препарат (менопейс) направленої дії для постменопаузального періоду у загальноприйнятому дозуванні протягом 3 міс.

Необхідність повторного курсу відновлюваного лікування вирішувалась індивідуально під контролем клініко-лабораторних показників.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Тривалість постменопаузального періоду у спостережуваних в основній групі становила від 3 до 39 років, у середньому – $19,3 \pm 0,8$ року, у групі порівняння – від 2 до 10 років, у середньому – $4,4 \pm 0,3$ року.

Розподіл обстежених хворих залежно від тривалості постменопаузального періоду свідчить, що у 3 пацієнток основної групи постменопаузальний період варіював від 2 до 5 років. Такий нетривалий постменопаузальний період визначався пізнім настанням менопаузи – $57,0 \pm 0,3$ року. Найбільша тривалість постменопаузального періоду більше 26 років відмічена в спостережуваних в основній групі – 13 (11,0%).

Показаннями до госпіталізації з'явилася патологія ендометрія в пацієнток основної і групи порівняння, виявлена при УЗД органів малого таза – 70 (59,3%) і 67 (70,5%) відповідно; наявність кров'яних виділень із статевих шляхів у постменопаузальному періоді – 24 (20,3%) і 16 (16,8%) відповідно, біль різного характеру наголошується у 13 (11,0%) пацієнток основної групи і в 11 (11,6%) спостережуваних групи порівняння.

Більшість спостережуваних хворих – 156 (73,2%) – були госпіталізовані у стаціонар із патологією ендометрія, виявлених за результатами УЗД. Останні пацієнтки пред'являли ті або інші скарги – 57 (26,8%).

Під час оцінювання підстав для госпіталізації пацієнток основної і групи встановлено, що патологія ендометрія у пацієнток 2 групи зустрічається в 1,1 разу частіше порівняно із спостережуваними основної групи. Рецидив патології ендометрія за даними УЗД у пацієнток основної групи і групи порівняння діагностованих з однаковою частотою: 10,2% і 8,4% відповідно.

Поважно відзначити, що поєднання патології ендометрія з яєчниковими утвореннями зустрічається з приблизно однаковою частотою як в основній групі – 18 (15,6%), так і в групі порівняння – 13 (13,6%).

Результати проведених досліджень свідчать, що в структурі проліферативних процесів ендометрія у жінок постменопаузального віку переважали поліпи ендометрія (79,4%) порівняно з атрофією (10,8%) та гіперплазією ендометрія (9,8%). При цьому фіброзні поліпи фіксували у 45,1%, залозисто-фіброзні – 34,3% відповідно. Залежно від віку пацієнток та тривалості постменопаузи достовірних відмінностей ми не спостерігали ($p > 0,05$).

Частота поєднаної генітальної патології у жінок постменопаузального періоду з проліферативними процесами ендометрія становить 91,5%. У структурі гінекологічної захворюваності переважають хронічний ендометрит (24,4%), новоутворення яєчників (16,0%), міома матки (14,1%), аденоміоз (12,8%) та патологія шийки матки (9,4%). У порівняльному аспекті у жінок від 46 до 59 років частіше зустрічаються патологічні зміни шийки матки (11,6% проти 7,6%) та запальні захворювання придатків матки (10,5% порівняно з 6,8% у жінок старше 60 років).

У жінок постменопаузального віку з проліферативними процесами ендометрія частота супутньої екстрагенітальної патології становить 100,0%. В її структурі частіше мають місце захворювання серцево-судинної системи (34,7%); варикозна хвороба (29,6%); надлишкова маса тіла (22,1%) та патологія травного тракту (20,7%). У порівняльному аспекті у жінок віком старше 60 років частіше зустрічалась варикозна хвороба (35,6% проти 22,1% у жінок віком від 46 до 59 років).

Серед різних варіантів попередніх оперативних втручань у жінок постменопаузального віку з проліферативними процесами ендометрія слід виділити високу частоту операцій на придатках матки – 38,6% та безпосередньо на матці (кесарів розтин та міомектомія) – 20,9%. Серед оперативних втручань екстрагенітальної локалізації можна виділити певний рівень апенд- та холецистектомій (по 12,8%). Достовірної різниці у частоті перенесених операцій залежно від віку та тривалості постменопаузи нами не встановлено ($p > 0,05$).

Розвиток поліпів ендометрія у пацієнок старше 60 років супроводжується зміною параметрів стероїдної рецепції в мононуклеарній фракції клітин крові. Ці зміни стосуються виключно альтернативного типу стероїдних рецепторів, що належать до суперсімейства рецепторів 7 разів пронизливих мембрану і асоційованих з білком: mER і Pr-7.

Розвиток проліферативних процесів ендометрія у пацієнок у період постменопаузи супроводжується зміною експресії рецепторів статевих стероїдів у мононуклеарній фракції клітин крові. При цьому спостерігаються незалежно від віку пацієнок, різнонаправлені зміни рецепції стероїдів – зниження естрогену (mER і Epr) при підвищенні експресії рецепторів прогестерону (PR-у).

Використання удосконаленого алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів дозволяє підвищити ефективність лікування та профілактувати розвиток рецидивів.

ВИСНОВКИ

Дані, отримані при виконанні ехографії, яку виконували всім спостережуваним після абляції ендометрія, підтвердили високу безпеку такого щадного методу малоінвазивної хірургії, як електрохірургічна абляція. За даними УЗД органів малого таза в перші дві доби після операції свідчило про відсутність будь-яких ускладнень, при контрольних ультразвукових обстеженнях статевих органів протягом 6 років, виявлена наявність в обстежених наявність збережених вогнищ ендометрія, які мали доброякісний характер. Це підтверджує високу ефективність, малу травматичність і хорошу переносимість абляції і гістерорезектоскопії.

Дані методи хірургічних втручань є гідною альтернативою традиційним методам лікування пацієнок літньої вікової групи з доброякісною патологією матки, особливо у вкрай обтяжених супутньою соматичною патологією, за наявності протипоказань до оперативного лікування і гормонотерапії.

Эндоскопическая диагностика и лечение пролиферативных процессов эндометрия у женщин в постменопаузе Ю.М. Садыгов

Данные, полученные при выполнении эхографии всем наблюдаемым после абляции эндометрия, подтвердили высокую безопасность такого щадящего метода малоинвазивной хирургии. По данным ультразвукового исследования органов малого таза в первые двое суток после операции свидетельствовало об отсутствии каких-либо осложнений, при контрольных ультразвуковых обследованиях половых органов в более отдаленные сроки выявило наличие у обследованных наличие сохраненных очагов эндометрия, которые имели доброкачественный характер. Это подтверждает высокую эффективность, малую травматичность и хорошую переносимость абляции и гистерорезектоскопии. Данные методы хирургических вмешательств являются альтернативой традиционным методам лечения пациенток старшей возрастной группы с пролиферативными процессами эндометрия, особенно в случаях отягощенной сопутствующей соматической патологией и при наличии противопоказаний к оперативному лечению и гормонотерапии.

Использование усовершенствованного алгоритма диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий позволяет повысить эффективность лечения и профилактировать развитие рецидивов.

Ключевые слова: пролиферативные процессы эндометрия, постменопауза, диагностика, лечение, эндоскопия.

Women have endoscopy diagnostics and treatment of proliferative processes of endometrium in postmenopause Yu.M. Sadigov

The data received at performance of echography by all observed after ablyation an endometrium, confirmed high safety of such sparing method of low-invasive surgery. According to ultrasonic research of organs small to basin in the first two days after operation testified to lack of any complications, at control ultrasonic inspections of organs of genitalias in more remote terms taped existence at the kept centers surveyed existence an endometrium which had good-quality character. It confirms high efficiency, small injury and a good acceptability of ablyation and a hysterorezektoskopia. Dany methods of surgical interventions are alternative to traditional methods of treatment of patients of the senior age group with proliferative processes an endometrium, especially in cases burdened by accompanying somatic pathology and in the presence to expeditious abdominal operative treatment and hormonotherapy. Use of advanced algorithm of diagnostic, treatment-and-prophylactic and rehabilitational actions allows to increase efficiency of treatment and prophylaxis development of recurrence.

Keywords: proliferative processes an endometrium, postmenopause, diagnostics, treatment, endoscopy.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В. 2016. Эндометриозы: Руководство для врачей. М.: Медицина: 320.
2. Бохман Я.В. 2009. Руководство по онкогинекологии. СПб: Фолиант: 542.
3. Бреусенко В.Г. 2009. Значение современных методов диагностики патологии эндометрия у женщин в период постменопаузы. Российский вестник акушера-гинеколога:2:67-72.
4. Вихляева Е.М. 2014. Руководство по эндокринной гинекологии: Руководство для врачей. М.: МИА: 768.
5. Шамрай В.А., 2016. Гістероскопічна оцінка поєднаної патології матки в постменопаузальному періоді // Здоровье женщины : 1 : 146-150.
6. Шамрай В.А., 2016, Ендоскопічна діагностика поєднаної патології матки в постменопаузальному періоді // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика : Київ : 25 : 6 : 78-82.
7. Шамрай В.А., 2016. Поєднана патологія геніталій у жінок постменопаузального періоду: діагностика і тактика хірургічного лікування // Здоровье женщины : 6 : 56-59.

УДК 618.13-002.3-07

Актуальні аспекти діагностики ургентних гнійно-запальних захворювань органів малого таза

В.А. Терехов

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Результати проведених досліджень свідчать, що для підвищення ефективності діагностики гнійно-запальних захворювань органів малого таза необхідне комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження з оцінкою вмісту прокальцитоніну під час госпіталізації. Це дозволяє розробити алгоритм проведення лікувально-профілактичних заходів, включаючи і своєчасне оперативне лікування.

Ключові слова: гнійно-запальні захворювання, діагностика.

Своєчасна діагностика та ефективна діагностика і терапія запальних захворювань органів малого таза є однією з найбільш актуальних проблем у гінекологічній практиці [1–3]. Запальні захворювання статевих органів, що становлять 60–65% серед амбулаторних і до 30% серед стаціонарних хворих, істотно впливають на здоров'я жінок репродуктивного віку [1–3]. У структурі гінекологічної захворюваності особливе місце посідає гнійне ушкодження маткових труб і яєчників, на частку яких доводиться від 4% до 10% [1–3]. Патологічний процес при цьому перебігає з ускладненнями і вираженими поліорганными змінами. Не дивлячись на досягнення сучасної медицини, зберігається летальність при даній патології [1–3].

Прогрес у діагностиці і лікуванні гнійних запальних захворювань придатків матки безпосередньо пов'язаний із впровадженням у клінічну медицину сучасних методів дослідження, які включають разом із інструментальними (ультразвукове дослідження, лапароскопія) і лабораторні, що дозволяє оцінити тяжкість перебігу запального процесу (або ступінь запальної реакції). За допомогою сучасних методів діагностики надалі виробляється й адекватна тактика лікування [1–3].

Водночас упровадження в клінічну практику методів діагностичної ендоскопії, а також лабораторних методів дослідження, що дозволяють своєчасно виявити збудника інфекції (мікробний чинник), дають можливість на перше місце винести реконструктивні операції [1–3]. Системний підхід до діагностики запальних захворювань органів малого таза передбачає використання сучасних комп'ютерних технологій, що дозволяють виявити чинники ризику і оцінити тяжкість перебігу запального процесу [1–3].

Мета дослідження: підвищення ефективності діагностики та лікування гнійно-запальних захворювань органів малого таза.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено клініко-лабораторне і функціональне обстеження 308 жінок із запальними хворобами жіночих тазових органів, куди увійшли гострий сальпінгіт і оофорит, загострення хронічного сальпінгіту і оофориту (включаючи абсцеси маткової труби, яєчника, тубооваріальний абсцес, піосальпікс, сальпінгоофорит).

Усі обстежені жінки були у віці від 18 років до 61 року. Середній вік становив $31,5 \pm 2,9$ року.

У задовільному стані були госпіталізовані 73,1% жінок, у стані середньої тяжкості – 23,9%, у тяжкому стані – 3,0% пацієнок.

Тактика ведення хворих визначила дві клінічні групи:

- 1-а (основна) група – 51 жінок з різним об'ємом хірургічного втручання;
- 2-а (контрольна) група – 267 хворих, яким було проведено консервативне лікування.

Із 308 хворих клініку пельвіоперитоніту або розлитого гнійного перитоніту мали 24,7% в обох досліджуваних групах.

Усім хворим було проведено комплексне клініко-лабораторне і інструментальне обстеження.

У всіх хворих під час госпіталізації і в процесі лікування оцінювали динаміку гострофазових показників крові. Під час підготовки до операції пацієнткам виконували ультразвукове, рентгенологічне і ендоскопічне дослідження стану травного тракту, сечовивідних шляхів, системи органів дихання і кровообігу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Необхідно відзначити, що лише 30,2% обстежених хворих було госпіталізовано у перші 24 год від початку захворювання.

До госпіталізації 57,1% хворих пройшли курс лікування в умовах жіночої консультації терміном не менше 7 днів, 4,3% – в іншому гінекологічному стаціонарі, 7,8% намагалися лікуватися самостійно.

Поведінкові чинники включали ранній початок статевого життя, високу частоту статевих контактів, велику кількість статевих партнерів. Ранній початок статевого життя (від 14 до 18 років) відзначали 206 хворих (66,8%), значну кількість статевих партнерів (два шлюби і більше) мали 162 хворі (52,4%).

Як чинник ризику при гнійних запальних захворюваннях придатків матки важливу роль відіграє наявність внутрішньоматкового контрацептиву. Від загального числа хворих (308), внутрішньоматковий контрацептив був у 12,2%. В оперованих хворих 1-ї групи це становило вже 38,2%. Встановлена кореляція між тривалістю використання внутрішньоматкового контрацептиву і виникненням гнійних запальних процесів. У кожній другій пацієнтки 1-ї групи внутрішньоматковий контрацептив знаходився більше 6 років.

Серед супутньої екстрагенітальної патології:

- захворювання травного тракту діагностовано у 13,2%;
- захворювання системи органів сечовиділення – в 11,1%;
- захворювання системи органів дихання – у 9,3%;

- захворювання ендокринної системи – у 7,2%;
- захворювання системи органів кровообігу – у 4,3% пацієнок.

Крім того, спостерігалася супутня патологія органів малого таза:

- ерозія шийки матки – 14,2%;
- лейоміома матки – 8,7%;
- полікістозні яєчники – 7,6%;
- ретенційні кісти яєчників – 2,8%.

Під час вступу до стаціонару в 78,2% хворих діагноз встановлений у момент госпіталізації, у 21,8% – через декілька годин (але не більше доби).

В основній і в контрольній досліджуваних групах появу перших симптомів запального процесу в більшості спостережень фіксували на 5–10-й день менструального циклу. При гострому сальпінгоофориті, що виник вперше, стертий початок і перебіг спостерігався всього в 2,4%. В основній масі хворих спостерігали найгостріший початок захворювання з підвищенням температури тіла, погіршенням загального стану, сильного болю в нижніх відділах живота; за наявності абсцесів – озноб, дизуричні явища.

При вивченні загального аналізу крові і біохімічних показників встановлено, що в 1-й групі спостережень 85,3% хворих, у 2-й групі 89,9% мали характерний лейкоцитоз. Кількість лейкоцитів варіювала від $8,8 \times 10^9 / l$ до $19,8 \times 10^9 / l$. Під час вивчення лейкограми в 96,1% хворих в основній і 94,9% в контрольній групі, виявлено зміну нейтрофільних гранулоцитів, зокрема паличкоядерних, у бік їх збільшення від 7% до 42%.

У 17,6% хворих 1-ї групи відзначено появу юних форм нейтрофільних гранулоцитів. Кількість сегменто-ядерних нейтрофільних гранулоцитів була підвищена у кожній другій хворій. Моноцитоз виявлений в 40,2% хворих 1-ї групи і в 33,6% – контрольній. Підвищення швидкості осідання еритроцитів виявлене в двох досліджуваних групах в 94,5% хворих від 15 до 65 мм/год. Як прояв інтоксикації в основній групі в 22,5% спостереження наголошувалося зниження гемоглобіну до 65 г/л. При біохімічному дослідженні крові в 16,6% спостережень виявлено зниження загальної кількості білка до 56 г/л. Протромбіновий індекс був змінений у 32,4% хворих в основній групі і в 13,6% у контрольній у бік підвищення його до 110%.

У 1-й групі 8,8% хворих мали дисбактеріоз піхви з характерним симптомокомплексом. У 2-й групі бактерійний вагіноз діагностували у 18,1% хворих. Дріжджоподібні гриби *Candida albicans* виявлені в основній групі в 6,9% хворих, у контрольній – в 6,2% спостереженнях. Трихомоніаз виявлений у 2,9% пацієнок в обох групах.

При бактеріоскопії відокремлюваного з каналу шийки матки, сечівника, піхви в 94,2% обстежених виявлений III або IV ступінь чистоти піхви, в останніх спостереженнях – II ступінь чистоти.

У посівах з гнійних порожнин, маткових труб і черевної порожнини у всіх спостереженнях бактеріальне зростання було відсутнє.

Методику визначення рівня прокальцитоніну (ПКТ) використовували для проведення диференціальної діагностики, оцінки прогнозу для даної хвороби і ранньої діагностики ускладнень. Проведено 75 досліджень. У 1-й групі 43 досліджен-

ня проводили перед оперативним втручанням. Через 3–4 доби після проведеного оперативного лікування у 1-й групі виконано 11 досліджень для контролю за лікуванням. У 2-й групі – 18 досліджень. Для проведення диференціальної діагностики у хворих з лихоманкою неясної етіології виконано 2 дослідження, при загостренні хронічного пієлонефриту – 1 дослідження. У хворих з консервативною терапією (2-а група) концентрації ПКТ до лікування і через 24–48 год практично не відрізнялися і мали значення $>0,5$.

При осумкованих гнійних процесах, що знаходяться у стадії ремісії, рівень ПКТ не перевищував 0,5. У двох випадках при лихоманці неясного генезу, коли згодом на перший план вийшла клініка гострої респіраторно-вірусної інфекції, підвищення рівня ПКТ вище за значення $<0,5$ не спостерігали.

У хворого із загостренням хронічного пієлонефриту також не спостерігали підвищення рівня ПКТ, хоча було відзначено підвищення температури до $38,4\text{ }^{\circ}\text{C}$, збільшення кількості лейкоцитів – до $18,6 \times 10^9/\text{л}$, зміна паличкоядерних нейтрофільних гранулоцитів – до 14%, підвищення швидкості осідання еритроцитів – до 27 мм/год.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що для підвищення ефективності діагностики гнійно-запальних захворювань органів малого таза необхідне комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження з оцінюванням вмісту прокальцитоніну під час вступу до стаціонару.

Це дозволяє розробити алгоритм проведення лікувально-профілактичних заходів включаючи і своєчасне оперативне лікування.

Актуальные аспекты диагностики urgentных гнойно-воспалительных заболеваний органов малого таза

В.А. Терехов

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что для повышения эффективности диагностики гнойно-воспалительных заболеваний органов малого таза необходимо комплексное клинико-лабораторное и функциональное обследование с оценкой содержания прокальцитонина при поступлении в стационар.

Это позволяет разработать алгоритм проведения лечебно-профилактических мероприятий включая и своевременное оперативное лечение.

Ключевые слова: гнойно-воспалительные заболевания, диагностика.

Optimisation of diagnostics of urgent pyoinflammatory diseases of bodies of a small basin

V.A. Terehov

Results of the spent researches testify, that for increase of efficiency of diagnostics of pyoinflammatory diseases of bodies of a small basin complex clinical-laboratory and functional inspection with a maintenance estimation procalcitonine is necessary at receipt in a hospital.

It allows to develop algorithm of carrying out of treatment-and-prophylactic actions including and timely operative treatment.

Keywords: pyoinflammatory diseases, diagnostics.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Волков В.Г. Оценка эффективности консервативного лечения воспалительных заболеваний придатков матки // Материалы XX Российского Форума «Мать и дитя». – М., 2017. – С. 350.
2. Горшкова И.А. Частота воспалительных заболеваний придатков матки в структуре гинекологического стационара, оказывающего экстренную помощь // Медицинские приборы и технологии/ под ред. А.З. Гусейнова и В.В. Савельева – Тула: Изд – во ТулГУ, 2017. – С. 170.
3. Казберюк Н.А. Системный подход к диагностике и прогнозированию гнойных заболеваний придатков матки в стационаре скорой помощи // Вестник новых медицинских технологий. – Тула, 2018 – XV, № 2. – С. 36–37.

УДК 618.36-008.6-06:618.11-08:618.177-089.888.11

Плацентарна дисфункція у жінок після апоплексії яєчника та застосування допоміжних репродуктивних технологій

О.М. Іщак

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

Результати проведених досліджень свідчать про високу частоту розвитку плацентарної дисфункції у жінок, які завагітніли після апоплексії яєчника з використанням допоміжних репродуктивних технологій.

Отримані результати свідчать про необхідність розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів з метою поліпшення перинатальних результатів розродження.

Ключові слова: апоплексія яєчника, допоміжні репродуктивні технології, плацентарна дисфункція.

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

Вагітності, що настали в результаті ДРТ, мають вищу частку невиношування, багатоводдя, ризики формування вад розвитку плода, підвищений інфекційний індекс [1, 2] і, що украй важливе, формування плацентарної дисфункції, яке впливає на перинатальне благополуччя, а переходячи в гостру клінічну форму загрожує життя матері і дитини [3, 6].

Не дивлячись на значну кількість наукових публікацій, присвячених проблемі вагітності і пологів після ДРТ не можна вважати всі питання повністю вирішеними.

Мета дослідження: проаналізувати особливості формування і функціонального стану фетоплацентарного комплексу в жінок після апоплексії яєчника (АЯ).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

В основу роботи покладено комплексне обстеження 100 вагітних після АЯ та ДРТ та їх новонароджених (основна група). До групи порівняння увійшли 50 жінок аналогічного віку, в яких вагітність настала природним шляхом.

Середній вік вагітних у групах після АЯ та ДРТ становив $29,0 \pm 4,1$ року і $33,1 \pm 3,3$ року для чоловіків. Тривалий безплідний період призводить до того, що упускається найсприятливіший вік для настання вагітності, і вона настає в пізньому репродуктивному періоді на тлі соматичних і гінекологічних захворювань, що накопичилися.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

До настання справжньої вагітності у більшості пацієнток після АЯ та ДРТ було діагностовано одне або декілька соматичних захворювань. Детальніше вивчення екстрагенітальної патології продемонструвало, що провідне місце посідають захворювання серцево-судинної, травної систем і ендокринна патологія. Так, у групах вагітних після АЯ та ДРТ переважала нейроциркуляторна дистонія за гіпертонічним типом (у 29,0% випадках), а в 9,0% розвивалася гіпертонічна хвороба. У структурі захворювань травного тракту в групі АЯ та ДРТ достовірно частіше зустрічався хронічний гастрит (21,0%).

Також для індукованої вагітності має значення патологія гепатобіліарної системи, у зв'язку з тим, що глобулін, що зв'язує статеві стероїди, синтезується в печінці. Так, серед захворювань даної системи органів хронічний холецистит зустрічався у 14,0% пацієнток, а хронічний гепатит – у 2,0%. Разом із зазначеним вище заслуговує на увагу високий рівень ендокринної патології з переважанням гіперандрогенії різного генезу (25,0%) і гіпотиреозу (14,0%).

Структурна характеристика порушень генеративної функції, виявлення особливостей перебігу вагітності, пологів і стану новонароджених у жінок після АЯ та ДРТ проводилося в рамках даного дослідження.

Середній вік початку менструацій достовірно не відрізнявся в групах після ДРТ і становив $13,1 \pm 0,8$ років ($p > 0,05$), що збігається із середньостатистичними даними. Порушення менструального циклу зустрічалися частіше у пацієнток після АЯ та ДРТ і виявлялися у вигляді гіперполіменореї у жінок основної групи (у 29,0%) і у 18,0% в групі порівняння ($p < 0,05$), рідше опсо- і олігоменореї, у 16,0% випадків менструальний цикл перевищував 35 днів, у 4% коротше за 21 день ($p < 0,001$).

У структурі гінекологічної патології у пацієнток після АЯ та ДРТ клінічну значущість набули доброякісні пухлини і пухлиноподібні утворення яєчників (22,0% і 14,0%), лейоміома матки (18,0% і 6,0%), ендометріоз (16,0 і 6,0%). Дані види патологій на етапі предгравідарної підготовки піддалися хірургічній корекції. Так, міомектомії проводили у 18,0% жінок, операції на яєчниках зустрічалися у більш ніж 30% випадків, у зв'язку з чим, ймовірно, можна говорити про зниження фолікулярного запасу в даній категорії пацієнток, посилюючи проблему їхнього безпліддя, обумовлюючи невдачі ДРТ, а при настанні вагітності підвищуючи ризики формування плацентарної дисфункції.

Результатом перенесених запальних процесів (38,0% і 16,0%) і досить високого рівня оперативних втручань на органах малого таза у пацієнток після АЯ та ДРТ з'явився розвиток спайкового процесу різного ступеня вираженості, який був вияв-

лений під час проведення діагностичних лапароскопій у рамках підготовки до ДРТ. Як наслідок соматичної і гінекологічної обтяженої у досліджуваних пацієнок в анамнезі був відзначений синдром втрати плода у вигляді вагітностей, що не розвиваються, мимовільних викиднів, штучних абортів, позаматкових вагітностей (50,0% і 8,0%).

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

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

Частим ускладненням I триместра був загрозливий викидень, який діагностований у 80,0% спостережень. Серед проявів загрозливого викидня I триместра достовірно частіше зустрічались відшарування хоріону, кров'яні виділення зі статевих шляхів, больовий синдром. Звертає на себе увагу висока частота стійкої рецидивуючої протягом усієї вагітності загрози переривання (30,0%), тоді як серед пацієнок групи порівняння вона була зафіксована лише у 6,9% жінок. Значний відсоток загрозливого викидня, стійкість і персистенція його симптомів у поєднанні з великою кількістю ретрохоріальних гематом після АЯ та ДРТ могло стати предиктором розвитку первинної плацентарної дисфункції.

Справжня вагітність ускладнилася раннім токсикозом різного ступеня тяжкості у 8,0% вагітних групи порівнянню і в 25,0% вагітних основної групи ($p < 0,001$). Тяжкий ступінь раннього токсикозу був діагностований лише у 5,0% пацієнок основної групи. Ранні репродуктивні втрати в контрольній групі становили 6,0% випадків, в основній – 16,0% ($p < 0,001$). Усі репродуктивні втрати в контрольній групі і в 13,0% в групі порівняння зафіксовані як вагітність, що не розвивається, що може бути обумовлене «матковим чинником», який представлений гіпоплазією і «незрілістю» ендометрія, порушенням гемодинаміки в судинному руслі матки або неповноцінністю сперми.

У II триместрі вагітності структура акушерських ускладнень дещо змінилася. Ми побачили зниження частоти загрозливого викидня в контрольній групі до 10,0% і 75,0% в основній групі порівняно з I триместром, проте показники все ще були високі. Ранній початок прееклампсії був діагностований у 18,0% вагітних із комбінованою гормональною терапією, виражене в основному патологічним збільшенням маси тіла.

Обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез, тривале безпліддя, вихідна виснаженість яєчників, високе гормональне навантаження, прееклампсія, стійка рецидивуюча загроза переривання вагітності у пацієнок після АЯ та ДРТ стали причинами розвитку плацентарної дисфункції вже з II триместру у 30,0% жінок ос-

новної групи і, як наслідок, формуванням синдрому затримки зростання плода (18,0%). Не дивлячись на ускладнений перебіг II триместру вагітності, частота репродуктивних втрат становила в основній групі 6,0% за рахунок прогресуючого відшарування нормально- і низькорозташованої плаценти.

Найбільш важливим з ускладнень III триместру вагітності була плацентарна дисфункція (ПД), яка мала статистично достовірні відмінності і становила 62,0% в основній групі. Це може бути обумовлено тим, що розвиток індукованої вагітності в умовах первинної ПД призводить до порушення відтоку крові з плаценти, недостатньому вступу крові в міжворсинчасті простори в результаті периферичного спазму, ендотеліозу і тромбозу судин. Клінічними проявами ПД з'явилася затримка росту плода (27,0%) і дистрес плода (24,0%). Преєклампсія легкого і середнього ступеня тяжкості розвинулася у 49,0% жінок в основній групі. Крім того, в III триместрі у цій самій групі спостерігалася патологія кількості навколоплідних вод: маловоддя зафіксоване у 18,0%, багатоводдя у 10,0% пацієнок.

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

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

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про високу частоту розвитку плацентарної дисфункції у жінок, які завагітніли після апоплексії яєчника з використанням допоміжних репродуктивних технологій.

Отримані результати свідчать про необхідність розробки алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів з метою поліпшення перинатальних результатів розродження.

Плацентарная дисфункция после апоплексии яичника и применения вспомогательных репродуктивных технологий О.Н. Ищак

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой частоте развития плацентарной дисфункции у женщин, которые забеременели после апоплексии яичника с использованием вспомогательных репродуктивных технологий.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости разработки алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий с целью улучшению перинатальных исходов родоразрешения.

Ключевые слова: апоплексия яичника, вспомогательные репродуктивные технологии, плацентарная дисфункция.

Placenta disfunction after the apoplexy of ovary and auxiliary genesial technologies O.N. Ishchak

Results of the conducted researches testify to high-frequency of development of placenta disfunction for women which get pregnant after the apoplexy of ovary with the use of auxiliary genesial technologies.

The got results testify to the necessity of development of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic measures with a purpose to the improvement of перинатальних ends of delivery.

Keywords: *apoplexy of ovary, auxiliary genesial technologies, placenta disfunction.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бесплодный брак : Руководство для врачей / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: Гэотар-медиа, 2015. – 611 с.
2. Бурдули Г.Н. Репродуктивные потери / Г.Н. Бурдули, О.Г. Фролова/ – М.: «Триада-Х», 2017. – 188 с.
3. Вовк І.Б. Корекція гормональних порушень при поєднаних формах неплідності / І.Б. Вовк, А.Г. Корнацька // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2013. – № 4. – С. 147–149.
4. Гойда Н.Г. Стан репродуктивного здоров'я населення України на межі тисячоліть / Н.Г. Гойда // Журн. практ. лікаря. – 2017. – № 5. – С. 2–6.
5. Грищенко В.И. Лечение и реабилитация больных с трубно-перитонеальным бесплодием / В.И. Грищенко, Н.И. Козуб, А.И. Довгаль // Междунар. мед. журнал. – 20012. – № 2. – С. 34–37.
6. Данкович Н.А. Проблема бесплодия и пути ее решения / Н.А. Данкович // Семейна медицина. – 2015. – № 1. – С. 10–13.

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

Тактика допоміжних репродуктивних технологій у пацієнок після лікування патології шийки матки різними методами

І.Ю. Костюк

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Отримані результати свідчать про ефективність запропонованого алгоритму диференційованого підходу до проведення допоміжних репродуктивних технологій у жінок з патологією шийки матки з урахуванням наявності супутніх дисгормональних порушень.

Представлені дані дозволяють рекомендувати вдосконалений алгоритм для широкого використання в кабінетах і клініках репродуктології.

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

Частота безплідного шлюбу за даними вітчизняних і зарубіжних дослідників становить від 10% до 20% [1]. У структурі жіночого безпліддя різна генітальна патологія посідає провідне місце. Найчастішою патологією є захворювання шийки матки (ШМ), частота яких в репродуктивному віці досягає 30–40% [2]. Як свідчать дані сучасної літератури, причинами високої частоти патологічних змін ШМ у жінок репродуктивного віку є ранній початок статевого життя, інфікованість статевих партнерів, нераціональне використання різних методів контрацепції тощо [3].

Основними методами лікування патології ШМ є консервативний і оперативний з широким спектром використання різних методик і модифікацій [5]. Лікування різних форм жіночого безпліддя у пацієнок з патологією ШМ викликає певні труднощі, які часто є однією з причин негативних результатів лікування [6].

Останніми роками в Україні широко використовуються допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) при жіночому безплідді різного генезу, причому інколи тактика їхнього проведення стандартизована без врахування супутньої генітальної патології, у тому числі і захворювань ШМ, які були проліковані різними способами і методиками [7].

З огляду на викладене вище, представляє значний інтерес вивчення особливостей проведення ДРТ у пацієнок цієї групи, а також розробка тактики ведення у них ранніх термінів вагітності.

Мета дослідження: відновлення репродуктивної функції у жінок після різних методів оперативного лікування патології ШМ на основі вивчення у них клініко-функціональних і морфологічних особливостей, а також удосконалення і впровадження алгоритму хірургічних і лікувально-профілактичних заходів з використанням ДРТ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети і завдань було проведено обстеження і лікування 96 пацієнток репродуктивного віку з безпліддям на тлі запально-дистрофічних і гіперпластичних процесах ендочервіксу.

До основної групи увійшли 70 жінок, яким було виконано лікування патології ШМ методами кріодеструкції або радіохвильової хірургії (зокрема методом кріодеструкції – 30 пацієнток, методом радіохвильової хірургії – 40 пацієнток). До групи порівняння увійшли 26 жінок, яким були виконані хірургічні операції – кюретаж і бужування з приводу патології ШМ, що вивчається.

Лікування патології ШМ методом радіохвильової терапії проводили в наступних випадках: деформація ШМ внаслідок післяпологових розривів, гіпертрофія ШМ, поліпи каналу ШМ, лейкоплакія ШМ, дисплазія ШМ I та II ступеня, конізація ШМ при дисплазії III ступеня, коагуляція вогнищ ендометріозу (субепітеліальний ендометріоз), гемангіоми слизової оболонки, кондиломи, папіломи статевих органів, у тому числі множинні ускладнені форми, ерозія ШМ.

Ми вважаємо, що метод радіохвильової хірургії є оптимальним, оскільки це атравматичний метод розрізу і коагуляції м'яких тканин за допомогою високочастотних хвиль. Радіохвильовий розріз виконується без фізичного тиску або дроблення клітин тканин. З електрода, в якості якого використовується вольфрамовий дріт, емітуються високочастотні хвилі. Ефект розрізу досягається за рахунок тепла, що виділяється при опорі, який здійснюють тканини проникненню високочастотної радіохвилі. Високочастотна енергія концентрується на кінчику електрода і підвищує утворення молекулярної енергії всередині кожної клітини, фактично випаровуючи клітину. Радіохвильовий розріз і коагуляція виконуються без руйнування тканин, чо не вдається уникнути при використанні електрохірургічних низькочастотних приладів.

Отже, перевагами радіохвильової хірургії є швидкість лікування, відсутність електроопіку, прискорене і безрубцове загоєння тканин. Результати радіохвильового лікування набагато перевищують результати після застосування традиційних методів лікування патології ШМ. Також важливою перевагою методу є практично відсутні стенозування й облітерація каналу ШМ.

Кріохірургічне лікування патології ШМ проводили в наступних випадках:

- ектопія циліндричного епітелію,
- хронічний цервіцит,
- лейкоплакія ШМ,
- дисплазія ШМ I та II ступеня.

З метою проведення кріодеструкції застосовували методику двуциклового заморожування, яка полягає в повторному заморожуванні тканини через 10–12 хв після першого заморожування.

Основними показаннями для проведення ДРТ 60 пацієнток були наступні:

- 10 пацієнток з тубним фактором безпліддя (відсутність маткових труб або їх непрохідність);
- 5 пацієнток з вираженим спайковим процесом органів малого таза;
- 10 пацієнток з порушенням функції яєчників, зокрема: порушення росту фолікулів та овуляції, з синдромом лютеїнізації фолікула, ендометріїдними кістами яєчника;

- 5 пацієнток, де безпліддя пов'язане з віком (жінки 36 років та більше) та передчасним виснаженням яєчників;
- 15 пацієнток, у яких провідним чинником було чоловіче безпліддя (обструктивна азооспермія, астенозооспермія, олігозооспермія, олігоастенотератозооспермія, ретроградна еякуляція, анеякуляція, еректильна дисфункція, імунологічні фактори та захворювання, які потребують генетичне обстеження для виключення вірогідності народження дитини зі спадковою патологією);
- 8 пацієнток – шийковий фактор (що включає в себе стриктурні зміни каналу ШМ);
- 7 пацієнток з поєднаними формами безпліддя (жіночий та чоловічий фактор).

Під час проведення ДРТ в пацієнток з патологією ШМ були використані наступні моменти:

- 1) залежно від результатів обстежень, а саме даних цитологічного дослідження, кольпоскопії, даних гістологічного дослідження пацієнткам додатково було проведено обстеження на HPV-високоонкогенні штами;
- 2) після основних методів лікування (кріохірургічного та радіохвильового) було додатково призначено антибактеріальну, протівірусну та імуномодельуючу терапію;
- 3) у певній групі пацієнтів було відмінено ембріотрансфер та проведена кріоконсервація ембріонів з причини рецидиву захворювань та необхідності проведення повторного лікування.

ДРТ за загальноприйнятими методиками [7].

Виходячи з принципу, що зіставлення ефективності вживаних методів лікування необхідно проводити на порівнянних групах хворих, ми вибрали групи пацієнток, однорідних по віковому складу (від 19 до 36 років – репродуктивний вік).

З дослідження були виключені хворі з:

- нейроендокринними синдромами,
- гострими і підгострими запальними процесами,
- доброякісними пухлинами матки і придатками,
- ендометріозом.

На кожному пацієнтку заповнювалася карта обстеження, яка дозволяла враховувати дані анамнезу, об'єктивного дослідження, додаткового методу дослідження, протоколи операцій.

Серед основних методів дослідження, використаних у роботі, ми виділяли наступні:

1. Лабораторні методи дослідження:
 - клінічний і біохімічний аналіз крові;
 - оцінка ендокринологічного статусу;
 - дослідження згортаючої системи;
 - мікроскопічне дослідження відокремлюваного з піхви;
2. Інструментальні методи дослідження:
 - оглядова рентгеноскопія органів грудної клітини і черевної порожнини;
 - УЗД і доплерометричне дослідження внутрішніх статевих органів;

- магнітно-резонансна томографія органів малого таза;
- кольпо- і цервікоскопія;
- гістероскопія;
- гістологічне дослідження матеріалу.

Для уточнення стану ШМ усім хворим виконували розширену кольпоскопію на бінокулярному кольпоскопі. На початку дослідження здійснювали просту (оглядову) кольпоскопію, при якій визначали величину і форму ШМ і зовнішнього зіву, колір і рельєф слизової оболонки, особливості судинного рисунку, межу плоского і циліндрового епітелію. Для виявлення чіткіших кольпоскопічних картин на вагінальну частину ШМ наносили 3% розчин оцтової кислоти, а потім розчин Люголя (проба Шиллера). При відхиленні від нормальної кольпоскопічної картини брали мазки-відбитки з поверхні ШМ з подальшим цитологічним дослідженням [3].

Для виключення трубно-перитонеального й ендокринного безпліддя пацієнткам був запропонований комплекс обстежень. У разі підозри на ендокринне безпліддя застосовували:

- вимір базальної температури в 2–3 послідовних циклах (діагностика форм інфертильності);
- рентенографія черепа з візуалізацією турецького сідла, комп'ютерна або магнітно-резонансна томографія (виключити мікроаденоми);
- визначення в крові вмісту гормонів щитоподібної залози (ТЗ, Т4) і тиреотропного гормону (виключити гіпотиреоз);
- визначення базального рівня ФСГ (первинна або вторинна яєчниковна форма безпліддя);
- тест толерантності до глюкози (виявлення порушення вуглеводного обміну).

Оцінювання ефективності проведеного лікування проводили через 2 міс після операції на підставі клінічних даних і трансвагінального ультразвукового дослідження, а також даних цервіко- і гістероскопії. Контрольна цервіко- і гістероскопія через 2–9 міс після операції була виконана у 32 пацієнток. Із 70 пролікованих хворих контрольної групи рецидив захворювання фіксували у 18 випадках. Цій групі хворих через 1 міс виконано повторне лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведеного дослідження свідчать, що патологія ШМ є однією з основних причин жіночого безпліддя, причому в 45,8% – первинного і в 54,2% – вторинного. Супутні порушення менструальної функції у цих пацієнток зустрічаються в 89,6%, а хронічні запальні процеси матки і придатків – в 33,4% відповідно.

У жінок із вторинним безпліддям після різних методів оперативного лікування патології ШМ спостерігається обтяжений репродуктивний анамнез за рахунок високої частоти артифіційних (73,7%) і мимовільних абортів (44,7%), причому урівень запальних ускладнень після різних внутрішньоматкових втручань становить 86,4%.

Кольпоскопічна картина у жінок з безпліддям на тлі патології ШМ характеризується переважанням лейкоплакії (35,4%) і атрезії внутрішнього зіву (27,1%) порівняно з поліпами каналу ШМ (14,6%), плоскими папіломами (8,3%), ектопією

циліндрового епітелію (7,3%) ретенційними кістами ШМ (7,3%). Частота різних форм поєднаної патології становить 15,7%.

Під час проведення цервікоскопії у жінок з безпліддям на тлі патології ШМ встановлено переважання фіброзних зрощень і рубцевих деформацій (37,1%) і поліпів каналу ШМ (27,1%) порівняно з доброякісними гіперпластичними процесами (20,0%) і фоновими захворюваннями ШМ (15,7%).

Основні параметри індукції суперовуляції у жінок після різних методів оперативного лікування патології ШМ залежать від наявності супутніх дисгормональних порушень:

- середня кількість циклів на одну пацієнтку за відсутності дисгормональних порушень становить $1,95 \pm 0,18$; за наявності – $4,13 \pm 0,38$ (більше в 2,1 разу);
- сумарна доза гонадотропінів була вище в 1,5 разу за наявності дисгормональних порушень у жінок з патологією ШМ;
- найбільша тривалість стимуляції відмічена за наявності супутніх дисгормональних порушень: $12,9 \pm 1,2$ і $11,3 \pm 1,4$ – за їхньої відсутності;
- за кількістю ооцитів самий високий показник фіксували за відсутності дисгормональних порушень: $14,5 \pm 1,6$ і $13,8 \pm 1,7$ за їхньої наявності;
- під час оцінювання товщини ендометрія в день перенесення ембріона самі високі параметри спостерігалися за наявності дисгормональних порушень – на $1,2 \pm 0,1$ мм більше, ніж за їхньої відсутності.

Клінічні результати допоміжних репродуктивних технологій залежать від наявності супутніх дисгормональних порушень у жінок після різних методів оперативного лікування патології ШМ: частота імплантації – вище в 1,7 разу, настання вагітності – в 2,0 разу і пологи живим плодом – в 2,1 разу.

ВИСНОВКИ

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

Тактика вспомогательных репродуктивных технологий у пациенток после лечения патологии шейки матки различными методами И.Ю. Костюк

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

Ключевые слова: патология шейки матки, вспомогательные репродуктивные технологии.

Tactics of auxiliary reproductive technologies at patients after various methods of treatment of a pathology cervix uterus

I.Yu. Kostyuk

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

Keywords: pathology of cervix uterus, auxiliary reproductive technologists.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гойда Н.Г. Стан та проблеми організації надання медичної допомоги жінкам з онкогінекологічною патологією / Н.Г. Гойда // Злоякісні новоутворення. – Київ: Телеоптик, 2013. – С. 5–6.
2. Дубініна В.Г. Оптимізація лікування цервікальної інтраепітеліальної неоплазії II / В.Г. Дубініна, Н.Г. Кузєва // Репродуктивное здоровье женщины. – 2013. – № 5. – С. 216–217.
3. Значення місцевої протизапальної терапії для профілактики рецидивів передпухлинних захворювань шийки матки / [Сенчук А.Я., Шень Ю.М., Квартальний О.А. та ін.] // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2013. – № 6. – С. 84–87.
4. Ключіна Л.Б. Цитологічний метод виявлення дисплазії епітелія шийки матки / Л.Б. Ключіна, Г.И. Кузина, О.К. Клецкий // Лабораторное дело. – 2013. – № 3. – С. 55–57.
5. Лакатош В.П. Сучасні підходи до діагностики. Лікування та прогнозування захворювань шийки матки, асоційованих з папіломавірусною інфекцією: автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.01.01 «Акушерство та гінекологія» / В.П. Лакатош. – К., 2001. – 21 с.
6. Радзинский В. Е. Эффективность радиохирургического лечения доброкачественных заболеваний шейки матки: мат. науч.-практ. конф. акушеров-гинекологов / В.Е. Радзинский, И.М. Ордиянц. – М., 2018. – С. 26–27.
7. Юзько О.М. Оптимізація допоміжних репродуктивних технологій у жінок з різною геніальною патологією / О.М. Юзько, Т.А. Юзько // Буковинський медичний вісник. – 2018. – № 2. – С. 78–83.

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

Материнські чинники перинатальної патології та клінічні аспекти перебігу вагітності в жінок із безпліддям в анамнезі

А.М. Шлемкевич

ДУ «Інститут спадкової патології НАМН України», м. Львів.

Метою дослідження було вивчення материнських чинників перинатальних ускладнень прогнозування розвитку перинатальної патології серед жінок з безпліддям в анамнезі.

Проведено дослідження 80 жінок, яких було розподілено на дві групи: у I увійшли 40 пацієнок із трубно-перитонеальним непліддям в анамнезі, у II групу – 40 пацієнок з ендокринним безпліддям в анамнезі.

Резюмуючи результати клінічного перебігу вагітності в пацієнок обох груп, слід зазначити, що нами виявлені фактори, які сприяють репродуктивним втратам у пацієнок із трубно-перитонеальною непліддністю в анамнезі. Встановлено, що 6,7% вагітність перервалася у I триместрі гестації по типу замерлої (анембріонія), частота репродуктивних втрат у II триместрі гестації становила 4,4%. За наявності ендокринної непліддності в анамнезі частота передчасних пологів становила 26,7%, при трубно-перитонеальній непліддності частота передчасних пологів – 6,7%, кесарів розтин у пацієнок із трубно-перитонеальним непліддям становив 26,7% при ендокринологічному безплідді – 36,7%.

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки з непліддністю різного генезу належать до групи високого ризику з розвитку перинатальних ускладнень, причому в прямій залежності від генезу непліддності.

Ключові слова: безпліддя, вагітність, перинатальні наслідки.

Проблема лікування жіночого безпліддя сьогодні набуває величезного не тільки медичного, але й соціально-демографічного значення. Розвиток сучасних технологій діагностики та лікування жіночої непліддності дозволяє підвищити кількість жінок, в яких настає вагітність. Проте ці пацієнтки належать до групи високого ризику невиношування вагітності та є причиною високого ризику перинатальної патології.

Не менш важливим є той факт, що вік пацієнок, як правило, більше 30 років, вони мають обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез, супутні соматичні захворювання, раніше лікувалися з приводу безпліддя, є ендокринологічні порушення або виражені анатомічні зміни органів малого таза, генетичну патологію. Перебіг вагітності та пологів у такої обтяженої групи хворих природно може частіше,

ніж звичайно, ускладнюватися акушерською та перинатальною патологією і, як наслідок, призводити до погіршення кінцевих результатів.

Відсутні методики прогнозування перинатальної патології та ефективної профілактики з урахуванням форми і методів лікування жіночого безпліддя. Не визначений алгоритм пренатального ехографічного і клінічного моніторингу у пацієнток у різні терміни вагітності, а також тактика їхнього розродження. Усе це свідчить про актуальність обраного напрямку у вирішенні сучасної акушерської проблеми.

Мета дослідження: вивчення материнських чинників перинатальних ускладнень прогнозування розвитку перинатальної патології серед жінок з неплідністю в анамнезі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено обстеження 80 жінок, яких було розподілено на дві групи: у I групу входило 30 пацієнток з трубно-перитонеальною неплідністю в анамнезі; у II групу – 30 пацієнток з ендокринологічною неплідністю в анамнезі. Термін інфертильності у жінок з трубно-перитонеальною неплідністю коливався від 2 до 7,8 року (у середньому – $5,3 \pm 2,5$ року). Вік пацієнток з трубно-перитонеальним безпліддям був від 23 до 36 років. Пацієнтки не мали надмірної маси тіла, у середньому індекс маси тіла становив $24,7 \pm 2,2$, що дещо нижче норми (25). Зафіксована незначна частота запальних соматичних захворювань.

Під час аналізу акушерсько-генетичного анамнезу встановлено, що частота артіфіційних абортів становила 24,8%. Вагітність, що не розвивалась в анамнезі, виявили у 3,1% пацієнток, а пологи – у 12,7%. Сальпінгіт та ендометрит в анамнезі встановлено у 32,8% пацієнток.

У 39,7% пацієнток в анамнезі були різні оперативні втручання на органах черевної порожнини, наслідки яких призвели до спайкової хвороби малого таза.

У II групі було 40 пацієнток з ендокринною неплідністю в анамнезі. Гіперпролактинемію виявлено у 10% пацієнток, синдром полікістозних яєчників – у 46,7%. Термін інфертильності становив від 3,2 до 5,8 року (у середньому – $3,5 \pm 0,5$ року).

Вік пацієнток з ендокринологічною неплідністю становив $27,4 \pm 1,2$ року, що в 1,3 разу нижче, ніж у групі з трубно-перитонеальним безпліддям.

Дослідження стану соматичного здоров'я у жінок з ендокринним безпліддям дозволило виявити широкий спектр захворювань (порушення жирового обміну, нейроциркуляторна дистонія, фіброзно-кістозна мастопатія, патологія щито-подібної залози).

Акушерський анамнез у пацієнток з ендокринним безпліддям був обтяжений. Переривання вагітності за типом мимовільного викидня виявлено у 38,2%, вагітність, що не розвивається – у 46,7%.

У 73,2% жінок виявлено порушення менструального циклу. Аналіз гінекологічної захворюваності продемонстрував, що у жінок з ендокринним безпліддям була висока частота гіперплазії ендометрію – 28,6%, поліпозу ендометрію – 12,4%, поліпозу каналу шийки матки – 7,8%, фонових захворювань шийки матки – 21,7%. Спроби оперативного лікування безпліддя проводились у 28,8% усіх пацієнток з полікістозом яєчників.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Резюмуючи результати клінічного перебігу I триместра вагітності у пацієнток обох груп, слід зазначити, що нами виявлено фактори, які сприяють репродуктивним втратам у I триместрі вагітності у пацієнток з трубно-перитонеальним безпліддям в анамнезі: низький індекс маси тіла, первинний характер безпліддя та його перебіг до 5 років, запальний генез органів малого таза.

Установлено, що в 6,7% пацієнток вагітність перервалась у 5–6 тиж за типом за-вмерлої (анембріонії).

Без урахування етіологічного фактору безпліддя частота репродуктивних втрат у II триместрі вагітності становила 4,4%. Значні відмінності виявлено під час аналізу залежно від причин безпліддя. Так, у групі з трубно-перитонеальним безпліддям пізніх мимовільних викиднів не було. За наявності ендокринного безпліддя викидні відбулися у 3,3%

Причиною мимовільного викидня у 15–21 тиж гестації була істміко-цервікальна недостатність. У пацієнтки з трубно-перитонеальним безпліддям причиною була механічна травма шийки матки.

За наявності ендокринного безпліддя в анамнезі виявлена найбільша частота передчасних пологів – 26,7%. У разі трубно-перитонеального безпліддя частота передчасних пологів становила 6,7%. Частота передчасних пологів у 34–37 тиж була найбільшою в жінок з ендокринним безпліддям.

Незалежно від генезу безпліддя у всіх пацієнток з передчасними пологами перебіг вагітності з ранніх термінів був ускладнений загрозою переривання: у 3,3% з трубно-перитонеальним безпліддям – на фоні хронічної урогенітальної інфекції, у 6,7% з ендокринним безпліддям – на фоні істміко-цервікальної недостатності, що ще раз підтверджує необхідність обліку генезу безпліддя.

Нами була виявлена тенденція до зниження частоти загрози переривання вагітності у III триместрі у пацієнток з ендокринним та трубно-перитонеальним безпліддям до кінця вагітності статистично значущого зниження частоти загрози переривання вагітності порівняно з II триместром вагітності не виявлено.

У III триместрі встановлена відносно однакова частота прееклампсії у пацієнток з трубно-перитонеальним та ендокринним безпліддям (по 23,3% відповідно).

За диференційованим підходом з урахуванням етіології безпліддя встановлено, що висока частота затримки розвитку плода характерна тільки для пацієнток з ендокринним безпліддям в анамнезі (23,3%), тоді як частота даного ускладнення у разі трубно-перитонеального безпліддя становила 6,7%.

У пацієнток з ендокринним та трубно-перитонеальним безпліддям частота абдомінального розродження становила 36,7% та 40,0% відповідно. Проте значущі розбіжності були виявлені нами під час аналізу показань до абдомінального розродження. Основним показником до кесарева розтину в разі ендокринного безпліддя була прееклампсія (у 83,3% пацієнток – оперативне розродження), тоді як дане ускладнення вагітності було підставою для проведення кесарева розтину тільки у 26,7% вагітних з трубно-перитонеальним безпліддям.

Отже, необхідно відзначити, що репродуктивні втрати, ускладнення вагітності більшою мірою зумовлені причинами безпліддя. Виражені гормональні порушення

в ранні терміни вагітності є передумовами для розвитку ускладнень у більш пізні терміни вагітності (загроза переривання, істміко-цервікальна недостатність, преєклампсія, затримка росту плода).

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки з безпліддям різного генезу належать до групи ризику з розвитку перинатальних ускладнень, причому в прямій залежності від генезу безпліддя. Отримані дані дозволяють переглянути традиційну тактику ведення вагітності та розродження пацієнток із безпліддям різного генезу.

Материнские факторы перинатальной патологии и клинические аспекты протекания беременности у женщин с бесплодием в анамнезе

А.М. Шлемкевич

Целью исследования было изучение материнских факторов перинатальных осложнений прогнозирования развития перинатальной патологии среди женщин с бесплодием в анамнезе.

Проведено исследование 60 женщин, которые были разделены на две группы: в I группе было 30 пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием в анамнезе; во II группу вошло 30 пациенток с эндокринным бесплодием в анамнезе.

Резюмируя результаты клинического протекания беременности у пациенток обеих групп, необходимо отметить, что нами выявлены факторы, которые приводят к репродуктивным потерям пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием в анамнезе. Установлено, что у 6,7% беременность прерывалась в I триместре беременности по типу замершей (анембриония), частота репродуктивных потерь во II триместре беременности составляла 4,4%. При наличии эндокринного бесплодия в анамнезе частота преждевременных родов – 26,7%, при трубно-перитонеальном бесплодии частота преждевременных родов – 6,7%, кесарево сечение у пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием составляло 26,7%, при эндокринном бесплодии – 36,7%.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что женщины с бесплодием разного генеза относятся к группам высокого риска с развития перинатальных осложнений, притом в прямой зависимости от генеза бесплодия.

Ключевые слова: бесплодие, беременность, перинатальные исходы.

Maternal factors of perinatal pathology and clinical aspects of pregnancy in women with infertility in anamnesis

A.M. Shlemkevych

Objective: to study the maternal factors of perinatal complications of predicting the development of perinatal pathology among women with infertility in anamnesis.

We conducted a study of 60 women who were divided into two groups: in 1 there were 30 patients with a peritoneal tubal infertility in anamnesis. Group 2 included 40 patients with an endocrine infertility in anamnesis.

Summarizing the results of the clinical course of pregnancy in patients of both groups, it should be noted that we have identified factors that favor the reproductive losses of patients

with a tubal-peritoneal infertility in anamnesis. It was found that the pregnancy was terminated in 6.7% in the 1st trimester of pregnancy as a frozen one (anembryony), the reproductive loss rate in the 2nd trimester of pregnancy was 4.4%. For the presence of endocrine infertility in the anamnesis, the preterm birth rate was 26.7%, with tubal-peritoneal infertility the preterm birth rate was 6.7%, caesarean sections in patients with tubal-peritoneal infertility was 26.7%, and with endocrine infertility -36, 7%.

The results of the studies indicate that women with infertility of different genesis belong to high-risk groups with the development of perinatal complications, moreover, in direct correlation to the genesis of infertility.

Keywords: infertility, pregnancy, perinatal consequences.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кудлай О.М. Реабілітація репродуктивно функції жінок з безпліддям різного генезу: Дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01 / О.М. Кудлай. – 2009. – 168 с.
2. Кулаков В.И. Современные подходы к диагностике и лечению женского бесплодия / В.И. Кулаков, И.Е. Корнеева // Акушерство и гинекология. – 2007. – № 2. – С. 56–59.
3. Панова Т.В. Дифференцированная профилактика невынашивания беременности у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием в анамнезе / Т.В. Панова, Т.С. Качалина // Гинекология. – 2008. – № 1. – С. 4–6.
4. Течение и исход беременности у женщин с бесплодием в анамнезе / О.Н. Аржанова, И.С. Корсаков, О.О. Орлова, Ю.М. Пайчева // Пробл. репродукции. – 2009. – № 3. – С. 54–56.

**Тези науково-практичної
школи-семінару
у форматі телемости
«КЛІНІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
В ПРАКТИЦІ АКУШЕРА-ГІНЕКОЛОГА»**

*17 вересня 2020 року,
ІВАНО-ФРАНКІВСЬК – ЧЕРНІВЦІ – УЖГОРОД*

Клінічний перебіг вагітності у жінок із дефіцитом маси тіла

О.О. Боженко

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

Метою наукового дослідження є вивчення основних особливостей клінічного перебігу вагітності і пологів у жінок із нейроендокринною патологією та дефіцитом маси тіла.

Для вирішення поставленої мети було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 100 жінок із нейроендокринною патологією (основна група) і 50 жінок без такої патології (контрольна група). В основній групі були виділені дві підгрупи: перша підгрупа – 50 жінок із нейроендокринною патологією та надмірною масою тіла і друга підгрупа – 50 жінок із нейроендокринною патологією і дефіцитом маси тіла.

Результати проведених досліджень свідчать, що вагітність у жінок із нейроендокринною патологією та дефіцитом маси тіла перебігає на тлі граничного напруження пристосовних механізмів, що проявляється метаболічними порушеннями у поєднанні з неадекватно високою симпатичною активністю під час перебігу всього періоду гестації, що характеризує переважання процесів компенсації. Ці розлади формують картину прееклампсії і постійної загрози невчасного переривання вагітності.

На такому фоні плацентарна дисфункція і гіпоксія плода може посилитися патологічними пологами і зниженням адаптаційних можливостей новонароджених. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Вплив акушерської ранової інфекції
на неспроможність м'язів тазового дна**

Т.Г. Войток

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

Метою дослідження було зниження частоти і підвищення ефективності лікування інфікованих травм промежини, піхви і шийки матки на підставі вивчення клініко-мікробіологічних та імунологічних особливостей, а також розроблення і впровадження вдосконаленого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Рекомендована нами лікувально-профілактична методика полягала у використанні лікувально-профілактичного комплексу з антисептичного препарату (мірамістин) і біологічно активного гетероглікозиду рослинного походження (панавір). До комплексу проведених досліджень входили клінічні, мікробіологічні, імунологічні, цитологічні і статистичні. Отримані результати свідчать, що лікування ранової інфекції є досить складним процесом і потребує обліку багатьох ендоекзогенних факторів.

Запропонована нами методика сприяє адекватному очищенню ранової поверхні, а також стимулює процеси фагоцитозу і регенерації. У сукупності це дозволяє покращити результати лікування і скоротити на 4,2 дня перебування породіль у стаціонарі. Це дає підставу рекомендувати розроблену методику в практичну охорону здоров'я з метою профілактики неспроможності м'язів тазового дна.

**Вплив порушень менструальної функції
на розвиток дисплазії грудних залоз**

С.Є. Гладенко

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

Метою дослідження було вивчення впливу порушень менструальної функції на розвиток дисплазії грудних залоз. Для вирішення поставленої мети було проведено обстеження 100 пацієнток з дисплазією грудних залоз і порушенням менструальної функції. Обстеження включало разом із загальноприйнятими методами фізикальне та ультразвукове дослідження грудних залоз, доплерографію з кольоровим доплерівським картуванням (КДК) кровотоку в артеріях паренхіми, гормональне дослідження, інтраопераційну біопсію і морфологічні методики.

З метою кількісного оцінювання інтенсивності масталгії використовували візуально-аналогову шкалу, даних пальпації – бальне оцінювання. Для оцінювання різних чинників ризику використовували метод логістичної регресії. Концентрації молекул адгезії ендотелію судин 1-го типу (sVCAM-1), інтерлейкіну 6 (ІЛ-6), інтерлейкіну 1β (ІЛ-1β), розчинного Fas-антигену (sFas), лептину, інсуліно-

подібних чинників ризику (ГЧР-II і ГЧРСБ-3) визначали імуноферментним методом. Аналіз кореляційних зв'язків між цитокінами й іншими молекулярними маркерами виявив кореляційну залежність між ІЛ-1 β і ІЛ-6 ($r=0,51$), ІЛ-1 β і sFas ($r=0,52$), ІЛ-1 β і sVCAM ($r=0,54$).

Дослідження рівнів лептину в різні терміни спостереження засвідчило, що його середній рівень статистично не відрізнявся у хворих на вузлову ДММ і практично здорових жінок репродуктивного віку і не залежав від наявності супутньої гінекологічної патології. На етапі виявлення проліферації у тканині грудних залоз показники гормону достовірно не відрізнялися від вихідних значень. Дослідження рівнів молекулярно-біологічних маркерів sVCAM-1, sFas, ГЧР-II і ГЧРСБ-3, ІЛ-6 ІЛ-1 β і лептину продемонструвало, що для виявлення проліферативної активності в грудних залозах у хворих на вузлову ДММ доцільно проводити динамічне кількісне визначення таких маркерів, як sVCAM-1, sFas, ІЛ-1 β , ІЛ-6, ГЧР-II і ГЧРСБ-3. Оскільки вихідний рівень ІЛ-1 β підвищувався на 26%, sFas – на 21%, ІЛ-6 – на 21%, sVCAM-1 – на 25% і більше, це свідчить про можливу проліферативну активність у вузлових утвореннях грудних залоз, а одночасне підвищення декількох маркерів, наприклад ІЛ-6, sFas, ІЛ-1 β , є прямим показанням для проведення термінової біопсії вузлових утворень з подальшим цитологічним дослідженням отриманого матеріалу для діагностики проліферативного фенотипу. Отримані результати необхідно використовувати при розробці комплексу діагностичних і прогностичних заходів.

Функціональне та лабораторне оцінювання стану плода при обвитті пуповиною

С.О. Добарін

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

Метою дослідження було вивчення діагностичного значення біофізичного профілю плода і лабораторного дослідження амніотичної рідини при фізіологічному і патологічному перебігу вагітності і пологів. Під нашим спостереженням у клінічних умовах перебували 142 породіль, що були госпіталізовані на пологи до пологових установ різного рівня.

Для оцінювання біофізичного профілю плода були використані загальноприйняті ехографічні, кардіотокографічні і доплерометричні методи дослідження. Кількість амніотичної рідини визначали двома методами: визначенням максимальної вертикальної кишені і визначенням індексу амніотичної рідини. Результати проведених досліджень засвідчили, що спостерігається взаємозв'язок між основними параметрами біофізичного профілю плода: ехографічними, кардіотокографічними і доплерометричними.

Отримані результати можна використовувати при розробці тактики ведення вагітності і пологів у жінок з високим перинатальним ризиком (обвиття пуповиною), особливо при зміні об'єму амніотичної рідини.

Сучасні ризики розвитку плацентарної дисфункції у жінок після апоплексії яєчника та допоміжних репродуктивних технологій

О.М. Іщак

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

В основу дослідження покладено комплексне обстеження 100 вагітних після апоплексії яєчника та допоміжних репродуктивних технологій та їх новонароджених (основна група). До групи порівняння увійшли 50 жінок аналогічного віку, в яких вагітність настала природним чином.

Найбільш важливим з ускладнень III триместра вагітності є плацентарна дисфункція, яка мала статистично достовірні відмінності і становила 62,0% в основній групі. Це може бути зумовлено тим, що розвиток індукованої вагітності в умовах первинної плацентарної дисфункції призводить до порушення відтоку крові з плаценти, недостатньому вступу крові в міжворсинчасті простори в результаті периферичного спазму, ендотеліозу і тромбозу судин. Клінічними проявами плацентарної дисфункції були затримка росту плода (27,0%) і дистрес плода (24,0%). Преєклампсія легкого і середнього ступеня тяжкості розвинулась у 49,0% в основній групі. Крім того, у III триместрі в цій самій групі спостерігалася патологія кількості навколоплідних вод, поза-як маловоддя зафіксоване в 18,0%, а багатоводдя у 10,0% пацієнток.

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

Вплив порушень менструальної функції у пубертатному періоді на розвиток ендокринологічних та імунологічних змін

О.А. Ковалишин

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

У ході клінічного дослідження встановлено зниження концентрації прогестерону у жінок з первинною олігоменореєю в анамнезі, зниження естрадіолу у преовуляторний період у жінок з пізнім віком менархе. Під час оцінювання концентрації фолікулостимулюючого гормону у підгрупах відзначалось збільшення його рівня у пацієнток з пубертатними кровотечами порівняно з контрольною групою, що зумовлено низьким рівнем антимюллерового гормону у сироватці крові. Кореляційний взаємозв'язок між показниками цих гормонів та інтерлейкінів (ІЛ-4, ІЛ-8) свідчить про вплив цитокінів на процеси фолікулогенезу і формування жовтого тіла. Параметри оваріального резерву не знижені. Аналіз гормонального і цитокінового статусу в жінок з порушеннями менструальної функції у пубертатному

періоді дозволяє провести аналогію між процесами овуляції і запальною відповіддю.

Цитокіни, які продукуються деякими імунними клітинами, є сигнальними молекулами, що впливають на клітинну проліферацію й апоптоз клітин яєчника, фолікулогенез, секрецію гормонів і відіграють важливу роль в овуляції.

Отже, імунна система може бути додатковим місцевим регулятором функції яєчника. Естрадіол і прогестерон мають велике значення в секреторній трансформації ендометрія, особливо в період «вікна імплантації».

Клінічні аспекти вагітності після різних форм апоплексії яєчника

Е.О. Козуб

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Метою наукового дослідження було зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з апоплексією яєчника в анамнезі на основі вивчення клініко-функціональних, імунологічних, ендокринологічних і мікробіологічних особливостей, а також розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Результати проведених наукових досліджень, вагітність і пологи у жінок, що перенесли апоплексію яєчника, є досить актуальним науковим завданням. Водночас у вагітних цієї групи, особливо після допоміжних репродуктивних технологій, розвивається плацентарна дисфункція поєданого генезу (порушення мікроциркуляції і ендокринна недостатність), основні ехографічні прояви якої починаються 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 слід враховувати не лише сам факт перенесеної апоплексії яєчника, але й як вона настала – самостійно або після допоміжних репродуктивних технологій. Тактика ведення таких пацієнток на всіх етапах має бути індивідуалізована з урахуванням результатів клініко-функціональних, ендокринологічних, імунологічних і мікробіологічних методів дослідження.

Клініко-гемостазіологічні аспекти до та після гістеректомії у жінок із надмірною масою тіла

В.В. Костіков

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

Отримані нами результати свідчать, що у жінок із надмірною масою тіла після гістеректомії з яєчниками або без у перименопаузальному періоді виявлені порушення в системі макро- і мікрореології, в'язкості крові, зумовленої підвищенням рівня гематокриту, зменшенням деформабільності та активацією агрегаційної здат-

ності еритроцитів, що виражаються підвищенням, а також зміни функціональної системи гемостазу, що характеризуються помірною гіперкоагуляцією з пригніченням антикоагулянтної і фібринолітичної ланок. Ці зміни значущими у жінок після гістеректомії з придатками і виникають протягом першого року після операції.

Отримані результати необхідно використовувати при розробці комплексу діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів.

Вплив різних методів лікування патології шийки матки на тактику допоміжних репродуктивних технологій

І.Ю. Костюк

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Метою наукового дослідження було відновлення репродуктивної функції у жінок після різних методів оперативного лікування патології ШМ на основі вивчення у них клініко-функціональних і морфологічних особливостей, а також удосконалення і впровадження алгоритму хірургічних і лікувально-профілактичних заходів з використанням ДРТ. Для вирішення поставленої мети і завдань було проведено обстеження і лікування 96 пацієнток репродуктивного віку з безпліддям на тлі запально-дистрофічних і гіперпластичних процесів ендометрію.

Клінічні результати допоміжних репродуктивних технологій залежать від наявності супутніх дисгормональних порушень у жінок після різних методів оперативного лікування патології шийки матки: частота імплантації – вище в 1,7 разу, настання вагітності – в 2,0 разу, пологи живим плодом – в 2,1 разу.

Отримані результати свідчать про ефективність запропонованого алгоритму диференційованого підходу до проведення ДРТ у жінок з патологією шийки матки з урахуванням наявності супутніх дисгормональних порушень.

Представлені дані дозволяють рекомендувати вдосконалений алгоритм для широкого використання в кабінетах і клініках репродуктології.

Ретрохоріальна гематома у I триместрі як фактор ризику плацентарної дисфункції

І.М. Кошова

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

Метою дослідження було вивчення впливу ретрохоріальної гематоми у I триместрі на особливості гормональної функції плаценти при варикозній хворобі (ВХ) у вагітних без і за наявності плацентарної дисфункції (ПД).

Нами було проспективно обстежено в термінах 10–41 тиж вагітності, у пологах і в ранній післяпологовий період 100 пацієнток із варикозною хворобою. До контрольної групи увійшли 50 пацієнток з неускладненим перебігом вагітності і пологів.

Результати проведених досліджень свідчать про необхідність комплексного оцінювання функціонального стану фетоплацентарного комплексу у жінок з ретрохоріальною гематомою у I триместрі та варикозній ВХ. Алгоритм діагностичних заходів при даній екстрагенітальній патології повинен включати окрім даних УЗД, доплерометрії і КТГ, результати оцінювання гормональної функції плаценти. Такий підхід дозволяє своєчасно поставити діагноз ПД і корегувати алгоритм лікувально-профілактичних заходів і тактику ведення вагітності і пологів.

Актуальні питання поєднання дисплазії грудних залоз та міоми матки у жінок перименопаузального віку

О.Ю. Крук

Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

Метою дослідження є розроблення та впровадження тактики діагностики та лікування дисплазії грудних залоз у поєднанні з міомою матки у жінок перименопаузального віку.

Отримані дані, на наш погляд, переконливо свідчать про те, що комплексне консервативне лікування жінок, які страждають хворобами грудних залоз у поєднанні з міомою матки, є профілактичним заходом щодо прогресу і рецидиву поєднаної патології в даній категорії хворих.

Отримані результати дають нам право рекомендувати запропонований комплекс в практичну охорону здоров'я.

Тактика пренатальної діагностики вроджених вад розвитку і хромосомних аномалій у плода у II триместрі вагітності

Д.В. Куфльовский

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

Метою наукового дослідження було вивчення ролі біохімічного скринінгу в пренатальній діагностиці вроджених вад розвитку і хромосомних аномалій плода. Для вирішення поставленої мети була сформована досліджувана група – 251 вагітна.

Для вивчення чинників ризику формування найпоширеніших вроджених вад розвитку, хромосомних аномалій у плода і визначення можливості їхнього прогнозування вагітні були підрозділені на основну групу і групу порівняння. Серед широкого спектра сироваткових маркерів вагітності (СМВ) ми віддали перевагу визначенню альфа-фетопроतेїну (АФП); асоційованому з вагітністю протеїну А (РАРР) і хоріонічному гонадотропіну людини (ХГЛ), рівень яких визначали шляхом імуноферментного аналізу (ІФА) за загальноприйнятими методиками.

Результати проведених досліджень свідчать, що специфічні відхилення від норми сироваткових маркерів вагітності при різних видах вроджених вад розвитку відзначені у 16–71% пацієток, поєднані зміни сироваткових маркерів вагітності – у 19,2% в основній групі пацієток і в 10,0% в групі порівняння.

Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму прогностичних заходів у жінок з чинниками ризику.

Особливості перебігу вагітності у жінок із патологією шийки матки

Н.В. Машир

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

Метою наукового дослідження було вивчення частоти і структури захворювань шийки матки під час вагітності. Ста вагітним (основна група) було проведено скринінгове обстеження для визначення частоти і структури захворювань шийки матки. У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, функціональні і лабораторні методи дослідження.

У структурі захворювань шийки матки у вагітних I групи домінували екзоцервіцити (42,0%), ендцервіцити (30,0%) і кондиломи (28,0%). Основними чинниками ризику розвитку доброякісних захворювань шийки матки є урогенітальні інфекції, ранній початок статевого життя, куріння, відсутність адекватної терапії патологічних станів шийки матки в прегравідарний період. Кольпоскопічними особливостями доброякісних захворювань шийки матки у вагітних є: підвищена васкуляризація, нерівномірне потовщення епітелію, неспецифічність проби Шиллера, поява аномальних картин і розвиток децидуозу.

Результати проведених досліджень свідчать, що патологія шийки матки під час вагітності є важливим науковим завданням, що вимагає самостійного вирішення у плані діагностики і лікування. Це дозволить поліпшити результати розродження жінок групи високого ризику.

Сучасні аспекти прогнозування спайкового процесу після оперативного лікування апоплексії яєчника

П.М. Патеї

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

Метою наукового дослідження було вивчення залежності виразності спайкового процесу у гінекологічних хворих з урахуванням кількості і об'єму попередніх операцій. Для вирішення поставленої мети обстежено і проведено хірургічне лікування лапароскопічним доступом у 304 пацієток, що перенесли раніше оперативні втручання на органах черевної порожнини і малого таза.

Отримані результати свідчать, що чинниками, які призводять до формування спайок в малому тазу, є перенесені оперативні втручання. Ризик розвитку і вираженості післяопераційних спайок перебувають в прямій залежності від кількості череворозтинів в анамнезі. Прогностично несприятливою є вказівка на два і більш гінекологічних втручання, більшою мірою радикальні операції на матці.

Отримані результати необхідно використовувати при розробці тактики лапароскопічного лікування гінекологічних хворих.

Сучасні аспекти діагностики та лікування проліферативних процесів ендометрія у жінок у постменопаузі

Ю.М. Садигов

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

Метою дослідження стало підвищення ефективності діагностики та лікування проліферативних процесів ендометрія у жінок постменопаузального віку на основі удосконалення та впровадження алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів.

Для вирішення поставленої мети нами було обстежено 213 пацієнтки постменопаузального періоду з наявністю проліферативних процесів ендометрія. Дані, отримані при виконанні ехографії, яку виконували всім пацієнткам після абляції ендометрія, підтвердили високу безпеку такого щадного методу малоінвазивної хірургії, як електрохірургічна абляція.

За даними ультразвукового дослідження органів малого таза в перші дві доби після операції фіксували відсутність будь-яких ускладнень, при контрольних ультразвукових обстеженнях статевих органів протягом 6 років, виявлена наявність в обстежених наявність збережених вогнищ ендометрія, які мали доброякісний характер. Це підтверджує високу ефективність, малу травматичність і хорошу переносимість абляції і гістерорезектоскопії.

Дані методи хірургічних втручань є гідною альтернативою традиційним методам лікування пацієнток літньої вікової групи з доброякісною патологією матки, особливо у край обтяжених супутньою соматичною патологією, за наявності протипоказань до оперативного лікування і гормонотерапії.

Індивідуалізований підхід до діагностики ургентних гнійно-запальних захворювань органів малого таза

В.А. Терехов

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Результати проведених досліджень свідчать, що для підвищення ефективності діагностики гнійно-запальних захворювань органів малого таза необхідне ком-

плексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження з оцінюванням вмісту прокальцитоніну під час госпіталізації.

Це дозволяє розробити алгоритм проведення лікувально-профілактичних заходів, що включає і своєчасне оперативне лікування.

Особливості плацентарної дисфункції у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину та консервативної міомектомії

С.Л. Чирва

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Метою дослідження було вивчення порівняльних аспектів плацентарної дисфункції у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину та консервативної міомектомії на підставі оцінювання клініко-лабораторних, гормональних, функціональних і морфологічних особливостей формування та функціонального стану фетоплацентарного комплексу.

Відповідно до поставленої мети було розроблено програму досліджень, що передбачає проведення клінічного аналізу, комплексу лабораторних методів досліджень, сонографічні дослідження та математичне оброблення отриманих даних.

Отримані дані свідчать про те, що рубець на матці після консервативної міомектомії є більш сприятливішою ситуацією для функціонального стану фетоплацентарного комплексу. Це дозволяє забезпечити високу частоту розродження через природні пологові шляхи порівняно з рубцем на матці після кесарева розтину. Для покращення перинатальних наслідків розродження жінок з рубцем на матці необхідно використовувати індивідуальний підхід з використанням можливостей розродження жінок через природні пологові шляхи, але тільки у тих випадках, коли це дозволяє стан рубця на матці та функціональний стан фетоплацентарного комплексу.

Наукове видання
ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ
СПІВРОБІТНИКІВ
НМАПО імені П.Л. ШУПИКА

Випуск 39

Головний редактор:
академік НАМН України, професор
Ю.В. Вороненко
Науковий редактор: член-кор. НАМН України, д.мед.н., проф.
Ю.П. Вдовиченко

Художній і технічний редактор:
Л.В. Тищенко

Комп'ютерне упорядкування та верстка: **А.О. Бондаренко**

Редактор англ. резюме: к.пед.н., доцент **Л.Ю. Лічман**

Замовник та видавець: НМАПО імені П.Л. Шупика

Адреса для листування: Україна, 04112, м. Київ-112, вул. Дорогожицька, 9
Адреса редакції: Україна, 04112, м. Київ-112, вул. Дорогожицька, 9, кім. 403,
тел./факс (044) 440-61-92
e-mail: nmapo403@ukr.net

Формат 60x84/16. Папір офсетний. Гарнітура Peterburg
Обл. видав. арк. – 6,88. Ум.-друк.арк. – 6,10.
ТОВ «Професіонал-Івент»
Тел./факс: (044) 257-27-27