



# **НМАПО**

**ім. П.Л. Шупика  
МОЗ України**

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

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

**Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика  
Київ, 2020 р. – 166 с.**

У 37 випуску збірника наукових праць висвітлені актуальні питання акушерства і гінекології, репродуктивних технологій у лікуванні безпліддя.

Збірник розрахований на акушерів-гінекологів, гінекологів, педіатрів, сімейних лікарів, а також на викладачів вищих навчальних медичних закладів.

**Головний редактор:** академік НАМН України, професор **Ю.В. Вороненко**

**Науковий редактор:** чл.-кор. НАМН України, професор **Ю.П. Вдовиченко**

**Редакційна колегія:** **М.Л. Анкін** – д.мед.н., проф.; **В.І. Біда** – д.мед.н., проф.; **Г.Ф. Білоклицька** – д.мед.н., проф.; **Н.О. Ветютнева** – д.мед.н., проф.; **І.Б. Вовк** – д.мед.н., проф.; **Г.І. Герцен** – д.мед.н., проф.; **В.Г. Гетьман** – д.мед.н., проф.; **Н.Г. Гойда** – д.мед.н., проф.; **Ю.І. Головаченко** – д.мед.н., проф.; **О.В. Голяновський** – д.мед.н., проф.; **О.В. Горбунова** – д.мед.н., проф.; **Л.Л. Давтян** – д.мед.н., проф.; **О.Я. Дзюблик** – д.мед.н., проф.; **М.М. Долженко** – д.мед.н., проф.; **О.Й. Жарінов** – д.мед.н., проф.; **С.І. Жук** – д.мед.н., проф.; **В.А. Загорій** – д.мед.н., проф.; **В.К. Казимирко** – д.мед.н., проф.; **В.М. Коваленко** – академік НАМН України, проф.; **Г.П. Козиньць**, д.мед.н., проф.; **І.П. Козярін** – д.мед.н., проф.; **А.Г. Корнацька** – д.мед.н., проф.; **О.А. Лоскутов** – д.мед.н., проф.; **В.І. Мамчич** – д.мед.н., проф.; **О.В. Павленко** – д.мед.н., проф.; **М.Є. Поліщук** – член-кор. НАМН України, проф.; **В.А. Попов** – д.мед.н., проф.; **М.С. Пономаренко** – д.мед.н., проф.; **С.О. Риков** – д.мед.н., проф.; **Т.Г. Романенко** – д.мед.н., проф.; **Н.О. Савичук** – д.мед.н., проф.; **Н.Я. Скріпченко** – д.мед.н., проф.; **Л.В. Суслікова** – д.мед.н., проф.; **О.О. Тимофєєв** – д.мед.н., проф.; **О.В. Ткаченко** – д.мед.н., проф.; **Р.О. Ткаченко** – д.мед.н., проф.; **М.А. Трещінська** – д.мед.н., проф.; **Л.Є. Туманова** – д.мед.н., проф.; **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 №2 від 12.02.2020 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 37*

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; 166 p.**

The 37<sup>st</sup> collected transactions deals with the topical questions of assisted reproductive technologies in treating infertility, obstetrics and gynecology.

The collected works are intended for obstetricians, gynecologists, pediatricians, family doctor and also on the teachers of higher educational medical institutions.

**Editors-in-chief:** Academician of the NAMS of Ukraine, Professor **Yu.V. Voronenko**

**Scientific editor:** Associate Member of the NAMS, Professor **Yu.P. Vdovychenko**

**Editorial board:** **M.L. Ankin** - M.D., Ph.D., Professor; **V.I. Bida** - M.D., Ph.D., Professor; **G.F. Biloklytska** - M.D., Ph.D., Professor; **N.O. Vetyutneva** - M.D., Ph.D., Professor; **N.G. Goyda** - M.D., Ph.D., Professor; **O.V. Horbunova**, M.D., Ph.D., Professor; **Yu.I. Golovchenko** - M.D., Ph.D., Professor; **H.I. Gertsen** - M.D., Ph.D., Professor; **L.L. Davtyan** - M.D., Ph.D., Professor; **O.Ya. Dzyublyk** - M.D., Ph.D., Professor; **M.M. Dolzhenko** - M.D., Ph.D., Professor; **O.Yo. Zharinov** - M.D., Ph.D., Professor; **V.A. Zagoriy** - M.D., Ph.D., Professor; **S.I. Zhuk**, M.D., Ph.D., Professor; **V.K. Kazymyrko** - M.D., Ph.D., Professor; **V.M. Kovalenko** - Academician of the NAMS, Professor; **I.P. Kozyarin** - M.D., Ph.D., Professor; **G.P. Kozynets** - M.D., Ph.D., Professor; **O.A. Loskutov**, M.D., Ph.D., Professor; **G.I. Lusenko** - M.D., Ph.D., Professor; **V.I. Mamchych** - M.D., Ph.D., Professor; **O.V. Pavlenko** - M.D., Ph.D., Professor; **M.Ye. Polischuk** - Associate Member of the NAMS, Professor; **V.A. Popov** - M.D., Ph.D., Professor; **M.S. Ponomarenko** - M.D., Ph.D., Professor; **S.O. Rykov** - M.D., Ph.D., Professor; **N.O. Savychuk**, M.D., Ph.D., Professor; **M.A. Treshchinska**, M.D., Ph.D., Professor; **O.O. Tymofeyev** - M.D., Ph.D., Professor; **O.V. Tkachenko** - M.D., Ph.D., Professor; **R.O. Tkachenko**, M.D., Ph.D., Professor; **Yu.I. Feshchenko** - Academician of the NAMS, Professor; **N.V. Kharchenko** - Associate Member of the NAMS, M.D., Ph.D., Professor; **N.I. Shvets** - M.D., Ph.D., Professor; **N.M. Shuba** - M.D., Ph.D., Professor; **I.B. Vovk** - M.D., Ph.D., Professor; **L.Ye. Tumanova** - M.D., Ph.D., Professor; **N.Ya. Skripchenko** - M.D., Ph.D., Professor; **A.G. Kornatska** - M.D., Ph.D., Professor; **O.V. Golyanovskiy** - M.D., Ph.D., Professor; **T.G. Romanenko** - M.D., Ph.D., Professor; **L.V. Suslikova** - M.D., Ph.D., Professor; **O.V. Gorbunova** - M.D., Ph.D., Professor.

**IS RECOMMENDED:** by Scientific Council of the National Medical Academy of Post-Graduate Education named after P.L.Shupyk, Health Ministry of Ukraine  
The minutes № 2, 12.02.2020

**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 DKN№3617.

The collection has been published since 1999, **Founder and Publisher:** Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Frequency of publication is 4 times per year

Responsible for the compilation and edition: **L.V. Tischenko**  
Computer ordering and make-up: **A.O. Bondarenko**

The reviewers: **V.O. 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 37*

Kyiv – 2020

---

# ЗМІСТ

## АКУШЕРСТВО

<b>Корекція психологічного статусу вагітних з першим медичним абортom в анамнезі</b> <i>С.М. Бакшеєв</i> .....	9
<b>Профілактика невиношування вагітності у жінок з хронічним ендометритом та дефіцитом маси тіла</b> <i>О.О. Боженко</i> .....	15
<b>Роль ультразвукової діагностики новоутворень яєчників у різні терміни вагітності</b> <i>А.В. Бойко</i> .....	20
<b>Особливості перинатальних наслідків розродження у жінок з багаторазовим обвиттям пуповини</b> <i>С.О. Добарін</i> .....	28
<b>Діагностичне значення клініко-лабораторного дослідження амніотичної рідини при термінових та передчасних пологах</b> <i>В.В. Козаченко</i> .....	32
<b>Сучасні аспекти ранньої діагностики повторних ускладнень гестації</b> <i>Д.О. Говсеєв</i> .....	39
<b>Особливості перебігу II триместра вагітності у жінок групи високого ризику</b> <i>Д.В. Куфльовський</i> .....	47
<b>Особливості плацентарної дисфункції у жінок після консервативно-пластичних операцій на матці</b> <i>С.Л. Чирва</i> .....	53

## ГІНЕКОЛОГІЯ

<b>Роль порушень імунного гомеостазу в генезі доброякісної дисплазії грудних залоз у жінок репродуктивного віку</b> <i>С.Є. Гладенко</i> .....	59
<b>Реабілітація після апоплексії яєчника як профілактика невиношування вагітності</b> <i>Є.О. Козуб</i> .....	65

---

## Поєднання дисплазії грудних залоз та міоми матки у жінок з надмірною масою тіла

*В.В. Костіков* .....

71

## Оптимізація ведення жінок перименопаузального віку з дисплазією грудних залоз та міомою матки

*О.Ю. Крук* .....

75

## Особливості грудного вигодовування у жінок з надмірним гестаційним збільшенням маси тіла та затримкою редукції маси тіла після пологів

*С.О. Остафійчук* .....

80

## Сучасні аспекти діагностики і лікування дисбактеріозу піхви різного генезу

*С.А. Пандей* .....

87

## Вплив різних форм апоплексії яєчника на стан репродуктивного здоров'я жінок

*П.М. Патій* .....

95

## Тактика лікування гіперпластичних процесів ендометрія на фоні гіпотиреозу у жінок різного віку

*Ю.М. Садигов* .....

100

## Медичні і соціальні аспекти позаматкової вагітності

*В.А. Терехов* .....

105

## БЕЗПЛІДДЯ

### Вплив медико-соціальних факторів на розвиток безпліддя у подружній парі

*О.О. Берестовий* .....

111

### Оптимізація допоміжних репродуктивних технологій після різних операцій на яєчниках

*О.М. Ішак* .....

119

### Тактика прогнозування плацентарної дисфункції у жінок групи високого ризику

*І.М. Кошова* .....

127

**ТЕЗИ науково-практичної школи-семінару у форматі телемосту**

«КЛІНІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ В ПРАКТИЦІ АКУШЕРА-ГІНЕКОЛОГА» ..... 112

**26 лютого 2020 року  
ДНІПРО – КРИВИЙ РІГ – ЗАПОРІЖЖЯ**

С.М. Бакшеєв .....	134
О.О. Берестовий .....	135
О.О. Боженко .....	135
А.В. Бойко .....	136
С.Є. Гладенко .....	136
Д.О. Говсеєв .....	137
С.О. Добарін .....	137
О.М. Іщак .....	138
В.В. Козаченко .....	138
Є.О. Козуб .....	139
В.В. Костіков .....	139
І.М. Кошова .....	140
О.Ю. Крук .....	140
Д.В. Куфльовський .....	141
П.М. Патій .....	142
Ю.М. Садигов .....	142
В.А. Терехов .....	142
С.Л. Чирва .....	143

**ГИНЕКОЛОГІЯ****До питання корекції перименопаузальних розладів  
у жінок з екстрагенітальною патологією**Х.В. Козак ..... 144 |**СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА****Організація акушерсько-гінекологічних послуг на рівні первинної  
медичної допомоги в умовах реформування системи охорони  
здоров'я**Н.Я. Жилка, О.С. Щербінська ..... 158 |

УДК 618.2.3-06:616.89-008.1]-085.851-058.833

**Корекція психологічного статусу  
вагітних з першим медичним абортom  
в анамнезі****С.М. Бакшеєв**Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика  
МОЗ України, м. Київ**Мета дослідження:** аналіз ролі родинно-орієнтованих технологій у корекції психологічного статусу та зниження частоти патології вагітності у жінок з першим медичним абортom в анамнезі.**Матеріали та методи.** для визначення ефективності профілактики патології вагітності на підставі використання родинно-орієнтованих технологій проведено комплексне клініко-психологічне і лабораторно-інструментальне обстеження 150 жінок з першим медичним абортom в анамнезі, яких було розподілено на дві групи. В основну групу увійшла 91 жінка з першим медичним абортom в анамнезі, з мотивацією на партнерські пологи, яким проводили навчання за системою індивідуальної підготовки подружньої пари до пологів.**Результати.** У результаті дослідження впливу методики індивідуальної підготовки на перебіг вагітності були проаналізовані дані про передчасне переривання вагітності.**Заключення.** Використання родинно-орієнтованих технологій під час вагітності дозволяє провести корекцію психологічного статусу та суттєво знизити частоту основних гестаційних ускладнень, особливо в плані скорочення частоти невиношування та передчасних пологів. На нашу думку, методика є простою, доступною і може широко використовуватись у практичній охороні здоров'я, особливо у жінок з першим медичним абортom в анамнезі.**Ключові слова:** психологічний статус, родинно-орієнтовані технології, корекція, медичний аборт в анамнезі.

Патологія перебігу вагітності є однією з провідних проблем сучасного акушерства і проявляється загрозою переривання, плацентарною дисфункцією та низкою інших патологічних станів [4, 6].

Основними чинниками ризику патологічного перебігу вагітності вважаються:

- екстрагенітальна патологія,
- інтраамніальне інфікування,
- анемія вагітних,
- прееклампсія,
- перший медичний аборт в анамнезі,
- порушення психологічного статусу тощо [1, 7].

Серед нових технологій розродження особливе місце займають родинно-орієнтовані технології та партнерські пологи, частота яких зростає з року в рік, а при різних обтяжених ситуаціях такий підхід при розродженні є дієвим резервом зниження частоти акушерської і перинатальної патології [5, 8].

Проведений аналіз даних сучасної літератури свідчить про недостатню вивченість питання використання родинно-орієнтованих технологій у можливості корекції психологічного статусу та зниженні частоти різної патології перебігу вагітності, особливо в плані розроблення ефективних лікувально-профілактичних методик, особливо у жінок з першим медичним абортom в анамнезі.

Мета дослідження: аналіз ролі родинно-орієнтованих технологій у корекції психологічного статусу та зниження частоти патології вагітності у жінок з першим медичним абортom в анамнезі.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для визначення ефективності профілактики патології вагітності на підставі використання родинно-орієнтованих технологій було проведено комплексне клініко-психологічне і лабораторно-інструментальне обстеження 150 жінок з першим медичним абортom в анамнезі, яких було розподілено на дві групи. В основній групі – 91 жінка з першим медичним абортom в анамнезі, з мотивацією на партнерські пологи, яким проводили навчання за системою індивідуальної підготовки подружньої пари до пологів.

Забезпечена індивідуальна підтримка в пологах лікаря, який спостерігав перебіг даної вагітності, що дозволило продовжити індивідуальну підготовку в пологах і застосувати нефармакологічні методи знеболення і профілактики ускладнень у пологах. До групи порівняння увійшли 59 жінок з першим медичним абортom в анамнезі, які не пройшли допологової підготовки і не мали індивідуальної підтримки в пологах, з традиційним підходом до знеболення.

Психологічний статус та його корекція подружніх пар оцінювали за допомогою анкетування, інтерв'ю, спостереження та тестування разом з медичним психологом.

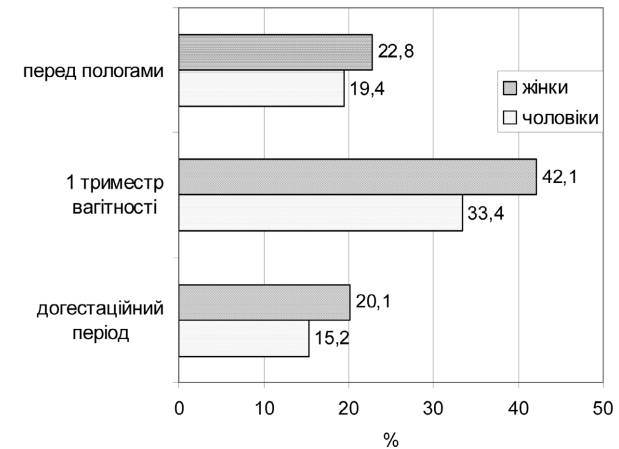
Основними факторами акушерського ризику є:

- перший медичний аборт в анамнезі,
- екстрагенітальна патологія,
- перенесені запальні процеси репродуктивної системи,
- безплідність в анамнезі,
- невиношування та передчасні пологи в анамнезі,
- анемія різного генезу тощо.

Групи жінок були порівнянні за віком, паритетом, наявністю першого медичного аборту в анамнезі, екстрагенітальною патологією, перенесеними гінекологічними захворюваннями.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Психологічну оцінку вихідного рівня тривожності в основній групі проводили на догестаційному етапі, у I триместрі вагітності і перед пологами (малюнок). У даному дослідженні виявлений помірний і низький рівень ситуаційної тривожності у чоловіків і жінок до настання вагітності. Пік високої ситуаційної тривожності фіксували у I триместрі вагітності. Виявлено, що 42% вагітних мали підвищену



### Динаміка високого рівня ситуаційної тривожності родинних пар

тривожність, емоційну нестабільність. У чоловіків відсоток тривожності був нижчий і становив 33%. Кожна друга жінка страждала від хвилювань і страхів перед майбутніми пологами, за здоров'я дитини і за успішність пологів.

Перед пологами у жінок поліпшувався емоційний стан, зменшувалися хвилювання і страхи, рівень високої тривожності знизився на 20%.

У чоловіків рівень тривожності перед пологами знизився до 19% порівняно з I триместром. Чоловіки відчували проблеми своїх дружин, стали ближчими до них, не хвилювали перед пологами, а навпаки морально підтримували своїх дружин, активно цікавилися їхніми потребами, стали дбайливішими по відношенню до них.

Оцінювання психологічного стану 80 родинних пар основної групи і 48 жінок, які не відвідували заняття з підготовки до пологів за тестом Спілбергера-Ханіна, проводилося під час вагітності і перед пологами.

Отримані дані свідчать, що в групах є значна кількість осіб з помірним і високим рівнем тривожності. Вони вимагають особливої уваги, оскільки такий стан пов'язаний з реальним неблагополуччям жінки перед пологами або є наслідком особливих конфліктів, порушень самооцінки. Звертає увагу, що високий рівень особової тривожності перед пологами відзначений в обох досліджених групах; для особистісної тривожності –  $80,8 \pm 1,4\%$  в основній групі і  $81,8 \pm 2,5\%$  у групі порівняння; для ситуаційної тривожності –  $65,9 \pm 2,5\%$  і  $53,4 \pm 3,2\%$  відповідно.

Низький рівень особистісної тривожності спостерігався 5,5% в основній групі і 9,7% – у групі порівняння. Вагітні з низьким рівнем тривожності, відрізнялися «надмірним спокоєм», що могло носити захисний характер.

У результаті проведеного аналізу визначено, що в групі жінок, які пройшли підготовку по індивідуальній методиці, показник високої особистісної тривожності знизився на 34%, рівень ситуаційної тривожності – на 33%.

Зросла питома вага низького і помірного рівня тривожності у 3,5 разу для особистісної і в 2,8 разу для ситуаційної тривожності в основній групі. Породіллі, які пройшли індивідуальну підготовку за запропонованою системою, мали підтримку лікаря і партнера в пологах, поводитися впевненіше і спокійно, активно використовували у першій період пологів немедикаментозні методи знеболення: розслаблення між переймами, протидавлення, точковий і звичайний масаж, зміна положення тіла, саморегуляція дихання. Чоловіки морально підтримували своїх дружин, були дбайливішими по відношенню до них, що позитивно позначилося на розвитку подружніх стосунків.

У результаті проведеного дослідження визначено, що перед пологами в основній групі показник високої особової тривожності знизився з  $80,8 \pm 1,4$  до  $46,1 \pm 1,7$  (відмінності високо достовірні,  $p < 0,001$ ). Показник ситуаційної тривожності також істотно знизився з  $65,9 \pm 2,5$  до  $32,8 \pm 2,6$  (відмінності високо достовірні;  $p < 0,001$ ).

Отже, вивчення особової і ситуаційної тривожності є важливим компонентом дослідження не лише стану жінки, але і стану партнера. Отримані дані дозволяють оцінити ефект проведеної допологової підготовки за багатокомпонентною системою, а тестування родинних пар за шкалою Спілбергера–Ханіна до вагітності і перед пологами може служити критерієм підготовленості жінок до пологів.

Було показано, що в результаті проведення занять по індивідуальній методиці підготовки подружньої пари було відзначено достовірне зниження гестаційних ускладнень. Суб'єктивна симптоматика характеризувалася поліпшенням загального самопочуття у 85% жінок основної групи. Випадків погіршення стану в процесі підготовки відзначено не було.

Під час аналізу перебігу вагітності частота гестаційних ускладнень у групі жінок, які пройшли підготовку по запропонованій методиці, становила  $45,1 \pm 2,6\%$ , що в 1,5 разу нижче, ніж у групі контролю ( $67,8 \pm 3,0\%$ ). Відсутність гестаційних ускладнень була відзначена в основній групі у  $54,9 \pm 2,6\%$  випадків та в  $32,2 \pm 3,6\%$  випадках у групі порівняння.

При детальному аналізі отриманих результатів відзначено достовірне зниження раннього токсикозу, загрози переривання вагітності у першій половині і кількості передчасних пологів в 1,8–2,5 разу. Під час аналізу перебігу вагітності встановлено, що ранній токсикоз ( $3,6 \pm 0,3$  і  $7,6 \pm 0,7$  відповідно,  $p < 0,05$ ), загрозовий аборт ( $3,9 \pm 0,4$  і  $9,8 \pm 0,9$  відповідно,  $p < 0,05$ ) і загроза передчасних пологів ( $4,1 \pm 0,4$  і  $11,9 \pm 1,1$  відповідно,  $p < 0,05$ ) достовірно рідше зустрічалися в основній групі, ніж у групі порівняння.

Під час аналізу інших ускладнень гестації не було виявлено достовірно статистичних відмінностей. Слід зазначити, що достовірно частіше відсутність ускладнень протягом вагітності спостерігалася у жінок групи порівняння ( $54,9 \pm 2,6$ ), ніж у жінок основної групи ( $32,2 \pm 9,6$ ),  $p < 0,05$ .

У значній кількості жінок виявлена прееклампсія різного ступеня тяжкості, що вимагає, як відомо, не профілактичних, а лікувальних заходів з урахуванням індивідуальних особливостей організму вагітної. Легкий ступінь тяжкості прееклампсії спостерігався у  $6,6 \pm 0,3\%$  жінок основної групи, і  $5,9 \pm 0,5\%$  групи порівняння, середній ступінь прееклампсії – в  $2,8 \pm 0,8\%$  в основній і  $5,1 \pm 0,4\%$  в групі порівняння.

Внутрішньоутробна гіпоксія плода є наслідком порушень процесів імплантації і плацентації і може призвести до внутрішньоутробної загибелі плода і мимовільних

викиднів. Розвинута гіпоксія плода при ускладненому перебігу вагітності насамперед пов'язана з морфофункціональними змінами плаценти, зокрема з порушенням її кровопостачання унаслідок запальних, дегенеративних і інших ушкоджень, що призводить до розвитку плацентарної дисфункції і аномалій пологової діяльності.

Достовірних відмінностей в основній групі і групі порівняння за частотою хронічної внутрішньоутробної гіпоксії плода, виявлено не було. ЗРП в основній групі зустрічалася в  $0,8 \pm 0,1$  і  $5,5 \pm 0,5$  у групі порівняння, що є статистично достовірним ( $p < 0,05$ ). Дані ускладнення гестації, пов'язані з порушеннями у системі мати–плацента–плід, за рахунок судинного і гемічного чинників і в подальшому можуть призводити до розвитку аномалій пологової діяльності.

Під час аналізу впливу методики індивідуальної підготовки на перебіг вагітності були розглянуті дані про передчасне переривання вагітності.

## ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що використання родинно-орієнтованих технологій під час вагітності у жінок з першим медичним абортom в анамнезі дозволяє провести корекцію психологічного статусу і суттєво знизити частоту основних гестаційних ускладнень, особливо у плані скорочення частоти невиношування та передчасних пологів.

На нашу думку, методика є простою, доступною і може широко використовуватись у практичній охороні здоров'я, особливо у жінок високого акушерського ризику.

## Коррекция психологического статуса беременных с первым медицинским абортom в анамнезе С.Н. Бакшеев

**Цель исследования:** анализ роли семейно-ориентированных технологий в коррекции психологического статуса и снижении частоты патологии беременности у женщин с первым медицинским абортom в анамнезе.

**Материалы и методы.** Для определения эффективности профилактики патологии беременности на основе использования семейно-ориентированных технологий было проведено комплексное клинико-психологическое и лабораторно-инструментальное обследование 150 женщин с первым медицинским абортom в анамнезе, разделенных на две группы. В основную группу вошла 91 женщина с первым медицинским абортom в анамнезе и мотивацией на партнерские роды, которым проводили обучение по системе индивидуальной подготовки супружеской пары к родам.

**Результаты.** В результате исследования влияния методики индивидуальной подготовки на течение беременности были проанализированы данные о преждевременном прерывании беременности.

**Заключение.** Использование семейно-ориентированных технологий во время беременности позволяет провести коррекцию психологического статуса и существенно снизить частоту основных осложнений беременности, особенно невынашивания и преждевременных родов. По нашему мнению, методика является простой, доступной и может широко использоваться в практическом здравоохранении у женщин с первым медицинским абортom в анамнезе.

**Ключевые слова:** психологический статус, семейно-ориентированные технологии, коррекция, медицинский аборт в анамнезе.

**Correction of psychological status at women  
with the first medical abortion in anamnesis**  
**S. N. Baksheev**

**The objective:** to show a role of the family focused technologies in correction of psychological status and depression of frequency of pathology of pregnancy at women with the first medical abortion in anamnesis.

**Materials and methods.** For determination of efficiency of prophylaxis of pathology of pregnancy on the basis of use of the family focused technologies complex clinical-psychological and laboratory and tool examination of 150 women with the first medical abortion in anamnesis, which were divided into two groups was conducted. In the main group – 91 women with the first medical abortion in anamnesis and motivation on partner labors to which provided training on system of individual preparation of married couple to labors.

**Results.** As a result of the study of the impact of the method of individual training on pregnancy, data on premature termination of pregnancy were analyzed.

**Conclusion.** Use of the family focused technologies during pregnancy allows correction of psychological status and to reduce significantly the frequency of the main complications of pregnancy, especially not incubation and premature births. In our opinion, the technique is simple, available and can widely be used in practical health care at women with the first medical abortion in anamnesis.

**Key words:** *psychological status, the family focused technologies, correction, medical abortion is in anamnesis.*

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Абрамченко В.В. Индукция родов и их регуляция простагландинами / В.В. Абрамченко, Р.А. Абрамян; Руководство для врачей. Элби: СПб, 2018. – 288 с.
2. Глаголева Е.А. Методы оценка психологического статуса в акушерстве / Е.А. Глаголева, О.И. Михайлова, А.А. Балушкина // Русский медицинский журнал. – 2018. – № 9. – С. 9–10.
3. Костенко О.Ю. Оцінка ефективності епідуральної анестезії при індукції пологової діяльності на тлі недостатньо підготовлених пологових шляхів / О.Ю. Костенко, І.В. Гужевська, О.С. Лобода // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2013. – № 3. – С. 73.
4. Маркін Л.Б. Профілактика слабкості пологової діяльності/ Л.Б. Маркін, М.М. Кучерова // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2013. – № 2. – С. 80–82.
5. Радзинский В.Е. Акушерский риск. Максимум информации – минимум опасности для матери и младенца / В.Е. Радзинский. – М., 2017. – 285 с.
6. Сергієнко С.М. Особливості клінічного перебігу вагітності та пологів у жінок різних соматотипів / С.М. Сергієнко // Педіатрія, акушерство та гінекологія, 2013. – № 5. – С. 78–80.
7. Ayar A. Homocysteine-induced enhancement of spontaneous contractions of myometrium isolated from pregnant women / A. Ayar, H. Celik, O. Ozcelik // Acta Obstet. Gyn. Scand. – 2018. – Vol. 182, № 9. – P. 789–793.
8. Ben Regaya L. Role of deambulation during labour: A prospective randomized study / L. Ben Regaya, R. Fatnassi, A. Khlifi // J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2018. – P. 6–10.

УДК 618.39-06:618.14-002-071.1-08

**Профілактика невиношування вагітності  
у жінок з хронічним ендометритом  
та дефіцитом маси тіла**

**О.О. Боженко**

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

**Мета дослідження:** зниження частоти невиношування і перинатальної патології у жінок з хронічним ендометритом та дефіцитом маси тіла на підставі вивчення клініко-ехографічних, ендокринологічних, мікробіологічних і морфологічних змін, а також удосконалення комплексу лікувально-профілактичних заходів.

**Матеріали та методи.** Проведено клініко-функціональне і лабораторне дослідження у 80 жінок із хронічним ендометритом в анамнезі, розподілених на дві групи: 1-а група – 40 жінок з хронічним ендометритом та дефіцитом маси тіла, які отримували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи; 2-а група – 40 жінок з хронічним ендометритом та дефіцитом маси тіла, проведених за розробленою нами методикою профілактики невиношування. До контрольної групи увійшли 20 первородящих без акушерської та соматичної патології без обтяженого репродуктивного анамнезу.

**Результати.** Використання запропонованих лікувально-профілактичних заходів дозволяє знизити частоту невиношування у 2 рази, передчасних пологів – у 4,4 разу, плацентарної дисфункції – в 1,7 разу, дистресу плода – у 2,9 разу, асфіксії новонароджених середньо-тяжкого ступеня – у 3 рази і перинатальних втрат – у 4 рази.

**Заключення.** Використання запропонованої лікувально-профілактичної методики у жінок з хронічним ендометритом та дефіцитом маси тіла в анамнезі дозволяє не тільки суттєво знизити частоту мимовільного переривання вагітності у I триместрі, але й покращити акушерські та перинатальні результати розродження.

**Ключові слова:** *невиношування, профілактика, хронічний ендометрит, дефіцит маси тіла.*

В умовах сьогодення невиношування вагітності (НВ) є однією з найважливіших проблем охорони здоров'я у всьому світі. Частота передчасного переривання вагітності коливається в межах 10–25% [1, 2].

Серед різних чинників ризику невиношування все більше значення набувають хронічні запальні процеси репродуктивної системи в анамнезі, особливо хронічний ендометрит (ХЕ) [3, 4]. Успіхи сучасної репродуктології сьогодні створили передумови до розуміння генезу порушень репродуктивної системи у жінок із запальними процесами в анамнезі і забезпечили можливість більш глибокого розуміння механізмів НВ у жінок, які вагітніли природним шляхом і за допомогою допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) [5, 6, 7].



Разом з тим, патогенез невиношування у жінок з ХЕ та дефіцитом маси тіла (ДМТ), у тому числі й після ДРТ, вивчено недостатньо. Відсутні чіткі дані про особливості формування й функціонального стану фетоплацентарного комплексу і порушень стану плода і новонародженого залежно від початкових ендокринологічних і імунологічних особливостей. Крім того, відсутні дані про диференційований підхід до профілактики НВ з урахуванням варіанта настання вагітності.

Усе зазначене вище є обґрунтуванням для проведення наукового дослідження.

**Мета дослідження:** зниження частоти невиношування і перинатальної патології у жінок з ХЕ та ДМТ на основі вивчення клініко-ехографічних, ендокринологічних, мікробіологічних і морфологічних змін, а також удосконалення комплексу лікувально-профілактичних заходів.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети і завдань даного наукового дослідження було проведено клініко-функціональне й лабораторне дослідження у 80 жінок з ХЕ та ДМТ, розподілених на дві групи і дві підгрупи кожна:

1-а група – 40 жінок з ХЕ та ДМТ, які отримували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи:

- підгрупа 1.1 – 20 жінок, у яких вагітність наступила природним шляхом,
- підгрупа 1.2 – 20 пацієнток після ДРТ.

2-а група – 40 жінок з ХЕ та ДМТ, проведених за розробленою нами методикою профілактики невиношування:

- підгрупа 2.1 – 20 жінок, у яких вагітність наступила природним шляхом,
- підгрупа 2.2 – 20 пацієнток після ДРТ.

До контрольної групи увійшли 20 первородящих без акушерської та соматичної патології без обтяженого репродуктивного анамнезу.

Загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи проводились відповідно до рекомендацій [1, 2] і включали наступні моменти:

- нормалізація нервово-психічного статусу;
- гормональна терапія за наявності показань;
- вітамінотерапія, включаючи фолієву кислоту;
- імунокорекція за показаннями.

Комплекс заходів, що призначається з метою відновлення структурно-функціональних порушень ендометрія у жінок з НВ, повинен включати додатково до зазначених вище особливостей препарати, що поліпшують мікроциркуляцію і трофіку (препарат тівортін), відновлення двофазного менструального циклу, фізіотерапевтичне лікування і планування вагітності. Ефективне використання фізіотерапевтичних процедур, що поліпшують кровообіг в органах малого таза і репаративні процеси в ендометрії: електрофорез з цинком, магнієм, лазеротерапія, магнітотерапія, голкорексотерапія. Гормональна терапія низько- і мікродозованими комбінованими контрацептивами (КОК), що містять високоактивний гестаген.

Під час вагітності жінки отримували препарат тівортін у ранні терміни вагітності, для корекції порушень мікробіоценозу статевих шляхів та в якості гормонотерапії за показаннями.

Пацієнтки, вагітність у яких наступила за допомогою ДРТ, проходили специфічну підготовку з урахуванням основних причин безпліддя (частіше ХЕ) і конкретного варіанту ДРТ, але під час вагітності запропоновану нами методику вони використовували. Основні методики нашої методики були заздалегідь злагожені з лікарями-репродуктологами лікувальних установ, де використовували ДРТ.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, доплерометричні, кардіотокографічні, ендокринологічні, імунологічні, біохімічні, мікробіологічні, морфологічні та статистичні.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки з ХЕ та ДМТ входять до групи високого ризику щодо розвитку невиношування вагітності (15,0%), частота якого залежить від репродуктивного анамнезу: 20,0% – після ДРТ і 10,0% – при природному варіанті настання вагітності. За термінами розвитку частіше за все це відбувається у 8 тиж вагітності (50,0%) і рідше – у 10 тиж (33,3%) і 12 тиж (16,7%).

Клінічними маркерами мимовільного переривання вагітності у жінок з ХЕ та ДМТ є біль при фізичному навантаженні (40,0%) і психоемоційному напруженні (30,0%), а ехографічними: гіпоплазія хоріона (17,5%) і амніону (12,5%), прискорене зростання або ранній гідроамніон (12,5%). Частота клініко-ехографічних змін в 1,5 разу вище у пацієнток після застосування ДРТ.

Високий рівень НВ у жінок з ХЕ та ДМТ пояснюється наявністю дисгормональних порушень, в першу чергу, з боку естріолу і прогестерону. Ступінь вираженості цих порушень залежить від репродуктивного анамнезу і після використання ДРТ характеризується додатковим зниженням вмісту хоріонічного гонадотропіну.

Клінічний перебіг II і III триместрів вагітності у жінок з ХЕ та ДМТ характеризується високою частотою передчасних пологів (23,5%), плацентарної дисфункції (65,8%), дистресу плода (34,9%) і аномалій пологової діяльності (20,0%). Причому у пацієнток після ДРТ передчасні пологи спостерігаються частіше в 1,7 разу, а плацентарна дисфункція – в 1,5 разу.

Перинатальні результати розродження жінок з ХЕ та ДМТ характеризуються високою частотою асфіксії новонароджених середнього (26,4%) і важкого ступеню (14,6%), а також респіраторного дистрес-синдрому на фоні недоношеності (23,5%). Сумарні перинатальні втрати становлять 117,6% і обумовлені важкою формою респіраторного дистрес-синдрому (75,0%) і важкою інтранатальною асфіксією (25,0%).

Використання розроблених лікувально-профілактичних заходів відповідає нормалізації ендокринологічних показників з 5–6 тиж терапії (збільшення рівня естріолу до  $8,1 \pm 0,3$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ; прогестерону – до  $140,6 \pm 8,9$  нмоль/л;  $p < 0,05$  і хоріонічного гонадотропіну – до  $101,3 \pm 7,6$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ) та мікробіоценозу статевих шляхів (збільшення числа лактобацил – до  $6,2 \pm 0,2$  КУО/мл;  $p < 0,05$  і біфідобактерій – до  $6,3 \pm 0,2$  КУО/мл;  $p < 0,05$ ).

Використання запропонованих лікувально-профілактичних заходів дозволяє знизити частоту невиношування у 2 рази; передчасних пологів – у 4,4 разу; плацентарної дисфункції – в 1,7 разу; дистресу плода – у 2,9 разу; асфіксії новонароджених середньо-тяжкого ступеня – у 3 рази і перинатальних втрат – у 4 рази.

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

- 1) з метою профілактики невиношування і перинатальної патології у жінок з ХЕ та ДМТ додатково до загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів необхідно застосовувати препарати, що поліпшують мікроциркуляцію і трофіку, відновлення двофазного менструального циклу, фізіотерапевтичне лікування (електрофорез з цинком, магнієм; лазеротерапія, магнітотерапія, голкорексотерапія) і планування вагітності з використанням гормональної терапії низько- і мікродозованими комбінованими контрацептивами, що містять високоактивний гестаген. Під час вагітності ми подовжували використання препаратів, що поліпшують мікроциркуляцію і трофіку, проводили корекцію порушень мікробіоценозу статевих шляхів та гормонотерапію;
- 2) з метою контролю за клінічним перебігом I триместру вагітності у жінок з ХЕ та ДМТ необхідне динамічне вивчення самих інформативних клініко-ехографічних параметрів (біль при фізичного і психоемоційного напруженні; наявність гіпоплазії хоріона і амніону, прискорене зростання або ранній гідроамніон) і ендокринологічних показників: естріол, прогестерон і хоріонічний гонадотропін.

### ВИСНОВКИ

Отже, як показали результати проведених досліджень, використання запропонованої лікувально-профілактичної методики у жінок з хронічним ендометритом та дефіцитом маси тіла в анамнезі дозволяє не тільки суттєво знизити частоту мимовільного переривання вагітності у I триместрі, але і покращити акушерські та перинатальні результати розродження.

### Профилактика невынашивания беременности у женщин с хроническим эндометритом и дефицитом массы тела О.А. Боженко

**Цель исследования:** снижение частоты невынашивания и перинатальной патологии у женщин с хроническим эндометритом и дефицитом массы тела на основе изучения клинико-эхографических, эндокринологических, микробиологических и морфологических изменений, а также усовершенствование лечебно-профилактических мероприятий.

**Материалы и методы.** Проведено клинико-функциональное и лабораторное исследование 80 женщин с хроническим эндометритом и дефицитом массы тела, разделенных на две группы: 1-я группа – 40 женщин с хроническим эндометритом и дефицитом массы тела, получавших общепринятые лечебно-профилактические мероприятия; 2-я группа – 40 женщин с хроническим эндометритом и дефицитом массы тела, проведенных по разработанной нами методике профилактики невынашивания. В контрольную группу вошли 20 первородящих без акушерской и соматической патологии и без отягощенного репродуктивного анамнеза.

**Результаты.** Использование предлагаемых лечебно-профилактических мероприятий позволяет снизить частоту невынашивания в 2 раза, преждевременных родов в 4,4 раза, плацентарной дисфункции в 1,7 раза, дистресса плода в 2,9 раза, асфиксии новорожденных средней и тяжелой степени в 3 раза и перинатальных потерь в 4 раза.

**Заключение.** Использование предложенной лечебно-профилактической методики у женщин с хроническим эндометритом и дефицитом массы тела в анамнезе позволяет не только существенно снизить частоту самопроизвольного прерывания беременности в I триместре, но и улучшить акушерские и перинатальные результаты родоразрешения.

**Ключевые слова:** невынашивание, профилактика, хронический эндометрит, дефицит массы тела.

### Preventive maintenance incompetence pregnancy at women with chronic endometritum and by the deficit of mass of body

O.A. Bozenko

**The objective:** frequency decrease incompetence and perinatal pathologies at women with chronic endometritum and by the deficit of mass of body on the basis of studying clinical-ehogographical, endocrinological, microbiological and morphological changes, and also improvement of treatment-and-prophylactic actions.

**Materials and methods.** With chronic endometritum clinical-functional and laboratory research of 80 women is conducted in the anamnesis which have been divided on two groups: 1 group – 40 women with chronic endometritum and by the deficit of mass of body which received the standard treatment-and-prophylactic actions; 2 group - 40 women with chronic endometritum and by the deficit of mass of body which have been spent by the technique of preventive maintenance developed by us incompetence; control group have made 20 firstlabour without obstetrical and somatic pathology and without the burdened reproductive anamnesis.

**Results.** Use of offered treatment-and-prophylactic actions allows to lower frequency incompetence in 2 times, premature birth in 4,4 times, placetary dysfunction in 1,7 times, distress of fetus in 2,9 times, asfixia of newborns of average and heavy degree in 3 times and perinatal losses in 4 times.

**Conclusion.** The use of the proposed treatment-and-prophylactic technique in women with chronic endometritis and a history of weight loss not only significantly reduces the incidence of spontaneous abortion in the first trimester, but also improves obstetric and perinatal birth outcomes.

**Key words:** incompetence, preventive maintenance, chronic endometritum, deficit of mass of body.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Серов В.Н. Привычное невынашивание беременности: современные представления о патогенезе, диагностике и лечении / В.Н. Серов, В.М. Сидельникова, Е.В. Жаров // В помощь практическому врачу. – 2017. – С. 28–41.
2. Радзинский В.Е. Прогнозы лечения невынашивания беременности в I триместре прогестагенами. / В.Е. Радзинский, Е.Ю. Запертова, А.В. Миронов. // Гинекология. – 2018. – С. 4–8.
3. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности – современный взгляд на проблему // Российский вестник акушера-гинеколога – 2016. – № 2. – С. 62–65.
4. Carp HJA H. Recurrent spontaneous abortions in antiphospholipid syndrome: natural killer cells – an additional mechanism in a multi factorial process / H. Carp HJA, Y. Shoenfeld. // Rheumatology. – 2018. – № 46. – С. 1517–9.
5. Salazar E. The role of progesterone in endometrial estradiol-and progesterone-receptor synthesis in women with menstrual disorders and habitual abortion / Salazar E., Calzada L. // Gynecol. Endocrinol. – 2018. – № 23. – С. 222–225.
6. Winger E.E. CD57+ cells and recurrent spontaneous abortion //Am. J. Reprod. Immunol. – 2017. – V. 58, N 4. – С. 311–314.
7. A compare is on of sperm aneuploidy rates between in fertile men with normal and abnormal karyotypes / [G. Kirkpatrick, K. Ferguson, S. Tang та ін.]. // Hum Reprod. – 2017. – № 23. – С. 1679–1683.

## Роль ультразвукової діагностики новоутворень яєчників у різні терміни вагітності

**А.В. Бойко**

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України  
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,  
м. Київ

**Мета дослідження:** вивчити сучасні аспекти діагностики новоутворень яєчників під час вагітності.

**Матеріали та методи.** Було обстежено 90 вагітних з новоутвореннями яєчників. Усіх вагітних було розподілено на три досліджувані групи: група 1 – 30 жінок з новоутвореннями яєчників, яким хірургічне лікування виконано в різні терміни вагітності; група 2 – 30 жінок з новоутвореннями яєчників, яким хірургічне лікування виконано в ході кесарева розтину; група 3 – 30 жінок з новоутвореннями яєчників, яким хірургічне лікування виконано в різні терміни після мимовільних пологів.

**Результати.** Результати проведених досліджень свідчать, що точність (чутливість і специфічність) ультразвукової діагностики по нозології становила: доброякісних епітеліальних пухлин, включаючи серозні, серозні папілярні, муцинозні цистаденоми – 71,3% і 94,7%, зрілі кістозні тератоми – 91,8% і 98,6%, ендометріодні кісти – 83,7% і 97,5% відповідно. Точність діагностики пограничних і злоякісних пухлин яєчника була найбільшою і становила 91,1% і 99,3%. Ехографічна діагностика пухлинних новоутворень (параоваріальних, фолікулярних кіст, кіст жовтого тіла, простих кіст, позбавлених вистилаючого епітелію, інклюдційних, тека-лютеїнових кіст) при вагітності відрізнялася меншою точністю (чутливість 76,3%; специфічність – 88,2%). У спеціалізованому лікувальному закладі загальна точність ультразвукової діагностики збільшилася і становила 90,0%.

**Заключення.** Отримані результати необхідно враховувати при діагностиці новоутворень яєчників під час вагітності.

**Ключові слова:** новоутворення яєчників, вагітність, ехографія, діагностика.

На сучасному етапі серед найбільш поширених причин, які потребують оперативного лікування у вагітних, виділяють гострі захворювання органів черевної порожнини (гострий апендицит, холецистит, кишкову непрохідність тощо), а також гінекологічну патологію – пухлини та новоутворення яєчників (НУЯ) [2–4].

Серед основних ускладнень вагітності у жінок з НУЯ виділяють загрозу переривання вагітності, плацентарну дисфункцію, аномалії пологової діяльності та інші [5–8].

Діагностика НУЯ у вагітних складніша, ніж у невагітних жінок. Складнощі діагностики обумовлені не тільки мізерною клінічною симптоматикою, але й зниженням інформативності спеціальних методів дослідження зі збільшенням терміну вагітності [1]. Незважаючи на незаперечні переваги ультразвукових методів (ехографії, доплерометрії, кольорового доплерівського картування) під час вагітності, точність ехографічної діагностики НУЯ у вагітних на сьогодні дискутується.

**Мета дослідження:** вивчити сучасні аспекти діагностики новоутворень яєчників під час вагітності.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети дослідження було обстежено 90 вагітних з НУЯ, які були розподілені на три досліджувані групи:

- група 1 – 30 жінок з НУЯ, яким хірургічне лікування виконано в різні терміни вагітності;
- група 2 – 30 жінок з НУЯ, яким хірургічне лікування виконано під час кесарева розтину;
- група 3 – 30 жінок з НУЯ, яким хірургічне лікування виконано в різні терміни після мимовільних пологів.

Також були обстежені 30 жінок з нормально перебігом вагітності без НУЯ, що увійшли до контрольної групи.

Крім загальноклінічних досліджень усім пацієнткам виконували ультразвукове дослідження в терміни скринінгу, а також за необхідності (перед операцією, в післяопераційний період, за наявності ознак загрози переривання вагітності тощо). Ультразвукове дослідження носило комплексний характер і, крім ехографії, включало кольорове доплерівське картування (КДК) і доплерометрію [1]. У зв'язку зі складністю діагностики дослідження носило експертний характер, виконувалося мінімум двома найбільш досвідченими в даній галузі фахівцями і передбачало висновки про належність новоутворення яєчників до того чи іншого морфологічного типу.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час аналізу термінів виявлення НУЯ у вагітних нами було відзначено низку особливостей. Так, до вагітності про наявність патологічного новоутворення яєчників знали 6,7%, 10,0% і 6,7% жінок у досліджуваних групах відповідно. Велика частина НУЯ була виявлена у I триместрі вагітності під час УЗД у 5–6 тиж або при першому скринінгу в 11–12 тиж – 70,0%, 40,0% і 53,3%. У II триместрі були виявлені 23,3% новоутворень яєчників у групі 1, 36,7% – у групі 2 і 40,0% – у групі 3. Серед пацієнток групи 2 у 10,0% НУЯ були виявлені у III триместрі, а у 10,0% стали інтраопераційною знахідкою під час кесарева розтину. Запізніле виявлення новоутворень яєчників у II триместрі було пов'язано з пізнім звертанням до медичних установ.

Ультразвукове дослідження в діагностиці структури НУЯ при вагітності мало визначальний характер з огляду на його безпеку, доступність і високу інформативність. Усі дослідження були виконані фахівцями, які мали найбільший досвід проведення ехографії під час вагітності. У I – на початку II триместрів вагітності дослідження проводили трансвагінальним датчиком, у II–III триместрах – транс-

абдомінально. Крім боку ураження, розташування, розмірів, структури новоутворення (кістозна, солідна, змішана) оцінювали такі параметри, як товщина стінки новоутворення, рівність його контурів, наявність пристінкового компонента, папілярних розростань, ехогенність (звукопровідність) вмісту пухлини, наявність вільної рідини у черевній порожнині. При повторних дослідженнях враховували зміну розмірів новоутворення.

Одночасно виконували КДК і спектральну доплерометрію внутрішньопушлінного кровотоку. На підставі комплексної оцінки ультразвукових характеристик формували ехографічний висновок про належність даного новоутворення до того чи іншого типу НУЯ.

У подальшому, після отримання даних щодо гістологічної будови НУЯ, проводили аналіз чутливості, специфічності, позитивної і негативної прогностичної цінності методу, частоти хибно-негативних і хибно-позитивних результатів, загальної точності методу.

Виявлені під час ехографії НУЯ мали певні особливості залежно від гістотипу пухлини.

На сканограмах серозні гладкостінні цистаденоми визначалися як новоутворення округлої форми з гладкою поверхнею і чіткими контурами. Пухлини розташовувалися збоку або вище дна матки. Їх величина варіювала від 5 до 19 см, середній діаметр становив  $7,5 \pm 0,7$  см, товщина стінки зазвичай не перевищувала 0,1 см. Внутрішній вміст був однорідним, анехогенним. У 6,7% спостереженнях відмічена наявність поодиноких прямолінійних перегородок товщиною 1 мм. В окремих спостереженнях визначалася низько- або середньо-ехогенна дрібнодисперсна суспензія, яка зміщувалася при перкусії новоутворення.

Серозні папілярні цистаденоми були новоутвореннями округлої форми з чіткими рівними контурами. Вони розташовувалися збоку або позаду матки. Їх величина варіювала від 3 до 15 см, середній діаметр становив  $5,8 \pm 1,1$  см. Пухлини були однокамерними. Товщина стінок становила 10–15 мм, в більшості спостережень в порожнині пухлини визначалася середньо-ехогенна дрібнодисперсна суспензія, яка зміщувалася при перкусії новоутворення. У новоутвореннях по внутрішній поверхні виявлявся одиничний або множинний пристінковий солідний компонент підвищеної ехогенності губчастої структури з бахромчатою поверхнею величиною від 3 до 17 мм (папілярні розростання).

Муцинозні цистаденоми були овальної форми новоутвореннями з гладкою поверхнею, розташовані збоку або вище дна матки. Їх розміри варіювали від 6 до 19 см, середній діаметр становив  $6,8 \pm 0,7$  см. Новоутворення розміром понад 7,0 см в діаметрі були кістозними, анехогенними, з безліччю перегородок неправильної форми товщиною 1,0–1,5 мм, з наявністю в окремих порожнинах середньо- або високоехогенної дрібнодисперсної суспензії, що не зміщувалася при перкусії новоутворення. Новоутворення менше 7,0 см в діаметрі були однокамерними, гладкостінними з наявністю дрібнодисперсної середньоехогенної суспензії, що не зміщувалася при перкусії новоутворення.

Серозна папілярна цистаденофіброма визначалася як рідинне новоутворення розміром  $6,2 \times 4,5 \times 5,4$  см з неоднаковою товщиною стінками від 3 до 6 мм і неоднаковою товщиною перегородками від 2 до 4 мм, з пристінковим щільним компонентом

підвищеної ехогенності з відносно гладкою зовнішньою поверхнею. Були зафіксовані множинні гіперехогенні включення по периферії новоутворення.

Пограничні серозні папілярні цистаденоми були багатокамерними рідинними новоутвореннями з чіткими рівними контурами, гладкою поверхнею, що розташовувалися позаду або збоку від матки. Розміри пухлин варіювали від 4,2 до 7,9 см, середній діаметр становив  $5,7 \pm 0,6$  см. Перетинки в пухлині були фрагментарно потовщеними і зазубреними. Щільний компонент по внутрішній поверхні або на перегородках мав підвищену ехогенність, губчасту структуру і бахромчасту поверхню.

Зрілі тератоми визначалися як округлої форми новоутворення, величина яких варіювала від 3,2 до 27,2 см, середній діаметр становив  $7,8 \pm 1,3$  см. Вони розташовувалися збоку і вище дна матки. Внутрішня структура тератом відрізнялася великою різноманітністю.

При першому варіанті визначалося рідинне анехогенне новоутворення високої звукопровідності, внутрішню будову якого було представлено переважно серозною рідиною або жировою тканиною низької щільності. У середині пухлини у цих випадках визначалися невеликі тонкі гіперехогенні дрібні штрихові включення або тонкі гіперехогенні лінійні включення. У 6,7% випадків на внутрішній поверхні анехогенного новоутворення спостерігався щільний, округлої форми невеликих розмірів (в основному до 1,6 см в діаметрі) однорідної структури гіперехогенний компонент – дермоїдний горбок однорідної структури з відносно гладкою поверхнею.

При другому варіанті новоутворення було представлено солідним або кістозно-солідним компонентом. Солідний компонент (жир) в більшості випадків був гіперехогенний, мав округлу, овальну або неправильну форму і займав всю або якусь частину кісти.

При третьому варіанті тератома мала гетерогенну внутрішню будову. Її паренхіма була представлена анехогенним (кістозним) компонентом, гіпоехогенним і гіперехогенним компонентом, що давав акустичну тінь, причиною виникнення якої були такі щільні структури як волосся, кістки. Звукопровідність була середньою або зниженою.

При четвертому варіанті пухлина мала складну різноманітну будову, середню або високу звукопровідність.

На ехограмах склерозована стромальна пухлина визначалася як округлої форми солідно-кістозне новоутворення з чіткими рівними контурами розмірами  $10,7 \times 9,1 \times 10,5$  см, яке розташовувалося позаду матки. Ехогенність середня, а звукопровідність висока. Кістозний компонент новоутворення був представлений множинними рідинними включеннями різної форми і діаметра від 0,6 до 2,4 см.

На сканограмах дистермінома (одне спостереження) була представлена новоутворенням солідної структури овальної форми з нерівними горбистими контурами, неоднорідної внутрішньої структури переважно низької ехогенності. Поряд з низькою ехогенністю пухлини визначалися ділянки підвищеної ехогенності різної форми і розмірів. Звукопровідність висока.

Ендометріодні кісти яєчників були представлені здебільшого рідинними новоутвореннями з подвійним рівним чітким контуром, розташованими збоку або позаду матки, з наявністю дрібнодисперсної суспензії, що не зміщувалася при перкусії

новоутворення. Розміри новоутворень становили від 3,1 до 12,2 см, середній діаметр –  $7,9 \pm 1,0$  см. Товщина стінки варіювала до 2 мм. У 6,7% спостережень ендометріодних кіст внутрішній контур новоутворень мав складчасту структуру, що виступала в просвіт новоутворення і являла собою щільний компонент підвищеної ехогенності губчастої структури з бахромчатою поверхнею. У 10,0% спостережень візуалізувався однорідний гіперехогенний пристінковий компонент округлої форми з гладкою поверхнею (згусток крові).

Фолікулярні, прості кісти, позбавлені епітелію та інклюдійні були представлені однокамерними рідинними анехогенними новоутвореннями з гладкою зовнішньою і внутрішньою поверхнею. Товщина стінки кістозних новоутворень становила 1 мм.

Параоваріальні кісти візуалізувалися як рідинні анехогенні новоутворення, однокамерні, гладкостінні з товщиною стінки пухлини 1 мм. Поруч з новоутворенням визначалася тканина яєчника.

Кісти жовтого тіла мали поліморфну будову, в більшості випадків – характерну сітчасту структуру; іноді з більш вираженим кістозним компонентом, з наявністю множинних перегородок неправильної форми, що зміщувались в деяких випадках при перкусії новоутворення, при однорідному анехогенному вмісті; з наявністю щільних підвищеної ехогенності включень неправильної форми.

Тека-лютеїнова кіста була представлена рідинним новоутворенням округлої форми діаметром 9,5 см з великою кількістю тонких перетинок.

У 4 (13,3%) випадках екстрене оперативне втручання було виконано у зв'язку з підозрою на перекрут пухлини або придатків матки. При цьому ехографічна картина в одному випадку відповідала кісті жовтого тіла, у другій пацієнтки визначався тільки правий яєчник з чіткими контурами з наявністю множинних кіст жовтого тіла після стимуляції суперовуляції у програмі допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) у поєднанні з вираженим варикозним розширенням вен таза, в третьому випадку визначалася зріла кістозна тератома, в четвертому – біля яєчника визначалася новоутворення змішаної ехогенності неясного генезу з розмірами  $4,0 \times 2,8 \times 4,1$  см, яке виходило з яєчника або було розташоване поруч і надавало ефект акустичного посилення. В останньому випадку був верифікований перекрут придатків з наявністю в яєчнику множинних кіст жовтого тіла після стимуляції суперовуляції в програмах ДРТ.

Паралельно з двовимірним ехографічним дослідженням виконували доплерометричне дослідження, що включало в себе КДК з визначенням наявності та характеру внутрішньопухлинного кровотоку, а також спектральне доплерометричне дослідження виявленого кровотоку з визначенням індексів RI, PI і максимальної систолічної швидкості.

При КДК і доплерометрії було констатовано, що в НУЯ внутрішньопухлинний кровотік визначався в 23,3% спостереженнях:

- при серозних цистаденомах (в перегородках),
- при серозних папілярних цистаденомах (в щільному компоненті пухлини, папілярних розростаннях),
- при муцинозних цистаденомах (в перегородках),
- при цистаденофібромах (в перегородках),
- при склерозуючій стромальній пухлині (в щільному компоненті пухлини).

Кровотік у доброякісних пухлинах був однорідний, односпрямований і низькошвидкісний.

У пограничних і злоякісних пухлинах яєчника внутрішньопухлинний кровотік констатовано у всіх спостереженнях (у перегородках, у щільному компоненті новоутворень). «Мозаїчний» (неоднорідний, різноспрямований, високошвидкісний) кровотік зафіксований в 50,0% випадках пограничних пухлин і в 80,0% злоякісних новоутворень.

У 6,7% спостереженнях ендометріодних кіст, що мають деякі особливості внутрішньої будови з наявністю складчастих структур, які виступають в просвіт новоутворення, був зафіксований кровотік всередині цих складок.

В інших спостереженнях НУЯ, а також в параоваріальних кістах, кровотік всередині новоутворень не виявлявся.

При обчисленні кількісних показників були отримані наступні результати: PI при доброякісних пухлинах становив у середньому 0,71 (0,38–1,11), при пограничних – 0,55 (0,28–0,87), при злоякісних – 0,56 (0,26–0,86). RI становив в середньому відповідно 0,51 (0,30–0,68), 0,43 (0,18–0,57), 0,43 (0,25–0,63), максимальна систолічна швидкість кровотоку – 9,7 (3,7–12,1), 7,2 (3,8–17,7) і 10,3 (4,3–38,7) см/с відповідно.

Під час кількісного оцінювання доплерограм привертало увагу те, що якщо при доброякісних і пограничних пухлинах яєчника величина доплерографічних індексів, зареєстрованих в різних ділянках пухлини, була приблизно однаковою, то при злоякісних новоутвореннях вона відрізнялася досить великою різноманітністю.

Статистичне оброблення результатів продемонструвало відсутність достовірних відмінностей значень індексу резистентності, пульсаційного індексу та максимальної систолічної швидкості при злоякісних/пограничних і доброякісних НУЯ у вагітних ( $p > 0,05$ ), що дозволило зробити висновок про недоцільність ізольованого використання даних спектральної доплерометрії в диференціальній діагностиці НУЯ у вагітних.

Після верифікації діагнозу при патоморфологічному дослідженні нами було проведено оцінювання діагностичної цінності комплексного ультразвукового дослідження у визначенні морфологічної структури НУЯ у вагітних.

## ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що точність (чутливість і специфічність) ультразвукової діагностики (УЗД) за нозологією становила: доброякісних епітеліальних пухлин, включаючи серозні, серозні папілярні, муцинозні цистаденоми – 71,3% і 94,7%, зрілих кістозних тератом – 91,8% і 98,6%, ендометріодних кіст – 83,7% і 97,5% відповідно. Точність діагностики межових і злоякісних пухлин яєчника була найбільшою і становила 91,1% і 99,3%. Ехографічна діагностика пухлинних новоутворень (параоваріальних, фолікулярних кіст, кіст жовтого тіла, простих кіст, позбавлених вистилаючого епітелію, інклюдійних, тека-лютеїнових кіст) під час вагітності відрізнялася меншою точністю (чутливість 76,3%, специфічність 88,2%).

Оскільки більшості жінок перше УЗД (в дану вагітність) проводилося при зверненні до медичної установи за місцем проживання, всі випадки встановлення

діагнозу НУЯ на амбулаторно-поліклінічному рівні у подальшому були зіставлені з результатами УЗД в умовах спеціалізованого центру і результатами патоморфологічного дослідження.

Загальна точність УЗД у визначенні структури НУЯ на амбулаторно-поліклінічному рівні була вкрай низькою і становила 31,7%. Більше половини заключень (56,7%) носили описовий характер. Досить високим був відсоток підозри на злоякісний характер пухлини (6,7%). У спеціалізованому лікувальному закладі загальна точність ультразвукової діагностики збільшилася і становила 90,0%. Отримані результати необхідно враховувати при діагностиці НУЯ під час вагітності.

### Роль ультразвуковой диагностики новообразований яичников в различные сроки беременности А.В. Бойко

**Цель исследования:** изучить современные аспекты диагностики новообразований яичников во время беременности.

**Материалы и методы.** Было обследовано 90 беременных с новообразованиями яичников. Все беременные были разделены на три исследуемые группы: группа 1 – 30 женщин с новообразованиями яичников, которым хирургическое лечение выполнено в различные сроки беременности; группа 2 – 30 женщин с новообразованиями яичников, которым хирургическое лечение выполнено в ходе кесарева сечения; группа 3 – 30 женщин с новообразованиями яичников, которым хирургическое лечение выполнено в различные сроки после самопроизвольных родов.

**Результаты.** Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что точность (чувствительность и специфичность) ультразвуковой диагностики по нозологии составила: доброкачественных эпителиальных опухолей, включая серозные, серозные папиллярные, муцинозные цистаденомы – 71,3% и 94,7%, зрелых кистозных тератом – 91,8% и 98,6%, эндометриодных кист – 83,7% и 97,5% соответственно. Точность диагностики пограничных и злокачественных опухолей яичника была наибольшей и составила 91,1% и 99,3%. Эхографическая диагностика опухолевидных образований (параовариальных, фолликулярных кист, кист желтого тела, простых кист, лишенных выстилающего эпителия, инклюзионных, тека-лютеиновых кист) при беременности отличалась меньшей точностью (чувствительность 76,3%; специфичность 88,2%).

**Заключение.** Полученные результаты необходимо учитывать при диагностике новообразований яичников во время беременности.

**Ключевые слова:** новообразования яичников, беременность, эхография, диагностика.

### Role of ultrasound diagnostics of neoplasms of ovaries during pregnancy A.V. Boyko

**The objective:** to study modern aspects of diagnostics of neoplasms of ovaries during pregnancy.

**Materials and methods.** 90 pregnant women with neoplasms of ovaries were surveyed. All pregnant women were divided into 3 studied groups: group 1 – 30 women from a neoplasm of ovaries by which surgical treatment is executed in various durations of gestation; the group 2 – 30 women with neoplasms of ovaries by which surgical treatment is executed during Cesarean sec-

tion; the group 3 – 30 women with neoplasms of ovaries by which surgical treatment is executed in various terms after labors.

**Results.** Results of the conducted researches testify that accuracy (sensitivity and specificity) ultrasonic diagnostics on nosology made: benign epithelial tumors, including serous, serous papillary, mucinous cystadenomas – 71.3% and 94.7%, mature cystic teratomas – 91.8% and 98.6%, the endometrioid of cysts – 83.7% and 97.5% respectively. Accuracy of diagnostics of boundary and malignant tumors of an ovary was the greatest and made 91.1% and 99.3%. Echografical diagnostics of tumorous educations (the paraovariale, follicular cysts, cysts of yellow body, the simple cysts deprived of the covering epithelium, the teka-lyuteinove of cysts) at pregnancy differed smaller accuracy (sensitivity of 76.3%; specificity of 88.2%).

**Conclusion.** The received results needs to be considered at diagnostics of neoplasms of ovaries during pregnancy.

**Key words:** neoplasms of ovaries, pregnancy, ultrasound, diagnostics.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бабкіна Т.М., Волік Н.К. Ехографічні та доплерометричні дослідження в акушерстві та гінекології // Здоров'я жінчини. – 2017. – № 3. – С. 56–62.
2. Зварич Л.І., Луценко Н.С., Шаповал О.С. Частота функціональних кіст яєчників у жінок репродуктивного віку в структурі гінекологічної патології // Сучасні медичні технології. – 2015. – Т. 2, № 3. – С. 79–83.
3. Кузнецова Е.П. Современные представления об этиологии и патогенезе опухолевидных образований и доброкачественных опухолей яичников // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2010. – Т. 6, № 3. – С. 552–558.
4. Резниченко Г.И., Шаповал О.С. Особенности реализации репродуктивной функции у женщин с доброкачественными опухолевидными образованиями яичников // Здоровье женщины. – 2015. – № 2 (98). – С. 104–107.
5. Серебренникова К.Г., Кузнецова Е.П., Халилов Р.З. Факторы риска развития опухолевидных образований и доброкачественных опухолей яичников // Уральский медицинский журнал. – 2010. – № 6 (71). – С. 111–115.
6. Шаповал О.С. Кісти яєчників. Аналіз структури патології у жінок репродуктивного віку // Scientific Journal "ScienceRise: Medical Science". – 2016. – № 9 (5). – С. 75–79.
7. Shapoval O. Clinical and Diagnostic Parallels, Therapeutical Strategies in Benign Ovarian Tumor-Like Formations // The Science Advanced. – 2016. – Issue 02. DOI: 10.15550/ASJ.2016.02.027:27-33.
8. Vorontsova L.L., Shapoval O.S. Pathogenetic rationale for the use of immunomodulating and systemic enzyme therapy in treatment of nulliparous women with endometriod ovary tumors // Journal of Education, Health and Sport. – 2015. Vol. 1. No. 5. – P. 75–86.

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

## Особливості перинатальних наслідків розродження у жінок з багаторазовим обвиттям пуповини

**С. О. Добарін**

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

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

**Ключові слова:** обвиття пуповиною, перинатальні результати розродження.

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

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

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

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

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

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

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

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

До контрольної групи увійшли 50 жінок у ті самі терміни вагітності з аналогічною акушерською і екстрагенітальною патологією, але без обвиття пуповиною шії плода.

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

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що клінічний перебіг вагітності у жінок з багаторазовим обвиттям пуповиною шії плода характеризується високим рівнем фетоплацентарної недостатності, частота якої збільшувалася у міру наростання кратності обвиття:

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

При розродженні жінок з багаторазовим обвиттям пуповиною шії плода частота ускладнень (передчасний розрив плодових оболонок, аномалії пологової діяльності, дистрес плода і випадання петель пуповини) залежить від міри кратності обвиття, що призводить до високого рівня абдомінального розродження (33,6%), який також залежить від кратності обвиття:

- при дворазовому – 24,0%;
- при триразовому – 30,0%;
- при чотириразовому – 60,0%.

У структурі показань частіше за інших має місце поєднання обвиття пуповиною шії плода з фетоплацентарною недостатністю (при дворазовому – 25,0%; при триразовому – 33,3% і при чотириразовому – 46,7%).

Перинатальні результати розродження жінок з багаторазовим обвиттям пуповиною шії плода характеризуються високим рівнем середньо-важких форм

асфіксії новонароджених (при дворазовому – 10,0%; при триразовому – 14,0% і при чотириразовому – 16,0%); затримки внутрішньоутробного розвитку плода (22,0%; 30,0% і 48,0%) і енцефалопатії постгіпоксичної гіпоксії (12,0%; 16,0% і 24,0%). Су-марні перинатальні втрати склали при дворазовому обвитті – 20,0%; при триразовому – 40,0% і при чотириразовому – 60,0%. Основною причиною перинатальних втрат у всіх випадках була гостра асфіксія новонароджених на тлі важкої форми затримки внутрішньоутробного розвитку плода.

При розродженні жінок з багаторазовим обвиттям пуповиною шії плода встановлена пряма кореляційна залежність між частотою обвиття і рівнем затримки внутрішньоутробного розвитку: дворазове обвиття –  $r=+0,71$ ; триразове –  $r=+0,77$  і чотириразове –  $r=+0,91$ ; а також між частотою обвиття і рівнем середньо-важких форм асфіксії новонароджених: дворазове обвиття –  $r=+0,74$ ; триразове –  $r=+0,77$  і чотириразове –  $r=+0,93$ . При вивченні взаємозв'язку основних показників стану плода і способу розродження показано пряму кореляційну залежність між способом розродження і рівнем затримки внутрішньоутробного розвитку: консервативне –  $r=+0,73$  і оперативне –  $r=+0,79$ ; а також між способом розродження і рівнем середньо-важких форм асфіксії новонароджених: консервативне –  $r=+0,75$  і оперативне –  $r=+0,93$ .

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

Морфологічні зміни з боку фетоплацентарного комплексу у жінок з двократним обвиттям пуповиною шії плода характеризуються різко вираженими компенсаторно-приспосувальними реакціями, які макроскопічно виявляються збільшенням маси, об'єму і товщини плаценти, а мікроскопічно – гіперплазією термінальних ворсин, капілярів, збільшенням синцитіокапілярних мембран, судинного індексу і площі капілярів. При трьох- і кратнішому обвиванні наростають деструктивно некротичні зміни, які виявляються наявністю б-функціональних зон і збільшенням поширення незрілих форм ворсин.

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

### ВИСНОВКИ

1. Вагітні з багаторазовим обвиттям пуповиною шії плода належать до групи високого перинатального ризику, що вимагає обов'язкового скринінгового трьохетапного обстеження з 34 тиж вагітності (ехографія, доплерометрія і кардіотокографія).

2. При багаторазовому обвитті пуповиною шії плода у поєднанні з високою локалізацією плаценти і наявністю фетоплацентарної недостатності необхідно виконати плановий кесарів розтин. В останніх випадках може плануватися розроджен-

ня через природні пологові шляхи під кардіомоніторним контролем. У разі наростання ознак плацентарної недостатності (за даними КТТ) і при розвитку аномалій пологової діяльності повинен бути виконаний екстрений кесарів розтин.

### Особенности перинатальных последствий родоразрешения у женщин с многократным обвитием пуповины С.О. Добарин

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

**Ключевые слова:** обвитие пуповиной, перинатальные исходы родоразрешения.

### Women have features of perinatal consequences of delivery with frequent winding around of umbilical cord S.O. Dobarin

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

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

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Пырскова Ж.Ю., Титченко Л.И. Индекс извитости сосудов пуповины. Антенатальная диагностика и перинатальные исходы // Вестник Российской Ассоциации акушеров-гинекологов. – 2018. – № 4. – С. 13–15.
2. Титченко Л.И., Пырскова Ж.Ю. Ультразвуковая диагностика патологии пуповины. Обзор литературы // Вестник Российской Ассоциации акушеров-гинекологов. – 2016. – № 3. – С. 26–28.
3. Шадлун Д.Р. Сучасні аспекти аналізу перинатальної смертності // Науковий вісник Ужгородського університету. – Серія «Медицина». – 2010. – вип. 11. – С. 292–297.
4. Шадлун Д.Р. Актуальні питання інтранатальних втрат на сучасному етапі // Зб. наук. праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика, Київ, 2010. – вип. 9. – кн. II. – С. 765–769.



УДК 618.346-008-076/078:618.2/5-036.1

## Діагностичне значення клініко-лабораторного дослідження амніотичної рідини при термінових та передчасних пологах

**В.В. Козаченко**

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

Результати проведених досліджень продемонстрували, що фізико-хімічні і біохімічні параметри амніотичної рідини схильні до статистично достовірних змін залежно від терміну пологів і внутрішньоутробного стану плода в пологах. Найбільш показовими є зміни концентрації креатиніну і сечовини в амніотичній рідині при пологах, що запізнилися, що може мати діагностичне значення. Поєднання зазначених ознак зі зниженням кислотності і підвищенням щільності амніотичної рідини при пологах, що запізнилися, а також наявність в ній меконію свідчить про порушення метаболізму плода і необхідність своєчасної корекції виявлених порушень.

Клінічне застосування перерахованих параметрів амніотичної рідини в пологах має важливе діагностичне значення при фізіологічному і патологічному перебігу вагітності і пологів.

**Ключові слова:** амніотична рідина, лабораторне дослідження, діагностика, патологія, термінові та передчасні пологи.

Перинатальні втрати переважно обумовлені 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 частенько залишається без уваги [2–4]. Гомеостаз плода формується матково-плацентарним комплексом, який разом із забезпеченням кровотоку плода виробляє амніотичну рідину (АР), що оточує плід протягом вагітності і першого періоду пологів. Є безліч публікацій, що свідчать про фізико-хімічні і біологічні параметри навколоплідних вод (НПВ) і їхній вплив на формування плода при вагітності [6, 7]. Водночас зміна вказаних особливостей АР у пологах і їхнє значення для плода мало вивчені.

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

У сучасній літературі є досить робіт, присвячених маловоддю і багатоводдю під час вагітності [6–8]. Водночас вплив кількості АР на перебіг пологів і інтранатальний стан плода залишається маловивченим. З іншого боку участь плода в ініціації і процесі пологової діяльності також є предметом досліджень багатьох авторів. Відомо, 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 потрапляння в кров матері часток сироподібного мастила і епітелію плода і таким чином захищає матір від розвитку емболії НПВ [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 НПВ, що призводить у більшості випадків, до материнської смертності [8]. Чому порушується цілісність плодових оболонок, а також роль амніона і АР при передчасних пологах, що запізнилися, є предметом досліджень, що продовжуються [1, 6–8]. Патогенез усіх зазначених станів залишається маловивченим і закликає до ведення подальших досліджень амніона і АР.

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

**Мета дослідження:** вивчення діагностичного значення клініко-лабораторного дослідження АР при передчасних пологах.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

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

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

Під час оцінювання клінічного перебігу вагітності зафіксовано, що більше половини жінок перенесли ранній токсикоз вагітних (57,0%), майже кожна четверта породілля (14,1%) відзначала в анамнезі явища загрозливого викидня, а кожна

восьма – загрозлив передчасні пологи (12,7%). Усього у 142 породіль зареєстровано 218 ускладнень вагітності, тобто у деяких жінок мало місце декілька ускладнень – 1,5 на одну жінку.

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

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

Усім вагітним проводили комплексне клінічне обстеження під час вступу до стаціонару. Клінічне обстеження жінок включало вивчення анамнезу життя, у тому числі також анамнезу захворювання, вивчалися особливості перебігу вагітності, проводилися загальноприйнятні лабораторні і функціональні методи дослідження.

До комплексу додаткових методів дослідження були включені ехографічні, кардіотокографічні і доплерометричні.

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

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

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

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

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

Середні показники концентрації сечовини в АР становили  $3,8 \pm 0,1$  мкмоль/л з коливаннями від 2,2 до 9,9 мкмоль/л. Наведені дані свідчать, що концентрація сечовини також зростала в термінових пологах порівняно з передчасними пологами ( $p < 0,05$ ), досягаючи максимуму при пологах, що запізнилися. Достовірність різниці показників була високою ( $p < 0,001$ ). Між величинами білка і сечовини виявлена пряма залежність, хоча кореляція даної залежності була невисокою ( $r = 0,72$ ). При багатоводді вміст сечовини залишався у межах норми, а при маловодді – залежав від наявності акушерської патології. Вміст сечовини при пологах у

всі терміни мав найбільш високі показники при хронічній гіпоксії плода, особливо розвинутій на фоні прееклампсії, затримці розвитку плода при здавленні пуповини. Найбільш високі показники сечовини зафіксовані при пологах, що запізнилися, ускладнених акушерською патологією.

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

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

Визначення щільності АР спірометром засвідчило, що даний показник підвищується лише при пологах, що запізнилися. При термінових і передчасних пологах щільність АР залишалася у межах норми. Прозорість АР також мінялася лише при пологах, що запізнилися, супроводжуються маловоддям.

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

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

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

Результати досліджень вмісту білірубину в АР засвідчили, що рівень загального білірубину коливався в межах від 4,8 до 22,9, при цьому середній рівень загального білірубину становив  $10,5 \pm 1,6$ , у тому числі прямого ( $3,7 \pm 0,1$ ) і зв'язаного ( $6,9 \pm 0,2$ ). Показники білірубину значно підвищувалися за наявності внутрішньоутробної інфекції (4 випадки), розвитку кон'югаційної жовтяниці новонародженого

і гепатиту в плода (1 випадок). У більшості випадків підвищення рівня білірубину в АР свідчило про хронічну гіпоксію плода і при фарбуванні АР меконієм. Останні дані вказують на факт попадання фекальних виділень плода в НПВ. Крім того, підвищення рівня загального і зв'язаного білірубину свідчило про страждання функції печінки плода при дистресі плода.

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

Аналогічна картина відзначена у вмісті кортизолу в АР. Показники кортизолу в АР при пологах знаходилися у 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 як і кортизолу (К), достовірно підвищувався, що свідчило про внутрішньоутробне страждання плода ( $p < 0,01$ ). Показник Е2 знаходився у прямій залежності від показників опору кровотоку при доплерометрії, а саме – систоло-діастолічного відношення і індексу резистентності ( $r = 0,64$ ). Показники естрадіолу і кортизолу закономірно підвищувалися при зниженні рН АР ( $r = -0,71$ ;  $p < 0,01$ ) і при зниженні базального ритму серцевої діяльності плода на КТГ ( $r = -0,69$ ).

Дані визначення рівня плацентарного лактогену (ПЛ) виявили абсолютно протилежні тенденції. Середній рівень гормону в АР після початку пологової діяльності знаходився у межах  $6,7 \pm 0,09$  нг/мл з коливаннями від 0,04 до 19,0 нг/мл. Показники ПЛ знаходилися в зворотній залежності від показників 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 знаходився в прямому взаємозв'язку з рівнем рН АР і показником оцінки новонародженого за шкалою Апгар ( $r = 0,71$ ;  $p < 0,01$ ).

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

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

При багатоводді дані параметри не змінювалися. Найменш сприятливі результати для плода відбувалися при зменшенні кількості НПВ після 38 тиж вагітності

у поєднанні зі змінами біохімічних показників НПВ 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 фізико-хімічні і біохімічні параметри АР схильні статистично достовірним змінам залежно від терміну пологів і внутрішньоутробного стану плода в пологах. Найбільш показовими є зміни концентрації креатиніну і сечовини в АР при пологах, що запізналися, що може мати діагностичне значення. Поєднання зазначених ознак із зниженням кислотності і підвищенням щільності АР при пологах, що запізналися, а також наявність в ній меконію свідчить про порушення метаболізму плода і необхідність своєчасної корекції виявлених порушень. Клінічне вживання перерахованих параметрів АР у пологах має важливе діагностичне значення при фізіологічному і патологічному перебігу вагітності і пологів.

### Диагностическое значение клинко-лабораторного исследования амниотической жидкости при срочных и преждевременных родах В.В. Козаченко

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

**Ключевые слова:** амниотическая жидкость, лабораторное исследование, диагностика, патология, срочные и преждевременные роды.

### Diagnostic value of clinical-laboratory research of amnion liquid at the at urgent and premature births V.V. Kozachenko

Results of the carried-out researches have shown that physical-chemical and biochemical parameters of amnion liquid are subject to statistically authentic changes depending on term of childbirth and a pre-natal condition of born in childbirth. The most indicative are changes of concentration of a creatinine and urea in amnion liquid at overdue childbirth that can have diagnostic value. A combination of the specified signs to decrease in acidity and increase of density of amnion liquid at overdue childbirth, and also in it the meconia

indicates existence violation of a metabolism of a fruit and need of timely correction of the revealed violations. Clinical application of the transferred parameters of amniotic liquid in childbirth has important diagnostic value at the physiological and pathological course of pregnancy and childbirth.

**Key words:** amniotic liquid, laboratory research, diagnostics, pathology, urgent and premature births.

#### 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., Павлютенкова 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., Миланов А.П., Ордиянц И.М. Экстраэмбриональные и околоплодные структуры при нормальной и осложненной беременности. – М.: МИА. – 2017. – 393 с.

УДК 618.396-02:618.3-06-037

## Сучасні аспекти ранньої діагностики повторних ускладнень гестації

*Д.О. Говсеєв*

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

Міський клінічний пологовий будинок № 5 м. Києва

**Мета дослідження:** підвищення ефективності прогнозування повторних ускладнень гестації у жінок з високим перинатальним ризиком на підставі використання сучасних інформативних маркерів.

**Матеріали та методи.** Дослідження носили поетапний характер: на I етапі було обстежено 150 жінок з різним ступенем перинатального ризику; на II етапі – 50 жінок з ускладненнями при попередній вагітності. До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, доплерометричні, кардіотокографічні, лабораторні.

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

**Заключення.** Використання запропонованої методики прогнозування дозволить знизити частоту повторних ускладнень вагітності.

**Ключові слова:** вагітність, повторні ускладнення, перинатальний ризик, прогнозування.

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

Виявлення до клінічних системних змін в організмі жінки відкриває перспективу верифікації провісників гестаційних ускладнень на підставі скринінг-дослідження біохімічних та біофізичних показників [1, 5]. Однак жоден з методів ранньої діагностики не може претендувати на ідеальний скринінг, індивідуальна прогностична цінність кожного з тестів невисока, а багатофак-

торність ускладнень вагітності визначає необхідність пошуку комплексних методів їхнього ефективного прогнозування з перспективою використання не одного, а цілого низки клінічних та біохімічних маркерів [3, 7]. Для оптимізації антенатального обстеження з метою формування груп ризику доцільно використовувати найбільш інформативні з доступних тестів оцінки фетоплацентарного гомеостазу, а обґрунтування необхідності всіх видів досліджень повинно мати доказову базу, засновану на епідеміологічному підході до верифікації окремих факторів ризику.

Більш точна ідентифікація груп ризику на підставі комплексного підходу до вибору прогностичних стратегій може сприяти розробленню цілеспрямованих заходів профілактичного та лікувального впливу та обмеженню «акушерської агресії», особливо у жінок з повторними гестаційними ускладненнями.

**Мета дослідження:** підвищення ефективності прогнозування повторних ускладнень гестації у жінок з високим перинатальним ризиком на підставі використання сучасних інформативних маркерів.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети дослідження були проведені у два етапи. Так, на I етапі під спостереження без вибіркового методом було взято 150 жінок із кількості, що стали на облік по вагітності у жіночій консультації, одноплідна вагітність та згода вагітної на обстеження протягом всього періоду гестації. До групи контролю увійшли 50 невагітних жінок. Середній вік вагітних становив  $25,8 \pm 0,4$  року, жінок групи контролю –  $24,9 \pm 0,7$  року ( $p > 0,05$ ). Після завершення вагітності, залежно від особливостей її перебігу та наслідків, жінок було розподілено на клінічні групи:

1-а група – 50 жінок, вагітність у яких перебігала з різними акушерськими ускладненнями (загрозою переривання вагітності, гестозом, порушенням стану плода) та завершилась несприятливим перинатальним наслідком: антенатальною загибеллю плода, передчасними пологам, народженням доношених дітей з пренатальною гіпотрофією і/або захворюваннями постгіпоксичного генезу.

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

3-я група – 50 жінок фізіологічним перебігом та наслідком вагітності.

До комплексу проведених досліджень було включено клінічні, ехографічні, доплерометричні, картографічні, лабораторні (рівень плацентарного фактору зростання (PIGF); стабільних метаболітів оксиду азоту; ндотеліну-1; концентрація С-реактивного білка, молекул середніх мас проводили за загальноприйнятими методами [5].

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

Відповідно до мети дослідження, за результатами після I етапу роботи було розроблено таблицю бальної оцінки факторів перинатального ризику в жінок із повторними ускладненнями гестації. Для оцінювання інформативності алгоритму перинатального моніторингу було застосовано безвибіркоче обстеження відповідно до складеної програми (50 жінок з одноплідною вагітністю). Оцінених за вказаною вище шкалою вагітних було розподілено на групу сприятливого про-

гнозу та групи ризику щодо виникнення повторних ускладнень гестації. Після завершення вагітності у даних жінок було зроблено остаточні висновки.

Дослідження були проведені відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження було ухвалено комісією з питань біоетики Національної медичної академії з післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати оцінювання перинатального ризику продемонстрували, що несприятливий наслідок вагітності для плода було асоційовано з факторами, аналогічними встановленим факторам у процесі оцінювання ризику розвитку гестаційних ускладнень. Так, із соматичних захворювань фактором, що значно збільшує перинатальний ризик, є гіпертонічна хвороба (відносний ризик (ВР)=2,1), а факторами, що помірно впливають на збільшення ризику, були ожиріння (ВР=1,5) і анемія, що виявляється у I триместрі вагітності (ВР=1,3). Значно більше ризик несприятливого перинатального наслідку підвищувало паління (ВР=2,1). З анамнестичних показників суттєвим фактором ризику був дефіцит маси тіла до вагітності (ВР=1,7). У рамках проведеного дослідження вказівка на штучні аборти в анамнезі підвищувала перинатальний ризик незначно (ВР=1,1), але ранні репродуктивні втрати збільшували ризик в 1,3 разу, а наявність трьох і більше випадків переривання вагітності сприяло збільшенню ризику в 1,4 разу.

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

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

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

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

Однак у пацієток з гестаційними ускладненнями, вагітність яких завершилась народженням здорових дітей, суттєві відмінності з фізіологічною вагітністю в показниках концентрації фактору зростання плаценти відсутні, тоді як у жінок з несприятливими перинатальними наслідками зниження експресії PIGF було виявлено в процесі анатомічного формування плаценти, зберігалось і прогресувало протя-

гом усієї вагітності, а максимальне значення показника навіть не досягали рівня, характерного для жінок з фізіологічною вагітністю у терміні 21–26 тиж. Цей факт свідчить про порушення процесів плацентарного ангиогенезу і, отже, неповноцінність її компенсаторних можливостей. Імовірно, цей маркер є одним із самих ранніх предикторів плацентарної дисфункції та несприятливого наслідку вагітності для плода.

У розвитку вагітності важливу роль відіграє функціональний стан судинно-ендотелію, що забезпечує зниження периферичного судинного супротиву та підсилення маткового кровотоку завдяки вазодилатувальному ефекту оксиду азоту [6].

Згідно з отриманими нами результатами, у жінок із гестаційними ускладненнями, що народили здорових дітей, у ранні терміни вагітності достовірних відмінностей у рівні стабільних метаболітів оксиду азоту порівняно з показниками жінок з фізіологічною вагітністю не встановлено ( $p > 0,05$ ). У той самий час у пацієнок з несприятливими перинатальними наслідками у I триместрі показники були достовірно нижче, ніж у жінок, що народили здорових дітей. Це дозволяє припустити наявність серйозних змін функціонального стану судинно-ендотелію. Тенденція до деякого збільшення даного показника у II триместрі вагітності (до  $10,21 \pm 0,27$  мкМ/л у терміні 521 тиж і  $10,07 \pm 0,37$  мкМ/л у 22–28 тиж) може бути пов'язана з проявом компенсаторних можливостей, спрямованих підтримувати мікроциркуляцію. У ділянці плацентарного ложа для запобігання переривання вагітності у III триместрі гестації сироваткова концентрація стабільних метаболітів NO у пацієнок з гестаційними ускладненнями, поза залежності від перинатального наслідку, достовірно відрізнялась від показників жінок з фізіологічною вагітністю. При цьому найбільше зниження величини маркера на стадії прояву гестаційних ускладнень встановлено у жінок, що народили хворих дітей.

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

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

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

У I триместрі фізіологічної вагітності концентрація hsCRP ( $4,43 \pm 0,32$  мг/л) значно перевищувала рівень білка у невагітних жінок ( $1,27 \pm 0,15$  мг/л;  $p < 0,01$ ), вка-

зуючи на асоціативність процесів плацентації та запалення. Результати динамічного обстеження здорових вагітних виявили достовірне збільшення експресії hsCRP (до  $5,81 \pm 0,67$  мг/л у терміні 15–21 тиж;  $p < 0,05$ ). У кінці II триместру вагітності концентрація hsCRP становила  $5,73 \pm 0,56$  мг/л, у 29–35 тиж –  $5,42 \pm 0,87$  мг/л ( $p > 0,05$ ). При доношеній фізіологічній вагітності концентрація hsCRP збільшилась до  $6,67 \pm 0,73$  мг/л ( $p > 0,05$ ).

Аналіз динаміки сироваткової концентрації С-реактивного білка у пацієнок з гестаційними ускладненнями свідчив про формування більш вираженої запальної відповіді на ранніх етапах гестаційного процесу. У I триместрі вагітності концентрація білка становила  $5,85 \pm 0,63$  мг/л у жінок з несприятливими перинатальними наслідками і  $6,26 \pm 0,77$  мг/л у пацієнок з ускладненим перебігом вагітності, що народили здорових дітей, достовірно перевищуючи показник жінок із фізіологічною вагітністю ( $4,42 \pm 0,3$  мг/л;  $p < 0,05$ ). У III триместрі вагітності запальна відповідь була значно більш інтенсивною у пацієнок з несприятливими наслідками вагітності для плода ( $8,78 \pm 0,99$  мг/л і  $5,42 \pm 0,86$  мг/л;  $p < 0,05$ ), але при доношеній вагітності зміни у рівні С-реактивного білка у жінок порівнюваних груп були недостовірними у зв'язку з наявністю як дуже високих ( $30,5$  г/л), так і низьких значень маркера ( $2$  мг/л). Результати дослідження свідчать, що даний факт обумовлений характером гестаційних ускладнень, і найбільш високі показники були зареєстровані у вагітних з прееклампсією.

У жінок з наступним розвитком прееклампсії вже в I триместрі було зареєстровано достовірно більш високу експресію hsCRP ( $7,88 \pm 0,82$  мг/л), ніж при фізіологічній вагітності ( $4,43 \pm 0,32$  мг/л;  $p < 0,01$ ), і відзначено прогресуюче збільшення концентрації білка: при термінах вагітності 29–35 тиж концентрація hsCRP становила  $10,07 \pm 1,13$  мг/л ( $p < 0,01$ ), при доношеній вагітності –  $12,97 \pm 2,09$  ( $p < 0,05$ ).

Сучасні уявлення про патофізіологію гестозу припускають також формування ендогенної інтоксикації як важливого компоненту патогенезу [7]. Наші дослідження рівня середньо-молекулярних пептидів (молекул середніх мас – МСМ) продемонстрували, що при фізіологічній вагітності параметри ендогенної інтоксикації не знають суттєвих змін навіть до її завершення. Водночас у вагітних прееклампсією латентний ноток сикоз виявлявся з початку II триместра.

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

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

## Шкала оцінки ризику розвитку гестаційних ускладнень

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

Примітки: 1 - відносний ризик (BP); 2 - відношення шансів (ВШ); 3 - відношення правдоподібне (ВП)

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

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

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

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

## ВИСНОВКИ

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

### Современные аспекты ранней диагностики повторных гестационных осложнений Д.А. Говсеев

**Цель исследования:** повышение эффективности прогнозирования повторных осложнений гестации у женщин с высоким перинатальным риском на основе использования современных информативных маркеров.

**Материалы и методы.** Исследования носили поэтапный характер: на I этапе было обследовано 150 женщин с различной степенью перинатального риска; на II этапе – 50 женщин с осложнениями при предыдущей беременности. В комплекс проведенных исследований были включены клинические, эхографические, доплерометрические, кардиотокографические, лабораторные.

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

**Заключение.** Использование предлагаемой методики прогнозирования позволит снизить частоту повторных осложнений беременности.

**Ключевые слова:** беременность, повторные осложнения, перинатальный риск, прогнозирование.

### Modern aspects of early diagnostics of the repeated complications of gestation D.A. Govseev

**The objective:** rising of forecasting effectiveness of repeated complications of gestation at women with high perinatal risk on the basis of use of modern informative markers.

**Materials and methods.** Researches had stage-by-stage character: on I a stage 150 women with various degree of perinatal risk were surveyed; on II a stage – 50 women with complications at the previous pregnancy. In a complex of the conducted researches were included clinical, ehografical, dopplerometrical, cardiotocografical, laboratory.

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

**Conclusion.** Use of an offered technique of forecasting will allow to reduce the frequency of repeated complications of pregnancy.

**Key words:** pregnancy, repeated complications, perinatal risk, forecasting.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бабкина Т.М. (2014). Эхографические методы исследования в акушерстве и гинекологии : Клиническая медицина : 4 : 123-126.
2. Запорожан В.М. (2016). Акушерство і гінекологія : Київ: Здоров'я: 240.
3. Игитова М.Б. (2016). Прогнозирование и лечение беременных с высоким риском развития акушерских осложнений : Акушерство и гинекология : 3 : 43-51.
4. Минцер А.П. (2014). Статистические методы исследования диссертационных работ : Практическая медицина : 4 : 87-92.
5. Назаренко Г.И. (2016). Лабораторные методы исследования в клинической медицине : Москва : Медицина : 358.
6. Радзинский В.Е. (2016). Плацентарная недостаточность прогнозирования и ее коррекция : Акушерство и гинекология : 1 : 11-16.
7. Сердюк Г.В., Момот А.П., Воробьева Е.Н. (2016). Клинико-диагностическое значение С-реактивного белка и проангиогенных факторов роста как маркеров системного воспалительного ответа при беременности (обор литературы) : Клиническая лабораторная диагностика : 6 : 3-8.

УДК 618.39-055.28-084

## Особливості перебігу II триместра вагітності у жінок групи високого ризику

Д.В. Куфльовський

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

**Мета дослідження:** зниження частоти невиношування вагітності у II триместрі та перинатальної патології у жінок, які багато народжують, на підставі вивчення клініко-ехографічних, доплерометричних, ендокринологічних, біохімічних і мікробіологічних особливостей, а також шляхом розроблення та впровадження удосконаленого алгоритму лікувально-профілактичних заходів.

**Матеріали та методи.** На I етапі (ретроспективне дослідження) було проведено клініко-статистичний аналіз 146 історій пологів жінок, які багато народжують. На II етапі (проспективне дослідження) було обстежено 110 пацієнток, серед яких 60 вагітних, які багато народжують, поділені методом випадкового вибору на дві групи.

**Результати.** Ефективність удосконаленого нами алгоритму полягає у суттєвому зниженні у жінок, які багато народжують, частоти гестаційної анемії (у 2,5 разу), загрози передчасних пологів (у 4,6 разу), плацентарної дисфункції (у 2,3 разу), порушень мікробіоценозу статевих шляхів (у 2,2 разу), передчасних пологів (у 2 рази), передчасного розриву плодових оболонок (у 2,7 разу), затримки розвитку плода (у 2 рази), дистресу плода (у 3,1 разу), абдомінального розродження (у 2,8 разу) та реалізації інтраамніального інфікування (у 2,5 разу). Сумарна захворюваність новонароджених у ранній неонатальний період знизилась у 2,5 разу, а перинатальні втрати були відсутні.

**Заключення.** Використання удосконаленого алгоритму необхідно використовувати у лікувальних закладах усіх рівнів у жінок, які багато народжують.

**Ключові слова:** II триместр, група високого ризику.

Загальновідомим є той факт, що жінки після третіх пологів входять до групи високого ризику щодо розвитку різноманітних ускладнень вагітності і пологів [1–3]. Серед основних причин такої ситуації виділяють:

- високий рівень супутньої екстрагенітальної патології,
- незадовільний економічний стан,
- психоемоційне напруження тощо [4–6].

Незважаючи на наявні в сучасній літературі публікації щодо проблеми вагітності і пологів у жінок, які багато народжують, не можна вважати всі питання цілком вирішеними.



Так, на наш погляд, однією з найменш вирішених задач даного наукового напрямку є невиношування у цих вагітних. Це обумовлено, з одного боку, високим рівнем передчасних пологів, а з іншого – відсутністю конкретних практичних рекомендацій щодо даного питання.

На сьогодні у світі пріоритетним напрямком вважають прогнозування та профілактику передчасних пологів, припускаючи, що краще попередити народження недоношеної дитини, ніж боротися з наслідками. Особливі сподівання покладають на виявлення факторів ризику спонтанних передчасних пологів та розроблення ефективних заходів профілактики [1–7].

Одним із достовірних та об'єктивних факторів ризику передчасних пологів є неспроможність шийки матки. Цей фактор ризику можна запідозрити ретроспективно, спираючись на дані анамнезу, але також можна виявити під час вагітності та спостерігати в динаміці за допомогою трансвагінальної соноцервікометрії. Істміко-цервікальна недостатність (ІЦН) є однією з головних причин переривання вагітності в II та III триместрах. За даними провідних фахівців, своєчасна діагностика й адекватне лікування ІЦН є важливим засобом профілактики передчасних пологів. Але згідно з аналізом даних літератури щодо сучасних поглядів на діагностику та лікування цієї патології слід відзначити, що вони поодинокі та суперечливі [1, 6, 7].

Зазначене вище свідчить про необхідність удосконалення методів доклінічної діагностики та лікування ІЦН під час вагітності у жінок, які багато народжують. Усе це свідчить про актуальність досліджуваного наукового питання в рішенні проблеми зниження акушерської та перинатальної патології у жінок, які багато народжують.

**Мета дослідження:** зниження частоти невиношування вагітності у II триместрі та перинатальної патології у жінок, які багато народжують, на підставі вивчення клініко-ехографічних, доплерометричних, ендокринологічних, біохімічних і мікробіологічних особливостей, а також шляхом розроблення та впровадження удосконаленого алгоритму лікувально-профілактичних заходів.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети і завдань дослідження було проведено у два етапи.

I етап (ретроспективне дослідження) – проведено клініко-статистичний аналіз 146 історій пологів жінок, які багато народжують, з передчасними пологами в анамнезі. Кількість пологів за період дослідження становила 6428, частота передчасних пологів у жінок, які багато народжують, становила 925 (14,4%) пологів.

II етап (проспективне дослідження) – обстежено 110 пацієнток, серед яких 60 вагітних з ІЦН, які багато народжують, розподілених методом випадкового вибору на дві групи:

1-а група (основна) – 30 вагітних, які багато народжують, з передчасними пологами в анамнезі, у яких під час вагітності використовували удосконалений нами алгоритм лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на профілактику невиношування вагітності;

2-а група (порівняння) – 30 вагітних, які багато народжують, з передчасними пологами в анамнезі, що одержували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи.

До контрольної групи (КГ) увійшли 50 здорових вагітних без передчасних пологів в анамнезі.

Усім вагітним було проведено комплексне клінічне обстеження з урахуванням скарг, даних анамнезу, об'єктивних та додаткових методів обстеження. У дане дослідження не були включені вагітні, в яких на період обстеження було виявлено специфічну уrogenітальну інфекцію (трихомоніаз, хламідіоз, загострення вірусної інфекції).

Методи, які були використані для обстеження вагітних, є безпечними для матері і плода, достатньо інформативними для об'єктивного оцінювання функціонального стану різних систем і систем материнсько-плодового комплексу. Обстеження усіх вагітних проведено за однаковими методиками та з використанням одних і тих самих апаратів, що виключає вплив можливої помилки, характерної для будь-якого неінвазивного методу дослідження, на достовірність результатів обстеження.

Загальноприйняте ведення жінок під час вагітності здійснювалось відповідно до рекомендацій та наказів МОЗ України (№ 417 від 15.07.2011 р. «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні», № 906 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Перинатальні інфекції»» від 27.12.2006 р. та № 624 від 03.11.2008 р. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерства та гінекології «Передчасні пологи».

Для терапії у вагітних 2-ї групи нами були застосовані загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи згідно з протоколами МОЗ України, що включали в себе гормональну корекцію, вітамінотерапію, антиоксиданти, спазмолітики та антиагреганти, застосування седативних препаратів, препаратів токолітичної дії, вазоактивних препаратів та, за показаннями, антибактеріальних та противірусних препаратів [6].

Удосконалений нами алгоритм включає наступні моменти:

1. Трансвагінальна цервікометрія 18–22 тиж вагітності для обчислення істміко-цервікального коефіцієнта та істміко-перешийкового коефіцієнта (при ІЦК>0,22 та ІПК>1,6 встановлюється діагноз ІЦН).
2. Застосування акушерського розвантажувального песарію.
3. Використання медикаментозної корекції:
  - мікронізований прогестерон (200 мг/добу до 37 тиж вагітності);
  - комплексний препарат: заліза гідроксид полімальтозат (100 мг) + фолієва кислота (0,35 мг) по 1 таблетці 2 рази на добу до нормалізації показників гемоглобіну, а потім по 1 таблетці 1 раз на добу до пологів;
  - від моменту встановлення песарію – пробіотики (по 1 вагінальній капсулі 1 раз на добу 10 днів);
  - L – аргінін (500 мг протягом 10 днів).

Курс запропонованої методики становив 7–10 днів у терміни 22–24 та 32–34 тиж гестації вагітним 1-ї групи. Терміни було обрано з урахуванням особливостей ембріон- і плацентогенезу, етапів формування ФПК та загальноприйнятих критичних періодів гестації. Тривалість і якість проведення лікувально-профілактичних заходів залежала від результатів додаткових методів дослідження, які динамічно використовувалися після 20 тиж вагітності.

До неоперативних методів лікування ПЦН відносять застосування різних вагінальних песарій: вагітній проводять УЗД (трансвагінальну цервікометрію), визначають стан шийки матки та вимірюють її анатомічні параметри – довжину каналу шийки матки, діаметр внутрішнього вічка матки, довжину перешийка матки. На підставі цих показників обчислюють істміко-цервікальний коефіцієнт (ІЦК) та істміко-перешийковий коефіцієнт (ІПК), також при значеннях ІЦК більше 0,22 та ІПК більше 1,6 встановлюють наявність ПЦН і застосовують акушерський розвантажувальний песарій для пролонгування вагітності.

Акушерський розвантажувальний песарій застосовується з метою пролонгування вагітності. Показаннями до застосування акушерського песарія є:

- функціональна і органічна ПЦН;
- профілактика ПЦН у вагітних;
- профілактика неспроможності шва при хірургічній корекції ПЦН.

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

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними факторами ризику розвитку передчасних пологів (у 82,9% у терміні 24–32 тиж) у жінок, які багато народжують, є:

- інфекційні захворювання сечостатевої системи (26,0%);
- бактеріальний вагіноз (49,3%);
- поєднана екстрагенітальна патологія (76,1%);
- раннє становлення менструальної функції (90,4%);
- ранній початок статевого життя (89,4%);
- відсутність контрацепції (96,6%).

Вагітність та пологи у жінок, які багато народжують, перебігають з високою частотою різних ускладнень:

- загроза переривання вагітності у ранні терміни (60,0%;  $p < 0,05$ ),
- бактеріальний вагіноз (48,3%),
- гестаційна анемія (58,6%),
- загроза передчасних пологів (58,6%),
- істміко-цервікальна недостатність (51,7%),
- плацентарна дисфункція (37,9%),
- затримка розвитку плода (20,7%),
- передчасний розрив плодових оболонок (44,8%),
- передчасні пологи (20,7%), що обумовлює високу частоту кесарева розтину (27,6%).

Перинатальні наслідки розродження у жінок, які багато народжують, характеризуються достовірно високим рівнем середньо-тяжких форм асфіксії новонародженого (31,0%) та постгіпоксичної енцефалопатії (31,0%), що обумовлює високу частоту перинатальних втрат – 30,0%.

Функціональний стан фетоплацентарного комплексу у жінок, які багато народжують, характеризується достовірним збільшенням рівня кортизолу ( $p < 0,01$ ),

зниженням вмісту прогестерону ( $p < 0,05$ ), плацентарного лактогену ( $p < 0,05$ ) і естріолу ( $p < 0,01$ ), а також підвищенням плацентарного індексу ПІ у маткових ( $p < 0,05$ ) та мозкових артеріях ( $p < 0,05$ ), достовірне збільшення швидкості кровотоку у венозній протоці ( $p < 0,05$ ) та достовірним зниженням плацентарного коефіцієнту ( $p < 0,05$ ).

Особливості загального гомеостазу у жінок, які багато народжують, полягають у достовірному збільшенні вмісту  $\beta$ -ліпопротеїдів ( $p < 0,05$ ); тригліцеридів ( $p < 0,05$ ) та лужної фосфатази ( $p < 0,05$ ), що є маркером наявності порушень ліпідного обміну і негативно впливає на формування та функціонування фетоплацентарного комплексу.

Під час оцінювання мікробіологічного статусу у жінок, які багато народжують, були виявлені дисбіотичні зміни, особливо перед розродженням у формі низької частоти нормоценозу (17,4%) та проміжного типу (4,3%) на тлі зростання рівня неспецифічного вагініту (21,7%) та бактеріального вагінозу (56,6%).

### ВИСНОВКИ

Ефективність удосконаленого нами алгоритму полягає у суттєвому зниженні у жінок, які багато народжують, частоти гестаційної анемії (у 2,5 разу), загрози передчасних пологів (у 4,6 разу), плацентарної дисфункції (у 2,3 разу), порушень мікробіоценозу статевих шляхів (у 2,2 разу), передчасних пологів (у 2 рази), передчасного розриву плодових оболонок (у 2,7 разу), затримки розвитку плода (у 2 разу), дистресу плода (у 3,1 разу), абдомінального розродження (у 2,8 разу) та реалізації інтраамніального інфікування (у 2,5 разу). Сумарна захворюваність новонароджених у ранній неонатальний період знизилася в 2,5 разу, а перинатальні втрати були відсутні.

### Особенности течения II триместра беременности у женщин группы высокого риска Д.В. Куфловский

**Цель исследования:** снижение частоты невынашивания беременности во II триместре и перинатальной патологии у многоплодных женщин на основе изучения клинико-эхографических, доплерометрических, эндокринологических, биохимических и микробиологических особенностей, а также путем разработки и внедрения усовершенствованного алгоритма лечебно-профилактических мероприятий.

**Материалы и методы.** На I этапе (ретроспективное исследование) был проведен клинико-статистический анализ 146 историй родов у многоплодных женщин. На II этапе (проспективное исследование) было обследовано 110 пациенток, среди которых 60 многоплодных женщин, которые были разделены на две группы.

**Результаты.** Эффективность усовершенствованного нами алгоритма состоит в существенном снижении у многоплодных женщин частоты гестационной анемии (в 2,5 раза), угрозы преждевременных родов (в 4,6 раза), плацентарной дисфункции (в 2,3 раза), нарушений микробиоценоза половых путей (в 2,2 раза), преждевременных родов (в 2 раза), преждевременного разрыва плодовых оболочек (в 2,7 раза), задержки развития плода (в 2 раза), дистресса плода (в 3,1 раза), абдомінального родоразрешения (в 2,8 раза) и реали-

заци інтраамніального інфіцирования (в 2,5 раза). Суммарная захворюваність новонароджених в ранній неонатальний період знизилась в 2,5 раза, а перинатальні втрати відсутствовали.

**Заключення.** Использование усовершенствованного алгоритма необходимо применять у многоплодных женщин в лечебных учреждениях всех уровней.

**Ключевые слова:** II триместр беременности, группа высокого риска.

### The women of group of high risk have features of motion to II trimester of pregnancy D.V. Kuflevskiy

**The objective:** depression of frequency of not incubation of pregnancy in the II trimester and perinatal pathology at multiborn women on the basis of studying clinical-ekhografical, dopplerometrical, endocrinological, biochemical and microbiological features, and also by development and deployment of advanced algorithm of treatment-and-prophylactic actions.

**Materials and methods.** I a stage (retrospective research) – is carried out clinic – the statistical analysis of 146 stories of labors at multiborn women. II a stage (prospective research) – 110 patients, among which 60 multiborn women who were divided into two groups are surveyed.

**Results.** Efficiency of the algorithm improved by us consists in essential depression at multiborn women of frequency of gestational anemia (by 2,5 times), threats of premature births (by 4,6 times), placental dysfunction (by 2,3 times), disturbances of microbiocenosis of sexual ways (by 2,2 times), premature births (twice), premature rupture of born covers (by 2,7 times), fetus arrests of development (by 2,0 times), a fetus distress (by 3,1 times), an abdominal delivery (by 2,8 times) and realization of an intraamnially becoming infected (by 2,5 times). The cooperative case rate of newborns in the early neonatal period decreased by 2,5 times, and perinatal losses were absent.

**Conclusion.** use of advanced algorithm needs to be applied at multiborn women in medical institutions of all levels.

**Key words:** II trimester of pregnancy, group of high risk.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Белази Н., 2016. Порівняльні аспекти акушерської та перинатальної патології у жінок, які повторно і багато народжують // Галицький лікарський вісник: 1: 90–91.
2. Закиров И.З., 2018. Течение и исход беременности и родов у многоплодных женщин // Акушерство и гинекология: 3: 31–34.
3. Мухитдинова Т.К., 2017. Значение гемостазиологического скрининга у беременных, рожениц и родильниц в условиях Узбекистана // Физиология и патология гемостаза, Ташкент: 212.
4. Петров А.М., 2014. Клиника и патогенез нарушений сократительной деятельности матки у многоплодных женщин // Сборник научных трудов, посвященных 25-летию ИОЗМР АМН Туркменистана., Ашгабат: 27–35.
5. Радзинский В.Е., 2018. Проблемы материнской смертности в мировой перспективе // Вестник акушера-гинеколога: 2: 5–10.
6. Хамидов М.Х., 2017. Исход беременности и родов для плода и новорожденного у перво-, повторно- и многоплодных женщин // Акушерство и гинекология: 7: 44–46.
7. Hammad A.E., 2018. Women and health security //Wld Hlth Statist. Quart.: 49: 2: 74-77.

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

## Особливості плацентарної дисфункції у жінок після консервативно-пластичних операцій на матці

С.Л. Чирва

Сумський державний медичний університет МОН України

**Мета дослідження:** аналіз порівняльних аспектів плацентарної дисфункції (ПД) 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.** Проведена комплексна оцінка стану фетоплацентарного комплексу у 50 жінок з рубцем на матці після кесарева розтину (1-а група) і у 50 жінок після консервативної міомектомії з приводу лейоміоми матки, виконаної до настання даної вагітності (2-а група). До контрольної групи увійшли 50 первородящих без акушерської і соматичної патології, розроджених через природні пологові шляхи.

**Результати.** Частота повторного абдомінального розродження у жінок у рубцем на матці після кесарева розтину становить 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 і 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%).

**Заключення.** 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.

**Ключові слова:** плацентарна дисфункція, консервативно-пластичні операції на матці.

Проблема плацентарної дисфункції (ПД) є однією з найбільш важливих в 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].

До особливої групи ризику щодо розвитку ПД входять жінки з рубцем на матці після кесарева розтину і консервативної міомектомії [4, 6]. Останніми роками у структурі показань до операції кесарева розтину збільшується 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 число консервативної міомектомії у жінок репродуктивного віку, у тому числі і з безпліддям [2].

Водночас у вагітних 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 значне число 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 стало для нас основою до проведення справжнього наукового дослідження, що дозволяє вирішити важливе наукове завдання сучасного акушерства.

**Мета дослідження:** аналіз порівняльних аспектів ПД 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 і 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. Проведено комплексне оцінювання стану фетоплацентарного комплексу у 50 жінок з рубцем на матці після кесарева розтину (1-а група) і у 50 жінок після консервативної міомектомії з приводу лейоміоми матки, виконаної до настання даної вагітності (2-а група). До контрольної групи увійшли 50 первородящих 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 під час пологів та особливості перебігу післяпологового періоду.

Під час виконання роботи проводили:

- загальноклінічне обстеження;
- клініко-лабораторні методи діагностики (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові);

- функціональний стан фетоплацентарного комплексу (УЗД, доплерометрія, оцінювання 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 замерла, частіше мала місце 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 виявлено, що частіше виникає загроза невиношування (22,0% проти 14,0%) та ПД (40,0% проти 18,0%).

Дисгормональні та дисметаболичні порушення починаються у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину з 28 тиж вагітності та характеризуються достовірним зменшенням ( $p < 0,05$ ) рівнів естріолу (Е3), прогестерону (ПГ), плацентарного лактогену (ПЛ), хоріонічного гонадотропіну (ХГ) та специфічного білка плаценти (SP1) при одночасному підвищенні ( $p < 0,05$ ) концентрації кортизолу (К),  $\alpha$ -фетопротейну ( $\alpha$ -ФП), плацентарного альфа-1-мікроглобуліну (ПАМГ) і альфа-2-мікроглобуліну фертильності (АМГФ). У жінок з рубцем на матці після консервативної міомектомії тільки напередодні розродження достовірно знижується ( $p < 0,05$ ) рівень Е3, а решти показників – без достовірних змін ( $p > 0,05$ ).

Дисбаланс системного імунітету та цитокинового статусу спостерігається 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, ІЛ-4 та ІФН- $\gamma$  при одночасному збільшенні ( $p < 0,05$ ) концентрації рівня CD8+, CD23+, ІЛ-1, ІЛ-2, ІЛ-10 та ФП- $\alpha$ .

Частота повторного абдомінального розродження у жінок у рубцем на матці після кесарева розтину становить 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%, в структурі показань частіше зустрічаються ПД (50,0%), аномалії пологової діяльності (20,0%), тазове передлежання крупного плода (20,0%) та відмова від вагінальних пологів на тлі тривалого безпліддя та використання ДРТ (20,0%).

Перинатальні наслідки розродження жінок з рубцем на матці залежать від причин його наявності. У дітей, народжених від жінок після повторного кесарева роз-

тину, 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-го тижня 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 пологі 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 пологі шляхи, але тільки в тих випадках, коли це дозволяє стан рубця на матці та функціональний стан фетоплацентарного комплексу.

### Особенности плацентарной дисфункции у женщин после консервативно-пластических операций на матке С.Л. Чирва

**Цель исследования:** анализ сравнительных аспектов плацентарной дисфункции (ПД) у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения и консервативной миомэктомии на основе оценки клинико-лабораторных, гормональных, функциональных и морфологических особенностей формирования и функционального состояния фетоплацентарного комплекса. **Материалы и методы.** Проведена комплексная оценка состояния фетоплацентарного комплекса у 50 женщин с рубцом на матке после кесарева сечения (1-я группа) и у 50 жен-

щин после консервативной миомэктомии по поводу миомы матки, выполненной до наступления данной беременности (2-я группа). В контрольную группу вошли 50 первородящих без акушерской и соматической патологии, родоразрешенных через естественные родовые пути.

**Результаты.** Частота повторного абдоминального родоразрешения у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения составила 80,0%, а в структуре показаний преобладали ПД (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 ПД (50,0%), аномалии родовой деятельности (20,0%), тазовое предлежание крупного плода (20,0%) и отказ от влагалищных родов на фоне длительного бесплодия и использования 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%), отечного 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%).

**Заключение.** Для улучшения перинатальных исходов родоразрешения женщин с рубцом на матке необходимо использовать индивидуальный подход с использованием возможностей родоразрешения женщин через естественные родовые пути, но только в тех случаях, когда это позволяет состояние рубца на матке и функциональное состояние фетоплацентарного комплекса.

**Ключевые слова:** плацентарная дисфункция, консервативно-пластические операции на матке.

### Placental dysfunction at women after conservative-plastic operations on an uterus S.L. Chirva

**The objective:** to study comparative aspects of placental dysfunction at women with hem on uterus after Cesarean section and conservative myomectomy on the basis of an estimation of clinical-laboratory, hormonal, functional and morphological features of formation and functional condition fetoplacental complex.

**Materials and methods.** The complex estimation condition of fetoplacental complex at 50 women with hem on uterus after Cesarean section (1 group) and at 50 women after conservative myomectomy, concerning a myoma of the uterus executed before given pregnancy (2 group) is spent. Control group have made 50 first-labours women without obstetrical and somatic pathology, with natural delivery.

**Results.** 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-ehographical 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%). Perinatalne 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%).

**Conclusion.** To improve the perinatal effects of the delivery of women with scar on the uterus, it is necessary to use an individual approach using the possibility of giving birth to women through the natural birth canal, but only when it allows the condition of the scar on the uterus and the functional state of the fetoplacental complex.

**Key words:** *placental dysfunction, conservative-plastic operations on an uterus.*

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Венцківський Б.М., 2013. Стан імунного та гормонального статусу фетоплацентарного комплексу при недоношуванні вагітності. Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 3: 40-43.
2. Дубоссарская З.М., Мазорчук Б.Ф., 2016. Актуальные проблемы бесплодного брака. Винница: ВНМУ: 20-23.
3. Радзинский В.Е. 2018. Плацентарная недостаточность у женщин с рубцом на матке. Акушерство и гинекология: 1: 11-16.
4. Сидорова И.С., Макаров И.О., 2017. Фетоплацентарная недостаточность. Клинико-диагностические аспекты. М.: Знание: 126.
5. Чайка В.К., 2013. Основы репродуктивной медицины: практическое руководство. Донецк: Альматео: 275-321.
6. Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М., 2018. Современные аспекты операций кесарьского сечения (обзорная информация). М: 64.
7. Bogatti P. 2018. Feto-placental haemodynamics in growth retardation: A pulsed Doppler study. Europ. J. Obstet. Gynecol.:31:3:213-219.

УДК 618.17/5:618.19-006.03-007.17-097

## Роль порушень імунного гомеостазу в генезі доброякісної дисплазії грудних залоз у жінок репродуктивного віку

**С.Є. Гладенко**

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

**Мета дослідження:** аналіз сучасних імунологічних аспектів доброякісної дисплазії грудних залоз (ДДГЗ) у жінок репродуктивного віку.

**Матеріали та методи.** Обстежено 90 пацієнток у віці від 22 до 45 років, яких було розподілено на три групи по 30 жінок: 1-а група (група контролю) – жінки без патології в грудних залозах, 2-а група – пацієнтки з дифузною формою ДДГЗ, 3-я група – пацієнтки з вузловою формою ДДГЗ. До комплексу проведених досліджень було включено клінічні імунологічні та статистичні методи.

**Результати.** Результати проведених досліджень свідчать, що до чинників ризику розвитку ДДГЗ належать: наявність хронічних екстрагенітальних захворювань, паління, раннє менархе, порушення менструального циклу, міоми матки і аденоміозу, штучне або мимовільне переривання вагітності. Проведене нами дослідження продемонструвало, що імунологічні детермінанти відіграють істотну роль і є чинниками ризику і ініціальною ланкою патогенезу доброякісної патології грудних залоз.

**Заключення.** Отримані результати слід враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** *доброякісна дисплазія грудних залоз, клініка, імунологія.*

Проблема жіночого здоров'я включає широкий спектр вивчення самих різних сторін життя жінки – психологічного й ендокринного статусу, стан статевих органів, грудних залоз (ГЗ) [1–3].

В умовах сьогодення спостерігається підвищений інтерес щодо вивчення різних аспектів розвитку патології ГЗ, обумовлений зростанням частоти доброякісних і злоякісних захворювань даної локалізації. Доброякісні дисплазії грудних залоз (ДДГЗ) є лідерами по частоті виникнення і спостерігаються у 20–80% жінок репродуктивного віку [4–5].

За даними різних авторів [1–7], до 92% жінок репродуктивного віку страждають на дисплазію ГЗ. Не дивлячись на те, що дисгормональна природа захворювань МЗ не викликає сумнівів, дані світової літератури про патогенез різні. Зокрема існують інші думки про чинники, що сприяють розвитку мастопатії: порушення процесів апоптозу, дисбаланс імунної системи, стан рецепторного апарату тощо [1–7].

Водночас захворювання ГЗ часто спостерігаються у жінок з овуляторними циклами і непорушеною репродуктивною функцією. В даному випадку вирішальну роль у виникненні патології ГЗ відіграє не абсолютна величина гормонів у плазмі крові, а стан рецепторів статевих стероїдів у тканині залози, оскільки стан рецепторного апарату визначає виникнення патологічного процесу [4, 5].

Протягом багатолітніх досліджень визначена структура гінекологічної захворюваності жінок із ДДГЗ, виділені чинники ризику розвитку гіперпластичних процесів ГЗ, встановлений характер змін у ГЗ у жінок з різними гінекологічними захворюваннями [1, 3, 6]. Однак на сучасному етапі недостатньо вивчені саме імунологічні аспекти ДДГЗ.

**Мета дослідження:** аналіз сучасних імунологічних аспектів ДДГЗ у жінок репродуктивного віку.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети обстежено 90 пацієнок у віці від 22 до 45 років, яких було розподілено на три групи по 30 жінок:

1-а група – група контролю – жінки без патології в ГЗ

2-а група – пацієнтки з дифузною формою ДДГЗ

3-я група – пацієнтки з вузловою формою ДДГЗ.

Критеріями включення в 1-у групу були відсутність скарг, відсутність клінічних проявів, відсутність патологічного процесу при клінічному обстеженні. Критеріями включення у 2-у і 3-ю групи були: наявність скарг на болі, ущільнення в ГЗ, виділення із сосків; пацієнтки без клінічних проявів, при обстеженні яких виявилися патологічні зміни в ГЗ. Усіх пацієнок було обстежено за спеціально розробленою програмою.

Проводили вивчення гінекологічного і мамологічного статусу – єдиний скринінг клініко-ендокринологічних та ехографічних показників.

З метою вивчення сироваткової імунореактивності було застосовано метод «ЕЛІ-П-Тест» (ELISA-detected Probably of pathology), заснований на стандартному імуноферментному аналізі, на визначенні вмісту ембріотропних антитіл в крові жінок.

Згідно із сучасним підходом, границі «нормальної імунореактивності» знаходяться у межах від -15% до +40% оптичної щільності від сироватки-еталону (класифікаційна група К1). Вміст ембріональних антитіл (e-АТ) у даному діапазоні є оптимальним. Для оцінювання отриманих результатів застосовували ранжирування. В разі, якщо інтенсивність реакції досліджуваної сироватки з будь-яким з чотирьох білків-антигенів виходить за межі групи:

К1, але становить не менше -25% і не більш +65% щодо реакції сироватки-еталону, дану сироватку відносять до класифікаційної групи К2 (слабкі відхилення);

К1 і К2, але становить не менше -45% і не більш +100% щодо реакції сироватки-еталону, дану сироватку відносять до класифікаційної групи К3 (помірні відхилення);

К1, К2 і К3, але становить не менше -65% і не більш +150% щодо реакції сироватки-еталону, дану сироватку відносять до класифікаційної групи К4 (значні відхилення);

К1, К2, К3 і К4, але складає не менше -75% і не більш +200% відносно до реакції сироватки-еталону, дану сироватку відносять до класифікаційної групи К5 (різкі відхилення);

К1, К2, К3, К4 і К5, сироватку відносять до класифікаційної групи К6 («ексквізитні відхилення», згідно із класифікацією).

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Порівняльний аналіз багаточисельних клініко-анамнестичних даних пацієнок з ДДГЗ виявив наступні особливості.

Вік пацієнок з ДДГЗ в 86,7% випадків доводиться на пізній репродуктивний період. Більшість обстежених жінок входили у вікову категорію 41–45 років. Вік жінок з дифузною формою ДДГЗ вище за такий у пацієнок з вузовими формами ДДГЗ (на  $2,1 \pm 0,2$  року).

Висока частота екстрагенітальної патології у всіх групах свідчить про низький індекс здоров'я пацієнок. При аналізі соматичного здоров'я обстежених виявлено, що кожна з обстежених пацієнок мала одне або декілька хронічних екстрагенітальних захворювань. Порушення жирового обміну спостерігалось більш ніж у половині досліджуваних (56,7%), 26,7% жінок страждали ожирінням, що свідчить про наявність у цих жінок відносно гіперестрогенії. У групі з вузловою формою ДДГЗ пацієнок з нормальною масою тіла спостерігалось в два рази більше, ніж в групі з дифузною формою ДДГЗ ( $p < 0,05$ ).

Більшість обстежуваних жінок мали в анамнезі хронічні захворювання печінки і травного тракту. У кожній п'ятій пацієнтки (20,0%) виявлено захворювання сечовивідних шляхів. У середньому, індекс соматичного здоров'я набагато вище у пацієнок групи контролю. Біля третини (30,0%) досліджуваних жінок палили. Більше інших палили пацієнтки з вузловою формою ДДГЗ. Можна передбачити, що хронічні екстрагенітальні захворювання і паління сприяють розвитку доброякісних дисплазій ГЗ.

Аналіз менструальної і генеративної функції засвідчив, що раннє менархе, порушення менструального циклу достовірно частіше спостерігалися у пацієнок у групі з дифузною формою ДДГЗ. Необхідно відзначити, що у пацієнок даної групи міома матки спостерігалася в 3 рази частіше, а гіперпластичні процеси ендометрія в 5 разів частіше, ніж у групі контролю. Отримані в результаті проведеного аналізу дані дозволяють проводити паралелі в патогенезі ДДГЗ, міоми матки і гіперпластичних процесів ендометрія.

Менше половини пацієнок групи контролю мали в анамнезі штучні переривання вагітності. У групах з наявністю ДДГЗ 2/3 пацієнтки мали в анамнезі один і більше абортів, що, можливо, несприятливо відбилося на стані ГЗ.

Аналіз методів контрацепції довів, що комбіновані оральні контрацептиви як контрацепція застосовували 6,7% пацієнок з ДДГЗ. У групі контролю цей показник був у 3 рази вище (23,3%).

Під час аналізу лактаційної функції було виявлено короткий час лактації або відсутність лактації більш, ніж в половині пацієнок з ДДГЗ.

Особливу увагу в дослідженні було приділено гінекологічному статусу пацієнок. У структурі гінекологічних захворювань домінували доброякісні захво-

рювання шийки матки, міома матки, аденоміоз, запальні захворювання органів малого таза. Ектопія шийки матки в анамнезі або під час обстеження була виявлена більш, ніж у половини пацієнок з ДДГЗ, що достовірно ( $p < 0,05$ ) частіше, ніж у пацієнок групи контролю. Міома матки і аденоміоз спостерігалися у 30,0% пацієнок з ДДГЗ, що в три рази частіше, ніж у пацієнок групи контролю. При вивченні гінекологічної захворюваності були виявлені сильні корелятивні залежності гіперпластичних процесів ендометрія від віку  $r = 0,95$  і захворювань шийки матки від запальних захворювань вульви і піхви  $r = 1,0$ .

Отже, до чинників ризику розвитку ДДГЗ належать:

- наявність хронічних екстрагенітальних захворювань,
- паління,
- раннє менархе,
- порушення менструального циклу,
- міоми матки,
- аденоміоз,
- штучне або мимовільне переривання вагітності.

За результатами ЕЛІ-П-тесту всіх пацієнок було розподілено на три групи: гіпореактивний аналіз крові, нормореактивний і гіперреактивний. Аналіз сироваткової реактивності показав, що порушення в імунологічному статусі були виявлені у переважної кількості пацієнок (80–91%); при цьому в більшості спостережень вміст ембріотропних аутоантитіл був знижений. Найбільш характерним для пацієнок з ДДГЗ були поєднані зміни у вмісті антитіл до білка S-100. Вміст антитіл до білка був знижений у 82% випадків, тобто у всіх гіпореактивних пацієнок.

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

У групі пацієнок з дифузною формою ДДГЗ нормореактивних пацієнок виявилось у два рази менше, ніж в інших групах (9,3%). Так само в цій групі виявилася найбільша кількість пацієнок з підвищеним рівнем ембріотропних аутоантитіл (11,6%). Аналіз ступеня відхилення показників рівня е-АТ показав, що найбільш сильні відхилення кількостей ембріотропних аутоантитіл спостерігаються у пацієнок з дифузною формою ДДГЗ. Діапазон значень рівня реакцій з білками АСВР 14/18, S-100 у випадках зниженої продукції е-АТ становив від -72% до -142%), і при підвищеній їх продукції коливався від +52% до +228%.

Серед пацієнок з вузловою формою ДДГЗ більшість з них мали знижений вміст Е-АТ (70,0% >). У цій групі відзначені часті поєднані зміни у вмісті антитіл, пацієнтки виявилися гіпореактивними до білка МР-65, АСВР 14/18, і гіперреактивними до білка S-100.

Гіпореактивний стан імунітету пояснюється підвищеним антитілоутворенням, що свідчить про персистенцію хронічної інфекції. У більшості пацієнок дуже високий коефіцієнт гінекологічної захворюваності (1,8), а індекс соматичного здо-

ров'я низький навіть у групі контролю. Пацієнтки групи контролю достовірно частіше, ніж пацієнтки з вузловою формою ДДГЗ були нормореактивні, але і в цій групі у 62,5% пацієнок спостерігали знижену продукцію е-АТ.

Більшість жінок з гінекологічною патологією, належали до категорії гіпореактивних. У жінок з кістами яєчників у 100% була понижена продукція е-АТ. У розподілі інших гінекологічних захворювань достовірних відмінностей виявлено не було.

Проведений нами аналіз засвідчив, що розвиток будь-яких захворювань супроводжується стійкими змінами синтезу і розпаду молекулярних компонентів клітин тіла. Ці кількісні зміни молекулярного складу відбуваються в змінах сироваткового вмісту відповідних аутоантитіл. Для виявлення специфічних імунних змін, здатних впливати на діяльність клітин різних типів, що визначають функціональну активність різних органів і тканин, ми застосували методи групи ЕЛІ-П-Тест. У переважній більшості пацієнок з наявністю патології у ГЗ спостерігався гіпореактивний стан імунітету (73,9%), який пояснюється підвищеним антитілоутворенням, що свідчить про персистенцію хронічної інфекції і наявність хронічного захворювання. Нормореактивними виявилися лише кожна п'ята пацієнтка групи контролю і лише кожна десята пацієнтка групи з дифузною формою ДДГЗ. Проведене нами дослідження довело, що імунологічні детермінанти відіграють істотну роль і є чинниками ризику й ініціальною ланкою патогенезу ДДГЗ.

## ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що до чинників ризику розвитку доброякісної дисплазії грудних залоз (ДДГЗ) можна віднести наявність хронічних екстрагенітальних захворювань, куріння, раннє менархе, порушення менструального циклу, міоми матки і аденоміозу, штучного або мимовільного переривання вагітності. Проведене нами дослідження довело, що імунологічні детермінанти відіграють істотну роль і є чинниками ризику й ініціальною ланкою патогенезу ДДГЗ.

Отримані результати слід враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

## Роль порушень імунного гомеостазу в генезі доброкачественной дисплазии грудных желез у женщин репродуктивного возраста С.Е. Гладенко

**Цель исследования:** анализ современных иммунологических аспектов доброкачественной дисплазии грудных желез (ДДГЖ) у женщин репродуктивного возраста.

**Материалы и методы.** Обследованы 90 пациенток в возрасте от 22 до 45 лет, разделенных на три группы по 30 женщин: 1-я группа (группа контроля) – женщины без патологии в молочных железах, 2-я группа – пациентки с диффузной формой ДДГЖ, 3-я группа – пациентки с узловой формой ДДГЖ. В комплекс проведенных исследований были включены клинические, иммунологические и статистические методы.

**Результаты.** Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что к факторам риска развития ДДГЖ можно отнести наличие хронических экстрагенитальных заболеваний, курение, раннее менархе, нарушения менструального цикла, миомы матки и аденомиоза, искусственное или самопроизвольное прерывание беременности. Проведенное на-



ми исследование доказало, что иммунологические детерминанты играют существенную роль и являются факторами риска и инициальным звеном патогенеза доброкачественной патологии молочных желез.

**Заключение.** Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** доброкачественная дисплазия грудных желез, клиника, иммунология.

**Role of violations of immune of homeostasis is in genesis of good-quality dysplasia of mammary glands at women of reproductive age**

*S.E. Gladenko*

**The objective:** to study modern immunologic aspects of good-quality dysplasia of mammary glands at women of reproductive age.

**Materials and methods.** Were surveyed 90 patients aged from 22 till 45 years which are divided into 3 groups on 30 women: 1 group – group of control – the woman without pathology in mammary glands. The 2nd group included patients with diffuse form of good-quality dysplasia of mammary glands. The 3rd group was made by patients with a nodal form of a good-quality dysplasia of mammary glands. The complex the researches included clinical, immunologic and statistical methods.

**Results.** Results of the conducted researches testify that it is possible to refer existence of chronic extragenital diseases, smoking, an early menarche to risk factors of development of a good-quality dysplasia of mammary glands, disturbances of a menstrual cycle, hysteromyoma and an adenomyosis, an artificial or spontaneous abortion. The research conducted by us proved that immunologic determinants play an essential role and are risk factors and an initial link of pathogenesis of benign pathology of mammary glands.

**Conclusion.** The received results needs to be considered when developing algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** good-quality dysplasia of mammary glands, clinic, immunology.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Шурляк СО, Пирогова ВІ. 2018. Репродуктивне здоров'я і коморбідні стани. Аспекти діагностики, лікування і реабілітації. Львів: Простір-М: 224.
2. Hammad AE. 2016. Women and health security. Wld Hlth Statist. Quart. 49(2):74-7.
3. Вольф М. фон, Штуте П. 2017. Гинекологическая эндокринология и репродуктивная медицина, пер.с нем.под ред. ЕН Андреевой. М.: МЕДпресс-информ: 512.
4. Радзинский ВЕ. 2011. Репродуктивное здоровье: Учеб. пособие. М.: РУДН: 727.
5. Запорожан ВМ та ін. 2013. Акушерство та гінекологія: у 4-х т.: національний підручник. К.: ВСВ Медицина: 1032.
6. Корнацька АГ, Татарчук ТФ, Дубенко ОД. 2017.Безплідність та доброякісні захворювання молочної залози. Київ: 271.
7. Бабаева НА, Ашрафян ЛА, Антонова ИБ, Алешикова ОИ, Ивашина СВ. 2017. Роль гормональных нарушений в канцерогенезе опухолей женской репродуктивной системы. Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 1:76-82.

УДК 618.11-00571-036.82:001.8

## Реабілітація після апоплексії яєчника як профілактика невиношування вагітності

**Є.О. Козуб**

Сумський державний університет МОН України

**Мета дослідження:** науково обґрунтувати необхідність реабілітації жінок після апоплексії яєчника.

**Матеріали та методи.** Було вивчено 50 випадків апоплексії яєчника. Залежно від клінічного перебігу захворювання були сформовані дві групи: I група – 20 жінок з геморагічною формою та II група – 30 жінок з больовою формою. У комплексі проведених досліджень були включені гормональні, ехографічні, функціональні, морфологічні та статистичні методи.

**Результати.** Через 1 міс після апоплексії яєчника клінічних проявів у жінок не було виявлено. Проте дані додаткових методів дослідження виявили низку змін, які були присутні у пацієнок обох груп захворювання протягом всього менструального циклу: гормональний дисбаланс за типом гіперестрогенної ановуляції у I групі і дисфункції яєчників у II групі, високорезистентний кровотік в раніше ураженому яєчнику, загально-мозкові прояви функціонального характеру легкої міри, підвищені показники церебральної гемодинаміки. Усе зазначене вище стало основою для проведення комплексу реабілітаційної терапії.

**Заклучення.** Результати проведених досліджень свідчать, що всі жінки, що входять до групи ризику щодо виникнення апоплексії яєчника, повинні знаходитися на диспансерному обліку і не менше одного разу на рік проходити оцінювання гормонального профілю, церебральної гемодинаміки, ультразвукове дослідження органів малого таза з доплерометрією яєчникових артерій. Залежно від виявлених порушень необхідно призначати відповідну реабілітаційну терапію.

**Ключові слова:** апоплексія яєчника, реабілітація, невиношування вагітності.

Частота апоплексії яєчника (АЯ) у структурі ургентної гінекології посідає третє місце і коливається в межах від 9,4% до 17,1% [1, 2].

Якщо раніше під терміном АЯ розумівся розрив домінуючого фолікула, що характеризується больовим синдромом і кровотечею в черевну порожнину, то на сьогодні – це крововилив в яєчник, що супроводжується порушенням цілісності його тканини і у деяких випадках – кровотечею в черевну порожнину при розриві судин граафова пухирця, стромы яєчника, жовтого тіла, кісти жовтого тіла, фолікулярної кісти [3, 4].

Проте відомо, що і в нормальних умовах процес овуляції завжди супроводжується крововиливом у тканину яєчника і його залишки знаходять в кожному

яєчнику, а в 70% випадків центральне ядро жовтого тіла буває просочено кров'ю [5–7]. При цьому до кінця не зрозуміло: розцінювати апоплексію яєчника як норму або патологію.

Певні труднощі викликає і діагностика захворювання, що пояснюється відсутністю патогномонічних ознак для яєчникового крововиливу. Так, за даними низки авторів, АЯ припадає на частку до 85,7% оперативних втручань з приводу гострого апендициту, а в 30–50% випадків захворювання діагностується як позаматкова вагітність [1, 3].

У сучасній літературі практично не вивчені питання диспансерного спостереження і реабілітаційної терапії пацієнок, що перенесли АЯ. Водночас відомо, що травма яєчника призводить до глибоких розладів кровопостачання, іннервації органа і загибелі частини генеративних елементів [2, 4]. Так, за даними низки авторів [1–4] у 41,9% випадків після захворювання спостерігається безпліддя, яке обумовлене не лише травмою яєчника, але і виникненням спайкового процесу в органах малого таза в 99,8% випадках, а в 87% випадках формуються ретенційні кісти яєчника.

У більшості випадків автори вважають, що єдиним методом лікування будь-яких форм АЯ є вживання комбінованих оральних контрацептивів (КОК). Проте пригнічення функції яєчників не забезпечує повного одужання жінки і не запобігає рецидивуванню захворювання після відміни препарату, яке може досягати 40%, оскільки патогенетична ланка, причини, що призвели до захворювання, залишаються не з'ясованими [1–4].

Отже, важливе соціальне значення проблеми, а також тенденція до збільшення частоти АЯ і зростання ролі в структурі гінекологічної захворюваності визначило актуальність проблеми і послужило підставою для проведення справжнього дослідження.

**Мета дослідження:** науково обґрунтувати необхідність реабілітації жінок після АЯ.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було вивчено 50 випадків АЯ. Залежно від клінічного перебігу захворювання були сформовані дві групи:

I група – 20 жінок з геморагічною формою.

II група – 30 жінок з больовою формою.

З метою відбору пацієнок для дослідження були розроблені критерії включення в групи і критерії виключення.

*Критерії включення:*

- наявність АЯ;
- згода пацієнтки в клінічному дослідженні.

*Критерії виключення:*

- наявність позаматкової вагітності;
- підкрут кісти і кістами яєчника;
- некроз пухлини яєчника;
- відмова від участі у дослідженні.

У всіх випадках детально вивчений анамнез життя пацієнок, захворювання, дані об'єктивного і бімануального дослідження. До комплексу проведених

досліджень були включені гормональні, ехографічні, функціональні, морфологічні та статистичні.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що частота геморагічної форми АЯ становила 38,9% випадків, больової – 61,1%.

Незалежно від форми захворювання патологічний процес частіше локалізувався в правому яєчнику (64,0%), що пояснюється його анатомічною і фізіологічною особливістю: а.оvагіса відходить від аорти, велика кількість венозних судин, топографічна близькість апендикса.

Аналіз приналежності обстежених до вікових груп дозволив виявити, що до захворювання переважно були схильні жінки до 25 років (66,0%), що, на наш погляд, обумовлено недостатньою зрілістю структур, регулюючих статеву функцію.

Частота супутньої соматичної патології серед пацієнок склала 62,0%. При аналізі окремих нозологій було відзначено, що хворі I групи достовірно частіше зазначали на раніше перенесені захворювання сечовивідних шляхів (хронічний пієлонефрит, цистит) (pI-II <0,05), тоді як хворі II групи – хронічний тонзиліт (pI-II <0,05).

Крім того, було встановлено, що 32,0% обстежених з АЯ народили передчасно, 48,0% – різні оперативні втручання на органах малого таза, частіше при функціональних утвореннях яєчника і апендектомії, 28,0% – захворювання з групи інфекцій, які передаються статевим шляхом (ППСШ), з них в 70,0% випадків моно-і мікст-інфекція хламідіозу.

Статеве життя у віці 14–17 років розпочали 58,0% пацієнок, у 60,0% статевих партнерів було 5 і більше (pI-II >0,05).

Різні гінекологічні захворювання перенесли 78,0% жінок, серед яких домінували запальні процеси в придатках матки (44,0%) і функціональні утворення яєчників (28,0%) (pI-II >0,05).

Зазначені вище дані розцінені нами як найбільш значущі чинники ризику розвитку АЯ. Вони сприяють гормональній дезадаптації, патоморфологічним змінам в яєчниках, що є необхідною умовою для виникнення крововиливу в яєчник.

У 60,0% випадків обстежені відзначили початок захворювання після різної напруги організму: статевий акт (частіше в I групі, pI-II <0,05), фізичне навантаження, стрес. Проте, на наш погляд, згадані вище чинники не могли бути безпосередньою причиною крововиливу в яєчник, але діючи на фоні порушеної гормональної рівноваги, при анатомічних змінах в яєчнику у вигляді кісти жовтого тіла, дрібнокістозного переродження, персистуючого фолікула і за наявності склерозованих судин ведуть до кровонаповнення тазових органів, підвищенню тиску в судинах і викликають порушення їх цілісності.

У більшості випадків захворювання виникало в II фазу менструального циклу, у 22,0% – у перiovуляторний період. Переважання хворих саме в ці періоди обумовлене фізіологічним посиленням приливом крові до яєчника і підвищеною проникністю судин. У I фазу циклу захворіло лише 8,0% жінок, з достовірним переважанням останніх у II групі (pI-II <0,05).

Дослідження гормонального профілю пацієнок під час госпіталізації виявило, що в патогенезі даної патології певне місце має підвищена секреція гонадотропних

гормонів і пролактину. Проте нами були виявлені не лише високі концентрації гормонів центрального генезу, але й естрадіолу, що свідчить про наявність у пацієнток з апоплексією яєчника дисфункції в гіпоталамо-гіпофізарно-яєчниковій системі.

Клінічна картина крововиливу в яєчник складалася з больового синдрому (100%), який у I групі достовірно частіше ірадіював у пряму кишку і супроводжувався вегетосудинними розладами, обумовленими внутрішньочеревною кровотечею ( $pI-II < 0,05$ ), тоді як у II групі – підвищенням температури тіла ( $pI-II < 0,05$ ).

За даними УЗД органів малого таза у 80,0% жінок обох груп були виявлені ознаки АЯ і у 62,0% – вони характеризувалися наявністю в ураженому яєчнику рідинного включення гіпо- або анехогенної структури ( $22,5 \pm 3,6$  мм), в останніх – нечіткістю контурів ураженого яєчника і наявністю рідини довкола нього. Вільна рідина у задньому зведенні піхви була виявлена в 76,0% випадків з достовірним переважанням у I групі ( $pI-II < 0,05$ ).

Характер пунктата, отриманий під час кульдоцентезу, значною мірою виключив діагноз гострого апендициту і визначив тактику ведення хворої. Так, евакуація крові у пацієнток з геморагічною формою захворювання стала свідченням для їх хірургічного лікування в екстреному порядку (100%). Обстежені з больовою формою підлягали консервативній терапії: в 32,0% випадків пунктат не був отриманий, в 68,0% – отримана серозна, серозно-геморагічна рідина в різних об'ємах.

У I групі під час оперативних втручань було виявлено внутрішньочеревну кровотечу (100%) унаслідок розриву кісти жовтого тіла в 72,0% хворих, жовтого тіла – в 20,0%, фолікулярної кісти – в 8,0%.

У II групі під час оглядової лапароскопії було встановлено, що в 42,0% випадків апоплексія яєчника була обумовлена розривом домінантного фолікула, в 50,0% – крововиливом в кісту жовтого тіла, в 8,0% – фолікулярну кісту.

Отже, використання додаткових методів дослідження значною мірою сприяє встановленню правильного діагнозу. В більшості випадків причиною апоплексії яєчника є крововилив в кісту жовтого тіла та її розрив (64,0%), рідше – розрив домінантного фолікула (14,0%), жовтого тіла (14,0%), крововилив у фолікулярну кісту та її розрив (8,0%).

Дослідження гормонів крові у подальшому менструальному циклі після апоплексії яєчника виявило, що у пацієнток зберігається гормональна дисфункція в гіпоталамо-гіпофізарно-яєчниковій системі: ановуляторний менструальний цикл за типом гіперестрогенії в I групі, яєчникова дисфункція в II групі.

За даними УЗД органів малого таза патологічних змін не було виявлено. У ході проведення кольорового доплерівського картування було встановлено, що в обстежених жінок II групи у I фазу менструального циклу в раніше ураженому яєчнику фіксували підвищення індексу судинного опору. У II фазу циклу аналогічні зміни в раніше ураженому яєчнику були присутні у пацієнток обох груп захворювання, а також була виявлена понижена максимальна швидкість систоли артеріального кровотоку.

Аналіз ЕЕГ продемонстрував, що пацієнтки, що перенесли апоплексію яєчника, порівняно з жінками контрольної групи, мали загально-мозкові прояви легкого ступеня функціонального характеру (альфа-активність низького індексу, з нечіткою модуляцією або її відсутністю, згладження зональних відмінностей).

Церебральна гемодинаміка в обстежених пацієнток обох груп захворювання характеризувалася підвищеними параметрами реоенцефалограми (РЕГ) у I фазі менструального циклу і переважно підвищеним індексом пульсового кровонаповнення у II фазі циклу, а також утрудненим венозним відтоком у II групі.

Отже, через 1 міс після АЯ клінічних проявів у жінок не було виявлено. Проте дані додаткових методів дослідження виявили низку змін, які були присутні у пацієнток обох груп захворювання протягом усього менструального циклу:

- гормональний дисбаланс за типом гіперестрогенної ановуляції у I групі і дисфункції яєчників у II групі,
- високорезистентний кровотік у раніше ураженому яєчнику,
- загально-мозкові прояви функціонального характеру легкого ступеня,
- підвищені показники церебральної гемодинаміки.

Усе зазначене вище виявилось підставою для проведення комплексу реабілітаційної терапії.

## ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що всі жінки, які входять до групи ризику щодо виникнення апоплексії яєчника, повинні перебувати на диспансерному обліку і не менше одного разу в рік проходити визначення гормонального профілю, церебральної гемодинаміки, ультразвукової діагностики органів малого таза з доплерометрією яєчникових артерій.

Залежно від виявлених порушень необхідно призначати відповідну реабілітаційну терапію як профілактику невиношування вагітності у майбутньому.

## Реабилитация после апоплексии яичника как профилактика невынашивания беременности Е.А. Козуб

**Цель исследования:** научно обосновать необходимость реабилитации женщин после апоплексии яичника.

**Материалы и методы.** Было изучено 50 случаев апоплексии яичника. В зависимости от клинического течения заболевания были сформированы две группы: I группа – 20 женщин с геморагической формой и II группа – 30 женщин с болевой формой. В комплекс проведенных исследований были включены гормональные, эхографические, функциональные, морфологические и статистические.

**Результаты.** Спустя 1 месяц после апоплексии яичника клинических проявлений у женщин не было обнаружено. Однако данные дополнительных методов исследования выявили ряд изменений, которые присутствовали у пациенток обеих групп заболевания на протяжении всего менструального цикла: гормональный дисбаланс по типу гиперэстрогенной ановуляции в I группе и дисфункции яичников во II группе, високорезистентный кровоток в ранее пораженном яичнике, общемозговые проявления функционального характера легкой степени, повышенные показатели церебральной гемодинамики. Все вышперечисленное явилось основанием для проведения комплекса реабилитационной терапии.

**Заключение.** Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что все женщины, входящие в группу риска по возникновению апоплексии яичника, должны находиться на диспансерном учете и не менее одного раза в год проходить оценку гормонального профи-

ля, церебральной гемодинамики, ультразвуковое исследование органов малого таза с доплерометрией яичниковых артерий. В зависимости от выявленных нарушений необходимо назначать соответствующую терапию.

**Ключевые слова:** апоплексия яичника, реабилитация, невынашивание беременности.

### Rehabilitational therapy after ovary apoplexy – as prophylaxis of unmaturing of pregnancy.

**E.O. Kozub**

**The objective:** to present scientific justification of need of aftertreatment of women after ovary apoplexy.

**Materials and methods.** We studied 50 cases of an apoplexy of ovary. Depending on the clinical course of disease two groups were created: I – 20 women with hemorrhagic form and II – 30 women with painful form. In a complex of the conducted researches were included hormonal, echografical, functional, morphological and statistical.

**Results.** 1 month later after apoplexy of ovary of clinical implications at women it wasn't revealed. However the researches given of additional methods taped series of changes which were present at patients of both groups of disease throughout all menstrual cycle: a hormonal imbalance as hyperestrogenny anovulation in the I group and dysfunction of ovaries in II, a high-refractory blood flow in earlier struck ovary, all-cerebral implications of functional character of the mild degree, the raised indicators of a cerebral hemodynamic. All above-mentioned was the basis for carrying out complex of rehabilitational therapy.

**Conclusion.** Results of the conducted researches testify that all women entering into group of risk on emergence of apoplexy of an ovary, have to be on the dispensary account and not less once year passes an assessment of hormonal profile, cerebral hemodynamic, ultrasonic research of organs of small basin with dopplerometry the ovaries of arteries. Depending on the taped disturbances it is necessary to prescribe the corresponding therapy.

**Key words:** ovary apoplexy, aftertreatment, unmaturing of pregnancy.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Балакшина Н.Г., 2017. Факторы риска апоплексии яичника // Сибирский медицинский журнал: 4: 22: 45–48.
2. Кириллов А.В., 2016. Клинико-морфологические особенности различных форм апоплексии яичника // Бюллетень сибирской медицины: 1: 7: 76–79.
3. Кох Л.И., 2016. Особенности эхографической картины с цветной доплерометрией после перенесенной апоплексии яичника // Материалы XII Российской научно-практической конференции «Нерешенные и дискуссионные вопросы в акушерстве и гинекологии»: Медицина в Кузбассе, г. Кемерово: 4: 47–49.
4. Содномова Н.В., 2015. Морфологические аспекты различных форм апоплексии яичников // Сборник научных трудов межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии»: Красноярск: 55–58.
5. Pontiroli A.E., Ruga S., 2014. Invecchia mentoe controllo gipofisario della funzione gonadica // G. Gerontol.:41: 8: 293-298.
6. Purdy R.H., Grant K.A., 2011. Behavioral effect of neuroactive steroids related to alcohol deperedence and withdrawal // The Brain: source and target for sex steroid hormones: New York – London: 103-112.
7. Shien S. M., Shen M. D. M., Fuh M., 2016. Plasma lipid and lipoprotein concentration in chines maize with coronary arty disease after apoplexia // Atherosderosis: 67: 49-55.

УДК 6187173-036:618.19-007.17+618.14-006,36-092

## Поєднання дисплазії грудних залоз та міоми матки у жінок з надмірною масою тіла

**В.В. Костіков**

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

**Мета дослідження:** вивчення аспектів патогенезу дисплазії грудних залоз у поєднанні із міомою матки у жінок з надмірною масою тіла.

**Матеріали та методи.** Була сформована група, в яку увійшли 50 пацієток с дисплазією грудних залоз (25 жінок з дифузною та 25 жінок із локалізованими формами) та міомою матки. Нами розроблена програма досліджень, що передбачає проведення клініко-статистичного аналізу; комплексу гормональних досліджень; рентгенологічного дослідження грудних залоз; сонографічних досліджень статевих органів і грудних залоз; цитологічного і гістологічних методів із застосуванням біопсії пункції та математичного оброблення.

**Результати.** Основними моментами патогенезу дисплазії грудних залоз та міомою матки є клініко-анамнестичні дані, а також зміна співвідношення рівнів гіпоталамо-гіпофізарних гормонів, яєчникових гормонів у формі абсолютної або відносної гіперестрогенії, більш виражені у пацієток з локалізованими формами. Порушення нормального менструального циклу виявляють у 76% хворих, дисбіотичні процеси статевих органів – у 46% жінок з дисплазією грудних залоз. **Заключення.** Отримані результати необхідно використовувати під час розроблення комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** дисплазія грудних залоз, міома матки, патогенез, надмірна маса тіла.

Вивчення механізмів розвитку, своєчасна діагностика і лікування дисплазії грудних залоз (ДГЗ) у поєднанні з міомою матки (ММ) важливі через дві основні обставини: по-перше, в частини пацієток 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 пацієток, призводить до проведення багаточисельних обстежень, повторних курсів комплексного консервативного лікування, оперативних втручань. Усі ці обставини слугують причиною дезадаптації хворих, що перебувають у соціально активному віці [5–7]. Водночас дані про патогенез ДГЗ у поєднанні з ММ є недостатніми і суперечливими, що диктує необхідність вивчення цього дуже важливого наукового завдання.

**Мета дослідження:** вивчення аспектів патогенезу ДГЗ у поєднанні з ММ у жінок з надмірною масою тіла.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети сформована група, в яку увійшли 50 пацієнок з ДГЗ (25 жінок з дифузною формою ДГЗ та 25 жінок з локалізованими формами ДГЗ) та ММ. Крім того, здійснений аналіз історій хвороби і амбулаторних карт даного контингенту хворих. Була розроблена програма досліджень, що передбачає проведення:

- клініко-статистичного аналізу;
- комплексу гормональних досліджень (визначення статевих стероїдів: естрадіол, прогестерон, тестостерон; гонадотропних гормонів (фолікулостимулюючий гормон – ФСГ, лютеїнізуючий – ЛГ, пролактин); тиреотропного гормону і гормонів щитоподібної залози (трийодтиронін – Т3, тироксин – Т4));
- рентгенологічного дослідження МЗ;
- сонографічних досліджень статевих органів і ГЗ;
- цитологічного і гістологічних методів із застосуванням біопсії пункції та математичного оброблення.

*Критерії включення у дослідження:*

- надмірна маса тіла;
- наявність клінічних, ультразвукових, морфологічних ознак ДГЗ та ММ.

*Критерії виключення з дослідження:*

- підозра або підтвердження злоякісного процесу в ГЗ;
- вагітність;
- післяпологовий період;
- лактація;
- застосування протягом останніх 6 міс гормональних засобів.

До групи порівняння увійшли 50 жінок. Критеріями включення були: перименопаузальний вік, відсутність клінічних симптомів захворювання ГЗ, відсутність гіперпластичних процесів в інших органах репродуктивної системи.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведеної клінічної характеристики жінок свідчать, що характерними особливостями жінок з надмірною масою тіла з дифузними формами ДГЗ і ММ ( $p < 0,05$ ) були:

- більш пізній початок статевого життя у віковому інтервалі 21–25 років;
- прихильність внутрішньоматковим методам контрацепції;
- одні пологи в анамнезі.

Найбільш характерними особливостями жінок з надмірною масою тіла з локалізованими формами ДГЗ і ММ ( $p < 0,05$ ) були:

- більш ранній початок статевого життя у віковому інтервалі 18–20 років;
- перевага фізіологічної і бар'єрної контрацепції;
- $\geq 2$  пологів в анамнезі;
- висока частота репродуктивних втрат (артифіційні переривання вагітності 1 або 2 рази);

- висока частота екстрагенітальної захворюваності (хвороби серцево-судинної системи і ожиріння).

Результати функціональних і лабораторних методів дослідження дозволили встановити наступне:

- 1) порушення процесів овуляції і фазності менструального циклу в 76% хворих: недостатність лютеїнової фази циклу – 46%, ановуляція – 30%;
- 2) дисбіотичні процеси У піхві виявлені у 46% пацієнок з ДГЗ у поєднанні з ММ;
- 3) ультразвукове дослідження малого таза не виявило достовірних відмінностей між досліджуваними підгрупами: ознаки аденоміозу зафіксовані у 20% пацієнок, ехо-камера – ознаки хронічних запальних захворювань матки і придатків – у 16%, функціональні кисти яєчників – у 12% жінок;
- 4) гормональне дослідження виявило порушення співвідношення рівнів ЛГ/ФСГ у плазмі крові: у підгрупі з локалізованими формами ДГЗ та ММ показник становив 1,7, а в підгрупі з дифузними формами ДГЗ та ММ – 1,0;
- 5) ретгенмамографічне дослідження виявило відсутність достовірних відмінностей між досліджуваними підгрупами: зміни, характерні для дифузної ДМЗ та ММ мали 76% пацієнок, для локалізованих форм ДГЗ – 94%;
- 6) при ультразвуковому дослідженні МЗ не виявило достовірних відмінностей між підгрупами: дифузні зміни фіксували в 100%, локалізовані форми в 74%.

### ВИСНОВКИ

Отримані результати свідчать, що основними моментами патогенезу дисплазії грудних залоз (ДМЗ) та міоми матки (ММ) є клініко-анамнестичні дані, а також зміна співвідношення рівнів гіпоталамо-гіпофізарних гормонів, яєчникових гормонів у формі абсолютної або відносної гіперестрогенії, більш виражені у пацієнок з локалізованими формами ДГЗ.

Порушення нормального менструального циклу виявляють в 76% хворих, дисбіотичні процеси статевих органів – у 46% жінок з ДГЗ.

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

### Сочетание дисплазии грудных желез и миомы матки у женщин с избыточной массой тела В.В. Костиков

**Цель исследования:** изучение актуальных аспектов патогенеза дисплазии грудных желез в сочетании с миомой матки у женщин с избыточной массой тела.

**Материалы и методы.** Была сформирована группа, состоящая из 50 пациенток с дисплазией грудных желез (25 женщин с диффузной и 25 женщин с локализованными формами) и миомой матки. Была разработана программа исследований, предусматривающая проведение клинико-статистического анализа; комплекса гормональных исследований; рентгенологического исследования грудных желез; эхографических исследований половых органов и грудных желез; цитологического и гистологического методов с применением пункционной биопсии и математической обработки.

**Результаты.** Основными моментами патогенеза дисплазии грудных желез и миомы матки являются клинико-анамнестические данные, а также изменение соотношения уровней

гипоталамо-гипофизарных гормонов, яичниковых гормонов в форме абсолютной или относительной гиперэстрогении, более выраженные у пациенток с локализованными формами. Нарушения нормального менструального цикла выявляются у 76% больных, дисбиотические процессы половых органов – у 46% женщин с дисплазией грудных желез.

**Заключение.** Полученные результаты необходимо использовать при разработке комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** дисплазия грудных желез, миома матки, патогенез, избыточная масса тела.

### Combination of dysplasia of mammary glands and hysteromyoma at women with surplus mass of body V.V. Kostikov

**The objective:** to study actual aspects of pathogenesis of dysplasia of mammary glands in combination with hysteromyoma at women with surplus mass of body.

**Materials and methods.** The group consisting of 50 patients with dysplasia of mammary glands (25 women from diffuse and 25 women with the localized forms) and a hysteromyoma was created. We developed the program of researches providing carrying out: clinical-statistical analysis; complex hormonal researches; X-ray inspection of mammary glands; ehografical of researches of genitalias and mammary glands; cytologic and histological methods with puncture biopsy application that mathematical processing.

**Results.** Highlights of pathogenesis of dysplasia of mammary glands and hysteromyomas are clinical-anamnestic data, and also change of ratio of levels of hypotalamo-hypophysial hormones, the ovarium of hormones in the form of the absolute or relative giperestrogeniya, more expressed at patients with the localized forms. Disturbances of normal menstrual cycle are taped at 76% of patients, disbiotical processes of genitalias - at 46% of women with dysplasia of mammary glands.

**Conclusion.** The received results needs to be used when developing complex of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** dysplasia of mammary glands, hysteromyoma, pathogenesis, surplus mass of body.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Тобі де Вільєрс, Татарчук ТФ. Національний консенсус щодо ведення пацієнток 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. Прудников ПМ. Поеднання аденоміозу і гіперпластичних процесів матки: удосконалена тактика діагностики та лікування. Здоровье женщины. 2017; 7(123):132-34.

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

## Оптимізація ведення жінок перименопаузального віку з дисплазією грудних залоз та міомою матки

О.Ю. Крук

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

**Мета дослідження:** розроблення та впровадження тактики діагностики та лікування дисплазії грудних залоз (ДГЗ) у поєднанні з міомою матки (ММ) у жінок перименопаузального віку.

**Матеріали та методи.** Було проведено комплексне клініко-лабораторне, ехографічне та морфологічне обстеження 93 жінок перименопаузального віку з поєднаною патологією – дифузна ДГЗ та ММ.

**Результати.** Аналізуючи ефективність розробленого нами комплексу, слід відзначити, що в жінок з поєднаною патологією вдалось у 43,4% випадків провести профілактику прогресування і рецидиву ДГЗ та в 36,7% – ММ. Отримані дані, на наш погляд, переконливо свідчать про те, що комплексне консервативне лікування жінок, які страждають хворобами грудних залоз у поєднанні з ММ, є профілактичним заходом щодо прогресу і рецидиву поєднаної патології у даної категорії хворих.

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

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

Вивчення механізмів розвитку, своєчасна діагностика і лікування дисплазії грудних залоз (ДГЗ) у поєднанні з 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 ГЗ, 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 соціально активного віку [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 і впровадження тактики діагностики та лікування ДГЗ у поєднанні з ММ у жінок перименопаузального віку.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети нами було розроблено диференційований підхід до лікування пацієнок з поєднаними захворюваннями ГЗ і ММ, що складався з декількох етапів.

Так, *на першому етапі* аналізувалися скарги, анамнез, проводився об'єктивний огляд, гінекологічний огляд, пальпація ГЗ і в результаті складався індивідуальний план обстеження кожної хворої.

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

Результатом даного етапу було оцінювання необхідності:

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

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

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

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

У 1-й групі локалізовані форми ДДГЗ фіксували у 49 із 64 (76,7%) жінок, дифузну мастопатію – у 14 (23,7%).

У 2-й групі також домінувала вузлова форма мастопатії – 73,3%, дифузні форми ДДГЗ зустрічалися в 26,7%.

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

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

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

Слід зазначити, що наявність ММ невеликих розмірів зафіксована більше ніж у 76,4% пацієнок, що виключало необхідність у радикальних втручаннях.

Поєднані операції в об'ємі консервативної міомектомії і секторальних резекцій ГЗ 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 здійснюва-

вся комплексний лікувальний підхід (17,5%) і кожна четверта з тих, що відхилилися 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:

- трансдермально і перорально прогестагени,
- комбіновані низько- і мікродозовані естроген-гестагенні препарати (КОК),
- агоністи гонадотропін-рилізінг гормону (аГнРГ),
- дофамінергічні препарати.

У 25% випадків гормональне лікування поєднувалося із фітопрепаратами, до складу яких входить лікарська рослина *Agnus castus*.

Вибір тактики гормонального лікування проводили з урахуванням гінекологічного захворювання, стану ГЗ, наявності і об'єму оперативних втручань і ендокринних порушень. Фітопрепарати загалом 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. У разі наявності протипоказань до призначення гормональної терапії у всіх групах призначали трансдермально прогестерон по 2,5 г на шкіру кожної ГЗ 2 рази на добу (вранці і ввечері) безперервно протягом 6 міс.

З комбінованих оральних контрацептивів перевага віддавалася КОК – гестагени 3-го покоління. Препарати застосовувалися за контрацептивною схемою протягом одного року, починаючи з першого дня менструального циклу.

Позитивний терапевтичний ефект оцінювали за наступними ознаками:

- з боку ГЗ: зменшення больового синдрому, зниження набрякості тканин, зменшення нагубання ГЗ у передменструальний період;
- з боку статевих органів: відсутність скарг, патологічних виділень і порушень менструального циклу.

Аналізуючи ефективність розробленого нами комплексу, слід відзначити, що у жінок з поєднаною патологією вдалося на 43,4% провести профілактику прогресу і рецидиву ДГЗ та на 36,7% – ММ.

## 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 відносно прогресу і рецидиву поєднаної патології в даній категорії хворих.

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

**Оптимизация ведения женщин перименопаузального  
возраста с дисплазией грудных желез и миомой  
матки**  
**О.Ю. Крук**

**Цель исследования:** разработка и внедрение тактики диагностики и лечения дисплазии грудных желез (ДГЖ) в сочетании с миомой матки (ММ) у женщин перименопаузального возраста.

**Материалы и методы.** Было проведено комплексное клинико-лабораторное, эхографическое и морфологическое обследование 93 женщин перименопаузального возраста с сочетанной патологией – диффузная ДГЖ и ММ.

**Результаты.** Анализируя эффективность разработанного нами комплекса следует отметить, что у женщин с сочетанной патологией удалось в 43,4% случаев провести профилактику прогрессирования и рецидивирования ДГЖ и в 36,7% – ММ. Полученные данные, на наш взгляд, убедительно свидетельствуют о том, что комплексное консервативное лечение женщин, страдающих болезнями ГЖ в сочетании с ММ, является профилактическим мероприятием в отношении прогрессирования и рецидивирования сочетанной патологии у данной категории больных.

**Заключение.** Полученные результаты дают нам право рекомендовать предлагаемый комплекс в практическое здравоохранение.

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

**Optimization of conduct women of perimenopause age  
with dysplasia of mammary glands and hysteromyoma**  
**O.Yu. Kruk**

**The objective:** development and deployment of tactics of diagnostics and treatment of dysplasia of mammary glands in combination with hysteromyoma at women of perimenopause age

**Materials and methods.** 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.

**Results.** 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.

**Conclusion.** The results received by us grant to us the right to recommend an offered complex in practical health care.

**Key words:** optimization, dysplasia of mammary glands, hysteromyoma, diagnostics, treatment, perimenopause age.

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Тобі де Вільєрс, Татарчук ТФ. Національний консенсус щодо ведення пацієнок у клімактерії. Здоров'є жінчини. 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. Здоров'є жінчини. 2016;7:51-7.
4. Naftalin J, Jurkovic D. The endometrial-myometrial junction: a fresh look at a busy crossing. Ultrasound Obstet. Gynecol. 2018;34(1):1-11.
5. Сенчук ЯА, Покровенко ОБ. Современные подходы к выбору метода лечения гиперпластических заболеваний эндо- и миометрия. Охрана материнства и детства. 2018;1(21):64-7.
6. Каминский ВВ, Прокопович ЕВ. Новые аспекты в лечении лейомиомы матки, ассоциированной с эндометриозом. Здоров'є жінчини. 2017;3(119):32-5.
7. Прудніков ПМ. Поєднання аденоміозу і гіперпластичних процесів матки: удосконалена тактика діагностики та лікування. Здоров'є жінчини. 2017; 7(123):132-34.



УДК 618.2+618.3-06+ 618.73

## Особливості грудного вигодовування у жінок з надмірним гестаційним збільшенням маси тіла та затримкою редукції маси тіла після пологів

**С. О. Остафійчук**

Івано-Франківський національний медичний університет

Грудне вигодовування (ГВ) чинить вагомий позитивний вплив на материнський організм та розвиток дитини.

**Мета дослідження:** встановлення особливостей ГВ у жінок з надмірним гестаційним збільшенням маси тіла (ГЗМТ) та затримкою редукції маси тіла (ЗРМТ) після пологів.

**Матеріали та методи.** У 219 жінок проводили антропометрію та визначали ГЗМТ в цілому за вагітність, ЗРМТ через 1 рік після пологів. Терміни лактації оцінювали в стаціонарі перші 5 днів та через 1 рік після пологів.

**Результати.** При надмірному ГЗМТ виявлено скорочення терміну ГВ (14,3±7,3 тиж) порівняно з рекомендованим (36,5±8,0 тиж;  $p < 0,05$ ), зменшення шансів на виключно ГВ (OR 0,5; 95% CI: 0,2–0,9;  $p < 0,05$ ) та збільшення шансів на припинення лактації до 3 міс (OR 2,2; 95% CI: 1,0–4,5;  $p < 0,05$ ), більші шанси на відстрочений початок лактації (OR 2,1; 95% CI: 1,1–4,1;  $p < 0,05$ ) порівняно з рекомендованим ГЗМТ. Тривалість ГВ у жінок без ЗРМТ до кінця першого року становила 40,9±3,1 тиж і перевищувала у пацієток із ЗРМТ після пологів (23,1±8,4 тиж;  $p < 0,05$ ).

**Заключення.** Післяпологова ЗРМТ веде до скорочення терміну ГВ в 1,7 рази ( $p < 0,05$ ). Профілактика надмірного ГЗМТ та післяпологової ЗРМТ має бути ваговою складовою антенатального догляду з метою попередження як гестаційних ускладнень, так і нормалізації грудного вигодовування.

**Ключові слова:** лактація, гестаційне збільшення маси тіла, затримка редукції маси тіла.

Грудне молоко відоме як найкращий продукт для годування новонароджених та немовлят. Молоко жінки має біоактивні властивості, що полегшують перехід життя з внутрішньоутробного до позаутробного. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, дитину потрібно починати годувати грудним молоком з першої години від народження і дотримуватись виключно грудного вигодовування (ГВ) протягом щонайменше півроку і продовжувати включення ГВ в раціон дитини до 12–24 міс [4]. Грудне молоко повністю покриває потреби дитини в поживних речовинах протягом перших 6 міс життя, з 6 до 12 міс продовжує задовольняти щонайменше поло-

вину потреб дитини в поживних речовинах, а протягом другого року життя покриває третину цих потреб.

Ранній початок ГВ забезпечує високий рівень захисту немовляти від інфекційних захворювань, зокрема від інфекцій травного тракту. Виключно ГВ знижує ризик смерті внаслідок діареї, пневмонії та інших інфекційних захворювань, а в разі хвороби діти швидше одужують [11]. Також відомо, що діти, які отримували грудне молоко протягом 6–24 міс, у дорослому віці менше піддаються ризикам розвитку цукрового діабету, серцево-судинної патології, астми, рідше мають надмірну масу тіла або ожиріння [5]. У жінок з довгостроковою лактацією знижується ризик післяпологової депресії, септичних процесів та раку грудних залоз [12].

Вважається, що перший післяпологовий тиждень є визначним для прогнозу тривалості ГВ [2, 4]. У нормі протягом перших двох днів після пологів виробляється мінімальна кількість молока, яка достовірно зростає з другого до третього дня завдяки другій стадії лактогенезу, що залежить від падіння рівня прогестерону. Часто спостерігаються такі проблеми, як затримка настання лактації (більше 72 год) та неоптимальна поведінка новонароджених у процесі грудного вигодовування. Відомо, що відстрочений початок лактації або труднощі при лактації протягом першого післяпологового тижня є передумовою раннього припинення ГВ [9].

Поодинокі роботи свідчать про те, що надмірна маса тіла та ожиріння у матері може розглядатися як фактор ризику дострокового припинення ГВ [6, 9]. На нашу думку, не менш важливим є вивчення впливу надмірного збільшення маси тіла під час вагітності та післяпологової редукції маси тіла на початок, терміни лактації та строки виключно ГВ як запоруки здоров'я дитини.

**Мета дослідження:** встановлення особливостей ГВ у жінок з надмірним гестаційним збільшенням маси тіла (ГЗМТ) та післяпологовою затримкою редукції маси тіла (ЗРМТ).

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження залучено 219 жінок, що спостерігалися протягом вагітності і першого року після пологів в жіночих консультаціях і міському клінічному перинатальному центрі м. Івано-Франківська. Вагітні оформили «Інформовану згоду на участь у дослідженні». Дизайн роботи схвалений комісією з питань етики Івано-Франківського національного медичного університету (№ 93/16 від 01.12.2016 року).

Критерії виключення з дослідження:

- вік до 18 років,
- куріння,
- багатоплідна вагітність,
- наявність тяжких хронічних соматичних захворювань.

Середній вік пацієток на момент залучення становив 28,6±4,6 року і достовірно не відрізнявся в групах жінок з різним індексом маси тіла (ІМТ) до вагітності ( $p > 0,05$ ). У 177 (80,8±2,7%) жінок шлюб був зареєстрований, 42 (19,2±2,7%) вагітні були не одружені, 133 (60,7±3,3%) пацієтки були першонароджуючі і 86 (39,3±3,3%) з повторними пологами. Вищу освіту мали 101 (46,1±3,4%) вагітна, середню –

95 (43,4±3,3%), без освіти були 13 (5,9±1,6%) особи, 125 (57,1±3,3%) пацієнток проживали в містах і 94 (42,9±3,3%) – жительки сільської місцевості.

Середня маса тіла до вагітності була 60,5±14,1 кг, ІМТ – 22,2±4,8 кг/м<sup>2</sup>, 153 (69,9±3,1%) жінки були з нормальною масою тіла, 18 (8,2±1,9%) – з недостатньою, 23 (10,5±2,1%) – з надмірною та 25 (11,4±2,1%) – з аліментарно-конституційним ожирінням. У всіх пологах відбулися при доношеній вагітності (39,1±1,3 тиж).

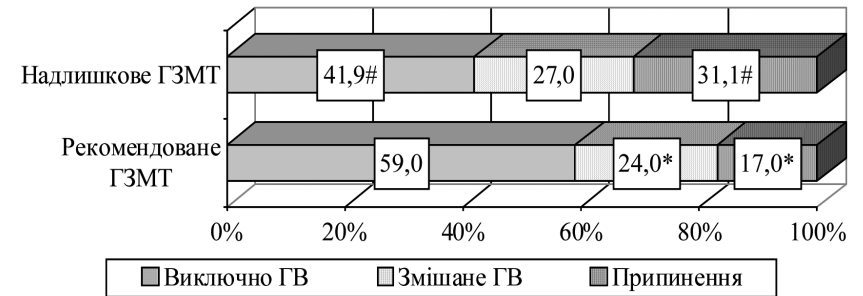
Антропометрію проводили при першому відвідуванні лікаря (9,8±1,4 тиж), перед пологами та через 1 рік після пологів. Маса тіла пацієнток визначалася на електронних вагах з точністю до 100 г, зріст – за допомогою ростоміра з точністю до 1,0 см. Інформацію про масу тіла жінок до вагітності отримували з анамнезу. ІМТ розраховували за формулою Кетле (1865) і оцінювали за критеріями Наказу МОЗ України № 417 (2011) та Інституту медицини (ІОМ, США) [1, 7]. ГЗМТ визначали в цілому за вагітність шляхом обчислення різниці між показниками маси тіла перед пологами і вихідної. Терміни лактації оцінювали в стаціонарі перші 5 діб та через 1 рік після пологів. Післяпологову редукцію маси тіла встановлювали як різницю між масою тіла через 1 рік після пологів і масою тіла до вагітності. Отриманий цифровий матеріал обробляли статистично з використанням програм Microsoft Excel 2000 та Statistica 6.0 (StatSoft Inc., USA).

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Із 219 учасниць 36 (16,4±2,5%) жінок продовжували ГВ до 1 року і більше, 145 (66,2±3,2%) – до 6 міс, 34 (15,5±2,4%) – від 6 до 11 міс, решта 4 (1,8±0,9%) – не вигодували дітей грудним молоком. Середня тривалість лактації в обстеженій когорті жінок становила 29,7±10,1 тиж (95% СІ: 25,7–33,7), виключно ГВ 22,2±6,2 тижні (95% СІ: 18,2–26,2).

У даному дослідженні не виявлено статистично достовірного зв'язку між соціально-біологічними факторами та тривалістю лактації: з сімейним та соціальним статусом, паритетом пологів, умовами проживання ( $p>0,05$ ), проте зафіксовано достовірну асоціацію залежно від віку ( $r=-0,13$ ;  $p=0,04$ ). Також існує взаємозв'язок між тривалістю ГВ та ІМТ до вагітності. Так, строк лактації у пацієнток з надмірною масою (23,9±3,0 тиж (95% СІ: 21,9–25,9)) та ожирінням (23,1±3,4 тиж (95% СІ: 21,3–24,9)) був достовірно коротший відповідно в 1,5 та 1,6 разу (в обох випадках  $p<0,05$ ) порівняно з особами з нормальною масою тіла (36,9±5,8 тиж (95% СІ: 34,6–39,2)). Доведено, що при надмірному ГЗМТ термін лактації достовірно скорочується у 2,5 разу (14,3±7,3 тиж (95% СІ: 12,2–16,4)) порівняно з рекомендованою надбавкою у масі тіла (36,5±8,0 тиж (95% СІ: 34,3–38,7);  $p<0,05$ ).

У групі жінок з надмірним збільшенням маси тіла під час вагітності відзначено достовірне зменшення шансів на підтримку виключно ГВ до 3 міс (OR 0,5; 95% СІ: 0,2–0,9;  $p<0,05$ ) і зростання шансів на повне завершення лактації в цей термін (OR 2,2; 95% СІ: 1,0–4,5;  $p<0,05$ ) порівняно з пацієнтками з рекомендованим ГЗМТ (малюнок).



### Частота виключно грудного вигодовування (ГВ), змішаного та відмова від ГВ до 3 міс після пологів залежно від материнського ГЗМТ, %

\* – порівняно з групою жінок з виключно грудним вигодовуванням ( $p<0,05$ ),

# – порівняно з групою жінок з рекомендованим ГЗМТ ( $p<0,05$ ).

В окремих літературних джерелах зазначено, що відстрочений початок лактації має прямий вплив на подальшу тривалість ГВ [8]. Проведені нами дослідження свідчать про достовірну пряму асоціацію між ГЗМТ та часом появи повноцінної лактації ( $r=0,22$ ;  $p=0,03$ ) за відсутності достовірного зв'язку з прегравідарним ІМТ ( $p>0,05$ ). Відстрочений початок лактації зафіксовано у 45 (20,5±2,7%) породіллей. Показано, що надмірний гестаційний приріст маси тіла достовірно збільшує шанси на відстрочений початок лактації (OR 2,1; 95% СІ: 1,1–4,1;  $p<0,05$ ) порівняно з рекомендованою.

Отже, доведений нами негативний вплив ГЗМТ понад рекомендовані межі на початок повноцінної лактації може бути одним із факторів, які пояснюють зменшення тривалості як ГВ так і виключно ГВ у жінок з надмірним збільшенням маси тіла під час вагітності.

Післяпологова ЗРМТ у групі пацієнток з надмірним збільшенням маси тіла становила 10,1±3,6 кг (95% СІ: 8,8–11,4), що у 4,2 разу достовірно було вище, ніж при рекомендованому збільшенні у масі тіла ( $p<0,05$ ). Встановлено прямий кореляційний зв'язок між ГЗМТ та ЗРМТ після пологів ( $r=0,65$ ;  $p<0,001$ ) і відсутність статистично достовірного зв'язку між прегравідарним ІМТ та ЗРМТ ( $r=0,02$ ;  $p=0,19$ ). Сорок шість із 74 (62,2±5,6%) жінок з надмірним ГЗМТ мали ЗРМТ проти 13 із 100 (13,0±3,4%) з рекомендованим, що підтверджує, що надмірне збільшення маси тіла під час вагітності достовірно збільшує шанси затримки маси тіла після пологів (OR 10,9; 95% СІ: 5,2–23,3;  $p<0,001$ ).

Важливим є врахування впливу постгравідарної редукції маси тіла на ГВ. Встановлено достовірний зворотній зв'язок між ЗРМТ через 1 рік після пологів та тривалістю лактації ( $r=-0,85$ ;  $p<0,001$ ). Тривалість ГВ у жінок без ЗРМТ до кінця першого року становила 40,9±3,1 тиж і перевищувала у пацієнток із надмірною масою тіла після пологів (23,1±8,4 тиж;  $p<0,05$ ). Ці результати свідчать про доцільність стимулювання перебування жінки у декретній відпустці, надаючи нові докази користі для здоров'я матері ГВ протягом цього періоду.

Сучасні дослідження висувають гіпотези, які пояснюють можливі причини зниження тривалості та частоти ГВ в осіб з надмірною масою тіла й ожирінням:

- пригнічення лактогенезу і низький зворотній зв'язок відповіді пролактину на смоктальний процес дитини;
- жирова тканина, як депо стероїдних гормонів, призводить до вищого рівня прогестерону;
- психологічні фактори у жінок з надмірною масою тіла (незадоволеність зовнішнім виглядом, проблеми з чоловіком, вищий ризик післяпологової депресії);
- вища частота материнських та перинатальних ускладнень під час вагітності або пологів;
- відстрочене грудне вигодовування за медичними показаннями, що в подальшому спричинює зниження лактогенезу [2, 3, 10].

### ВИСНОВКИ

Надмірне гестаційне збільшення маси тіла (ГЗМТ) має достовірний негативний вплив на лактацію: скорочення терміну грудного вигодовування (ГВ) ( $p < 0,05$ ), зменшення шансів на підтримку виключно ГВ ( $p < 0,05$ ), збільшення шансів на повне завершення лактації до 3 місяців ( $p < 0,05$ ) і на відстрочений початок лактації ( $p < 0,05$ ) порівняно з рекомендованою надбавкою у масі тіла. Післяпологова затримка редукції маси тіла (ЗРМТ) спричинює скорочення терміну ГВ в 1,7 разу ( $p < 0,05$ ).

Отже, профілактика надмірного ГЗМТ та післяпологової ЗРМТ має бути ваговою складовою антенатального догляду з метою попередження як гестаційних ускладнень, так і нормалізації грудного вигодовування.

### Особенности грудного вскармливания у женщин с чрезмерным гестационным увеличением массы тела и задержкой редукции массы тела после родов С.А. Остафийчук

Грудное вскармливание (ГВ) имеет весомое положительное влияние на материнский организм и развитие ребенка.

**Цель исследования:** выявление особенностей ГВ у женщин с избыточным гестационным увеличением массы тела (ГУМТ) и задержкой редукции массы тела (ЗРМТ) после родов. **Материалы и методы.** У 219 женщин проводили антропометрию и определяли ГУМТ в целом за беременность, ЗРМТ через 1 год после родов. Сроки лактации оценивали в стационаре первые 5 суток и через 1 год после родов.

**Результаты.** При избыточном ГУМТ выявлено сокращение срока ГВ ( $14,3 \pm 7,3$  нед) по сравнению с рекомендуемым ( $36,5 \pm 8,0$  нед;  $p < 0,05$ ), уменьшение шансов на исключительно ГВ (OR 0,5; 95% CI: 0,2–0,9;  $p < 0,05$ ) и увеличение шансов на прекращение лактации до 3 мес (OR 2,2; 95% CI: 1,0–4,5;  $p < 0,05$ ), больше шансов на отсроченное начало лактации (OR 2,1; 95% CI: 1,1–4,1;  $p < 0,05$ ) по сравнению с рекомендуемым ГУМТ. Продолжительность ГВ у женщин без ЗРМТ к концу первого года составила  $40,9 \pm 3,1$  нед и превышала у пациенток с ЗРМТ после родов ( $23,1 \pm 8,4$  нед;  $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Послеродовая ЗРМТ ведет к сокращению срока ГВ в 1,7 раза ( $p < 0,05$ ). Профилактика избыточного ГЗМТ и послеродовой ЗРМТ должно быть весомой составляющей антенатального ухода с целью предупреждения как гестационных осложнений, так и нормализации грудного вскармливания.

**Ключевые слова:** лактация, гестационное увеличение массы тела, задержка редукции массы тела.

### Breastfeeding in women with excessive gestational weight gain and postpartum weight retention S.O. Ostafichuk

Breastfeeding (BF) has a significant positive impact on the mother's body and the baby's development.

**The objective:** to study BF in women with excessive gestational weight gain (GWG) and postpartum weight retention (PPWR).

**Materials and methods.** In 219 women anthropometry was performed and GWG was determined, PPWR was studied 1 year after delivery. Duration of lactation was evaluated in the hospital for the first 5 days and 1 year postpartum.

**Results.** In excessive GWG women the total BF was shorter ( $14.3 \pm 7.3$  weeks) compared to the recommended GWG ( $36.5 \pm 8.0$  weeks) ( $p < 0.05$ ), reduced the chances of exclusive BF (OR 0.5; 95% CI: 0.2–0.9;  $p < 0.05$ ) and increased the chances of discontinuing BF up to 3 months (OR 2.2; 95% CI: 1.0–4.5;  $p < 0.05$ ), greater chances of delayed onset of lactation (OR 2.1; 95% CI: 1.1–4.1;  $p < 0.05$ ) compared to the recommended GWG. The total BF in women without PPWR at the end of 1 year was ( $40.9 \pm 3.1$ ) weeks and exceeded patients with PPWR ( $23.1 \pm 8.4$  weeks) ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions.** Postpartum MRI leads to a reduction in the duration of hepatitis B by 1.7 times ( $p < 0.05$ ). Prevention of excessive HRMT and postpartum SRMT should be a significant component of antenatal care in order to prevent both gestational complications and the normalization of breastfeeding.

**Key words:** lactation, gestational weight gain, postpartum weight retention.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Наказ МОЗ України № 417 від 15.07.2011 «Методичні рекомендації щодо організації амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
2. Association between characteristics at birth, breastfeeding and obesity in 22 countries: the WHO European childhood obesity surveillance initiative – COSI 2015/2017 / Rito A.I., Buoncristiano M., Spinelli A., Salanave B, Kunešová M., Hejgaard T., et al. // *Obes Facts*. – 2019. – № 12. – P. 226–243.
3. Association of Full Breastfeeding Duration with Postpartum Weight Retention in a Cohort of Predominantly Breastfeeding Women / Tahir M.J., Haapala J.L., Foster L.P., Duncan K.M., Teague A.M., Kharbada E.O., et al. // *Nutrients*. – 2019. – № 11. – P. 938–950.
4. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect / Victora C.G., Bahl R., Barros A.J., França G.V., Horton S., Krasevec J., et al. *Lancet*. – 2016. – № 387 (10017). – P. 475–490.
5. Castillo H. Maternal pre-pregnancy BMI, gestational weight gain and breastfeeding / H. Castillo, I.S. Santos, A. Matijasevich // *Eur J Clin Nutr*. – 2016. – № 70. – P. 431–436.
6. Impact of maternal obesity and breastfeeding intention on lactation intensity and duration / Nicole E., Marshall B., Lau J.Q., Purnell K., Thornburg L. // *Maternal and child nutrition*. – 2019. – № 15 (2). – e12732.

7. IOM, Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Institute of Medicine and National Research Council of the National Academies, Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines, Food and Nutrition Board on Children, Youth, and Families, ed. Rasmussen KM and Yaktine AL. 2009, Washington, D.C.: The National Academies Press.
8. Hruschka D.J. Delayed Onset of Lactation and Risk of Ending Full Breast-Feeding Early / D.J. Hruschka, D.W. Sellen, A.D. Stein, R. Martorell // J. Nutr. – 2003. – № 133. – P. 2592–2599.
9. Katz K.A. Danish health care providers' perception of breastfeeding difficulty experienced by women who are obese, have large breasts, or both / K.A. Katz, I. Nilsson, K.M. Rasmussen // J Hum Lact. – 2010. – № 26. – P. 138–147.
10. Mäkelä J., Maternal overweight impacts infant feeding patterns – the STEPS Study // J. Mäkelä, J. Vaarno, A. Kaljonen // Eur J Clin Nutr. – 2014. – № 68 (1). – P. 43–52.
11. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis / Sankar M.J., Sinha B., Chowdhury R., Bhandari N., Taneja S., Martines J., et al. // Acta Paediatr. – 2015. – № 104 (467). – P. 3–13.
12. Pope C.J. Breastfeeding and Postpartum Depression: An Overview and Methodological Recommendations for Future Research / C.J. Pope, D. Mazmanian // Depress Res Treat. – 2016. – № 2016. – e4765310.

УДК 618.15-002-022-07

## Сучасні аспекти діагностики і лікування дисбактеріозу піхви різного генезу

**С.А. Пандей**

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

Результати проведених досліджень свідчать, що гостра трихомонадна інвазія є чинником розбалансування всіх ланок мікроекосистеми піхви, що призводить до формування умов для розвитку трихомонадного дисбактеріозу піхви. При трихомонадному дисбактеріозі піхви достовірні зміни відбуваються у функціональній активності епітелію, біохімічному складі вагінальної рідини, мікробіологічному співтоваристві піхви. Достовірно значущі зміни у складі вагінальної рідини визначені у вмісті сечовини, загального білка, заліза і міді, активності ферментів, рівні рН вагінальної рідини і вираженості амінового тесту. Гостра трихомонадна інвазія призводить до порушень чинників неспецифічної резистентності мікроекосистеми піхви. Збереження концентрації sIgA на рівні значень норми є прогностично сприятливою ознакою в плані нормоценозу вагінальної мікроекосистеми. Визначення чутливості трихомонад до антипротозойних препаратів, комплекс системної і місцевої терапії дозволяють досягти повної ерадикації збудника.

Курс етіотропної терапії гострої трихомонадної інвазії повинен доповнюватися терапевтичною схемою, направленою на реабілітацію ланок мікроекосистеми піхви. Запропонована схема дозволяє досягти клінічного і бактеріологічного ефекту в 74,4% і 83,7% випадків відповідно. Отримані результати необхідно використовувати в практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** дисбіоз піхви, діагностика, лікування.

Останніми роками трихомоніаз упевнено посідає провідне місце у структурі інфекцій, що передаються статевим шляхом (ПССШ), і пригломшує переважно соціально активну групу населення [1–3]. Важливість проблеми визначається не лише небезпекою для здоров'я і епідеміологічною значущістю, але і важкими ускладненнями, що виражаються чоловічим і жіночим безпліддям, патологією вагітності і пологів, народженням неповноцінного потомства, виникненням психічної і сексуальної дисгармонії в сім'ї [4–6].

Подібна динаміка визначається наявністю низки причин. Завдяки недостатньо ефективним схемам антипротозойної терапії і біологічним особливостям трихомонад формуються стійкі до етіотропних препаратів штами мікроорганізмів. Цей феномен багато в чому визначає розвиток хронічних форм захворювання, утруднень у діагностиці і лікуванні трихомоніазу, а також стійких порушень біоценозу піхви [3, 4]. Негативні результати терапії в плані збереження синдрому патологічних

білей багато в чому визначаються рутинною терапевтичних схем, традиційно орієнтованих переважно на антипротозойний компонент, без урахування інших аспектів взаємин мікро- і макроорганізму.

Важливою стороною терапевтичної стратегії при трихомонадній інвазії є питання відновлення нормального стану мікроекосистеми піхви після санації від збудника. Відомо, що до 84% жінок тих, що перенесли гостру форму трихомоніази в подальшому приречені на розвиток стійкого дисбіотичного стану мікроекосистеми піхви, що багато в чому нагадує бактерійний вагіноз (БВ) [1, 5]. Трихомонадний дисбактеріоз піхви (ТВП), БВ і хронічний трихомоніаз мають багато схожих симптомів. Ймовірно, з цієї причини наявність в анамнезі трихомоніази часто мотивує лікаря на встановлення відповідного діагнозу, що є причиною гіпердіагностики і необгрунтованого призначення антипротозойних лікарських схем.

Завдяки наявності в асоційованій з ТДП анаеробної мікрофлори перехресної чутливості до препаратів 5-нітроімідазолового ряду досягається короткостроковий позитивний ефект від терапії, що проводиться. Проте подальше відновлення синдрому патологічних білей часто наводить до помилок в діагностиці і лікуванні. Подібні порушення часто є причиною формування родинно-побутових проблем. Саме тому визначення закономірностей розвитку ТВП представляє важливість не лише для медичної науки, але й для всього суспільства.

**Мета дослідження:** оптимізація терапії гострої трихомонадної інвазії і профілактика ТДП.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети під нашим спостереженням перебували 94 невагітних жінок у віці від 17 до 39 років (середній вік становив  $27,04 \pm 0,76$  року), що проходили курс обстеження і лікування з приводу гострого уrogenітального трихомоніази. До контрольної групи (першої групи) увійшли 95 здорових невагітних жінок репродуктивного віку. У другу групу (52 жінки) були включені пацієнтки, хворі на гострий трихомоніаз. Після проведеного курсу антипротозойної терапії 42 пацієнткам було проведено обстеження з метою визначення закономірностей формування ТДП (третя група). На момент обстеження пацієнтки першої групи скарг на стан здоров'я не пред'являли.

Усім пацієнткам було проведено бактеріологічне обстеження жіночої статевої сфери з метою виявлення збудників сексуально-трансмісійних захворювань і оцінювання біоценозу піхви.

Усі дослідження, що проводяться, були розділені на клінічні і лабораторні. Клінічні дослідження включали загально-гінекологічний комплекс, що проводиться під час прийому і консультування пацієнток. Дослідження були об'єднані в клінічний і лабораторний комплекси.

У клінічний комплекс були включені наступні моменти:

- гінекологічне обстеження;
- визначення рН вагінальної рідини;
- аміновий тест (реакція з гідроокисом калію);
- узяття матеріалу для лабораторних досліджень;
- визначення ефективності терапевтичних схем.

До лабораторного комплексу ми включили визначення у вагінальній рідині здорових невагітних жінок репродуктивного віку і при БВ визначення наступних показників:

- концентрація загального білка, сечовини, глюкози, холестерину, тригліцеридів;
- активності ферментів: аспаратамінотрансферази, аланінамінотрансферази  $\alpha$ -амілази, лактатдегідрогенази, креатінфосфокінази, лужної фосфатази;
- вміст іонів заліза, міді, магнію, цинку, кальцію, фосфору;
- дослідження чинників неспецифічної резистентності: вміст секреторного імуноглобуліну А, перекису водню.

Мікробіологічні дослідження включали вивчення кількісного і видового складу мікрофлори піхви, ПЩР-діагностика хламідійної, уреоплазменної, мікоплазменної інфекції, трихомоніази. Проводили світлову мікроскопію нативних і фіксованих вагінальних мазків, а також посіви трихомонад на живильні середовища з визначенням чутливості до антипротозойних препаратів і їх комбінацій.

Досліджували показники стану епітелію піхви: визначення життєздатності епітеліальних клітин, вміст них глікогену, а також вираженість вакуолізації цитоплазми і цитолізу при мікроскопії мазків.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Не дивлячись на чималу кількість досліджень, направлених на визначення біології трихомонад, з'ясування мікробіологічних особливостей функціонування екосистеми піхви, дані про біохімічний склад вагінальної рідини і функціональної активності епітелію піхви при трихомоніазі нечисленні. До сьогодні не існує єдиної думки про зміни в мікроекосистемі піхви і особливостях відновлення порушених параметрів у період трихомонадної реконвалесценції. Немає загальноприйнятої стратегії в плані проведення реабілітаційних заходів, направлених на профілактику і лікування трихомонадного дисбактеріозу піхви. У цьому відношенні отримані результати є пріоритетними.

При мікроскопії нативних препаратів у всіх обстежених жінок другої групи були виявлені характерні рухливі форми трихомонад. На підставі цього і характерного симптомокомплексу вульвовагініту був визначений діагноз гострого трихомоніази.

У результаті життєдіяльності трихомонади, забезпечуючи свої метаболічні потреби, істотно модифікують місце існування. Саме на визначення вираженості цих змін були направлені наші дослідження.

Результати оцінювання характеристики вагінальних виділень при гострій трихомонадній інвазії і при ТВП свідчать, що при гострій трихомонадній інвазії на тлі збільшення кількості вагінальних виділень відбувається зміна їхніх загальних характеристик. Пацієнтки відзначали пінявість і характерний неприємний гнильний запах, забарвлених у жовтий колір виділень. У період реконвалесценції виділення набували рідкої, водянистої консистенції, з характерним неприємним запахом гниючої риби. На відміну від гострої форми захворювання лише в одному випадку (2,4%) виділення були пінявими, а забарвлення наголошувалося в 9 (21,4%) реконвалесценток.

При гострому трихомоніазі білі, як правило, піняві, гомогенні, з жовтуватим відтінком. Враховуючи, що при цьому захворюванні характерною є запальна реакція з боку слизової оболонки піхви на патогенний мікроорганізм, очевидна причина збільшення кількості виділень. При мікроскопії мазка в період реконвалесценції вираженість запальної реакції була мінімальною у 8 (19%) пацієток або відсутня зовсім. Мікробіоценоз був представлений грампозитивними паличками, а також кокко-бацилярною мікрофлорою з характерним переважанням відповідно типові мазка.

Не дивлячись на проведені ефективне протипротозойне лікування і ерадикацію збудника, об'єм вагінальних виділень зберігався підвищеним. Вони були рідкими, гомогенними, забарвленими в білий колір. При мікроскопії мазка і в пробах визначалася мікробіологічна картина, відповідна БВ, а саме: наявність ключових клітин, гіперколонізація піхви поліморфною мікрофлорою і зниження титру ацидофільних лактобактерій.

Кінетична, фагоцитарна і цитотоксична активність трихомонад, зміна мікробіологічного статусу вагінального середовища призводять до відповідних змін в інших складових мікроекосистемі піхви, а саме: у функціональній активності епітелію, біохімічному складі вагінальної рідини (ВР), вираженості чинників неспецифічній резистентності піхви.

При цитологічному дослідженні параметрів, що характеризують стан клітин епітелію піхви, встановлено, що ознаки цитолізу і вакуолізація цитоплазми, характерні для гострого трихомоніазу, зберігалися і в період реконвалесценції більше ніж у 80% пацієток. Відсоток позитивних для глікогену клітин і середній вміст глікогену також свідчив про те, що відбуваються істотні зміни у функціональній активності епітелію піхви.

Пов'язаною зі станом епітелію ланкою мікроекосистемі піхви є власне біохімічний склад ВР. У результаті проведених досліджень встановлено, що при гострому трихомоніазі є достовірні зміни у біохімічному складі і активності ферментів ВР.

Ці зміни настільки істотні, що навіть після ефективної антипротозойної терапії і ерадикації збудника не відбувається повного відновлення параметрів до значень, що близькі до норми. Навпаки, створюються умови для формування трихомонадного дисбактеріозу з відповідним симптомокомплексом. Найбільш істотні зміни спостерігаються в рівні сечовини, загального білка, глюкози, заліза, міді і кальцію, а також активності таких ферментів, як АлАт, АсАт, амілази, креатинкінази, лактатдегідрогенази. Підвищення активності внутрішньоклітинних ферментів у ВР свідчить про інтенсифікацію цитолітичних процесів.

Проведено вивчення чинників неспецифічної резистентності у ВР при гострому трихомоніазі і в періоді реконвалесценції.

Відомо, що перекис водню, що продукується відповідними штамами лактобактерій, є одним з основних чинників бактерицидності і вірицидності ВР і багато в чому визначає стабільність мікроекосистемі піхви. Іншим чинником стабільності є рівень секреторного імуноглобуліну А.

Згідно з отриманими даними, при гострій трихомонадній інвазії спостерігається недостовірною тенденція до зниження концентрації перекису водню. У період реконвалесценції подібні зміни прогресують і стають достовірно значущими.

Ймовірно, подібна динаміка визначається формуванням таких змін у мікроекосистемі піхви, які істотно порушують активність колонізації ацидофільних лактобактерій, що продукують перекис водню.

Іншим чинником антимікробного захисту є продукований плазматичними клітинами епітелію піхви секреторний імуноглобулін А.

З отриманих даних виходить, що у ВР і при гострому трихомоніазі, і в періоді реконвалесценції рівень даного показника достовірно знижений. Подібна динаміка може бути пов'язана з тим, що в результаті дезінтеграційної, фагоцитарної і цитотоксичної активності трихомонад відбувається порушення функціональної активності клітин епітелію, у тому числі і тих, що продукують секреторний імуноглобулін А.

У 10 з 12 пацієток, у яких в період реконвалесценції не розвинувся дисбактеріоз піхви, значення даного показника були досить високими. Отже, рівень секреторного імуноглобуліну А у ВР може розглядатися як прогностичний показник розвитку трихомонадного дисбактеріозу піхви.

Результати проведених досліджень засвідчили, що трихомонадна інвазія зумовлює істотні зміни у всіх ланках мікроекосистемі піхви. Рутинний терапевтичний підхід, що не враховує цих порушень, призводить до формування у період реконвалесценції дисбактеріозу піхви. З цієї причини була зроблена спроба доповнити лікарський комплекс пробіотиками для профілактики трихомонадного дисбактеріозу піхви. Даний підхід здатний підтримувати фізіологічні значення рН ВР на рівні 3,8–4,2, що забезпечує створення умов для колонізації піхви ацидофільними бактеріями.

Добре відомо, що мікроорганізми мають певну стійкість до етіотропних препаратів. Саме з цієї причини нами було проведено вивчення антитрихомонадної активності найбільш широко застосованих препаратів. При цьому виявилось, що досліджувані штами трихомонад були стійкі до таких широко застосованих препаратів, як метронідазол (42,1%), клон (33,3%) і атрикан (33,3%); найбільшу чутливість трихомонади мали до комбінацій препаратів наксоджин + тіберал (94,3%) і наксоджин + макмірор (94,3%) і до таких препаратів, як наксоджин (92,8%) і секнідазол (92,8%).

На підставі отриманих результатів у терапевтичних схемах використовувалися етіотропні антитрихомонадні препарати наксоджин і тіберал (по 0,5 г 2 рази на день протягом 5 днів).

Під спостереженням перебували 42 пацієток з діагнозом гострого трихомоніазу, яким проводили лікування згідно з наведеною вище схемою.

Клінічну ефективність оцінювали на підставі зникнення синдрому патологічних білей. Бактеріологічний ефект вважався позитивним за відсутності трихомонад в нативних і забарвлених мазках, а також за відсутності зростання на живильних середовищах. Не дивлячись на абсолютну бактеріологічну ефективність лікування, клінічно синдром патологічних білей зберігався у більшості пацієток (83,7%), що вимагало розроблення і проведення комплексу реабілітаційних заходів.

Другим етапом терапії було реабілітаційне лікування. Після чергової менструації повторно призначали курс препаратів 5-нітроїмідазолового ряду. Курс призначали з урахуванням чутливості до цих препаратів анаеробної, асоційованої з дис-

бактеріозом піхви, мікрофлори. Паралельно проводили триденний курс місцевої терапії 2% вагінальним кремом Далацин. З метою мікробної трансплантації і відновлення кислотності ВР на тампони з експозицією у 2 год протягом 10 днів вводили пробіотичний препарат.

Ефект від проведеної терапії також оцінювали клінічно і бактеріологічно. Позитивним клінічним ефектом вважали зникнення патологічних білей, негативний результат амінового тесту і відновлення кислотності піхви в діапазоні 3,8–4,5.

Бактеріологічно позитивним результатом вважали картину вагінального мазка відповідного нормоценозу або перехідному типові біоценозу піхви, за відсутності ключових клітин.

З отриманих результатів виходить, що має місце досить високий бактеріологічний і клінічний ефект від реабілітаційної терапії, що проводиться. Відновлення нормальних показників вагінального мазка було досягнуто в 83,7% випадків. Ймовірно, подібна динаміка досягається не лише в результаті використання антибактеріальних препаратів, але і від створення умов для колонізації резидентної ацидофільної мікрофлори піхви за допомогою трансплантації симбіотичних мікроорганізмів і модуляції показників середовища піхви.

Для уточнення механізмів, що забезпечують ефективність реабілітаційного курсу, проводили дослідження біохімічного складу ВР. Отже, після реабілітаційного курсу спостерігається достовірна тенденція до нормалізації основних біохімічних показників ВР. Проте маса вмісту піхви, концентрація глюкози, заліза, кальцію, sIgA і активність ЛДГ залишалися достовірно зміненими.

Подібна динаміка є свідченням ефективності запропонованого курсу терапії гострої трихомонадної інвазії.

Отже, можна зробити висновок, що трихомонадний дисбактеріоз є ускладненням гострої трихомонадної інвазії, а профілактика і корекція його вимагає доповнення існуючих терапевтичних схем лікування.

## ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що гостра трихомонадна інвазія є чинником розбалансування всіх ланок мікроекосистеми піхви, що призводить до формування умов для розвитку трихомонадного дисбактеріозу піхви. При трихомонадному дисбактеріозі піхви достовірні зміни відбуваються у функціональній активності епітелію, біохімічному складі вагінальної рідини, мікробіологічному співтоваристві піхви. Достовірно значущі зміни у складі вагінальної рідини визначені у вмісті сечовини, загального білка, заліза і міді, активності ферментів, рівні рН вагінальної рідини і вираженості амінового тесту.

Гостра трихомонадна інвазія приводить до порушень чинників неспецифічної резистентності мікроекосистеми піхви. Збереження концентрації sIgA на рівні значень норми є прогностично сприятливою ознакою в плані нормоценозу вагінальної мікроекосистеми. Визначення чутливості трихомонад до антипротозойних препаратів, комплекс системної і місцевої терапії дозволяють досягти повної ерадикації збудника.

Курс етіотропної терапії гострої трихомонадної інвазії повинен доповнюватися терапевтичною схемою, направленою на реабілітацію ланок мікроекосистеми

піхви. Запропонована схема дозволяє досягти клінічного і бактеріологічного ефекту у 74,4% і 83,7% випадків відповідно. Отримані результати необхідно використовувати у практичній охороні здоров'я.

## Современные аспекты диагностики и лечения дисбактериоза влагалища различного генеза С.А. Пандей

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что острая трихомонадная инвазия является фактором разбалансировки всех звеньев микроэкосистемы влагалища, что приводит к формированию условий для развития трихомонадного дисбактериоза влагалища. При трихомонадном дисбактериозе влагалища достоверные изменения происходят в функциональной активности эпителия, биохимическом составе влагалищной жидкости, микробиологическом сообществе влагалища. Достоверно значимые изменения в составе влагалищной жидкости определены в содержании мочевины, общего белка, железа и меди, активности ферментов, уровне рН влагалищной жидкости и выраженности аминового теста. Острая трихомонадная инвазия приводит к нарушениям факторов неспецифической резистентности микроэкосистемы влагалища. Сохранение концентрации sIgA на уровне значений нормы является прогностически благоприятным признаком в плане нормоценоза влагалищной микроэкосистемы. Определение чувствительности трихомонад к антипротозойным препаратам, комплекс системной и местной терапии позволяют достичь полной эрадикации возбудителя.

Курс этиотропной терапии острой трихомонадной инвазии должен дополняться терапевтической схемой, направленной на реабилитацию звеньев микроэкосистемы влагалища. Предложенная схема позволяет достичь клинического и бактериологического эффекта в 74,4% и 83,7% случаев соответственно. Полученные результаты необходимо использовать в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** дисбиоз влагалища, диагностика, лечение.

## Modern aspects of diagnostics and treatment of disbiosis of vagina of different genesis S.A. Pandey

We are conduct the complex clinical laboratory inspection of 94 unpregnant women in age from 17 to 39 years (middle age  $27,04 \pm 0,76$  years), passing the course of inspection and treatment concerning sharp of urogenital trichomoniasis. A control group (first group) was made by 95 healthy unpregnant women of genesial age. In the second group (52 women) patients, patients, were plugged sharp trichomoniasis to 42 patients after the conducted course of antiprotozoal therapy, an inspection with the purpose of determination of conformities to law of forming of trichomonas disbiosis of vagina was conducted (third group). In the moment of inspection of patient of the first group of complaints about the state of health did not produce. To all patients it was conducted bacteriological examination of womanish sexual sphere with the purpose of exposure of excitors of sexual-transmission diseases and estimation of biocenosis of vagina. All conducted researches parted on clinical and laboratory. Clinical researches included a general gynecological complex, conducted during a reception and advising of patients. All researches were incorporated in clinical and laboratory complexes. The results of the conducted researches testify that a sharp trichomonas invasion is the factor of imbalance of all links of microecosys-

tem of vagina, that results in forming of terms for development of trichomonas disbiosis of vagina. At trichomonas disbiosis of vagina reliable changes take place in functional activity of epithelium, biochemical composition of vaginal liquid, microbiological association of vagina. For certain meaningful changes in composition a vaginal liquid are certain in maintenance of urea, general albumen, iron and copper, activity of enzymes, level of pH of vaginal liquid and severity of amic test. A sharp trichomonas invasion results in violations of factors of heterospecific resistance of microecosystem of vagina. A maintainance of concentration of sIgA at the level of values of norm is prognostically a favourable sign in the plan of normocenosis of vaginal microecosystem. Determination of sensitiveness of trichomonas to antiprotozoal preparations, complex of system and local therapy allow to attain complete eradication of exciter.

The course of etiotropic therapy of sharp trichomonas invasion must be complemented by a therapeutic chart, directed on the rehabilitation of links of microecosystem of vagina. The offered chart allows to attain a clinical and bacteriological effect in 74,4% and 83,7%, accordingly. The got results it must draw on in a practical health protection.

**Key words:** *dysbiosis, vaginas, diagnostics, treatment.*

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Базолина Е.А., Молчанов О.Л., Носкова А.В. Микотические осложнения при лечении трихомониаза // Успехи медицинской микологии. – 2016. – Т. 8. – С. 250.
2. Молчанов О.Л., Базолина Е.А., Носкова А.В. Биохимический мониторинг посттрихомонадного дисбактериоза влагалища // Актуальные вопросы патологии репродуктивной функции: Материалы научно-практической конференции 20 октября 2006 г. – СПб.: ВМедА, 2016. – С. 52–53.
3. Олина А.А. Эпидемиологические и микробиологические аспекты неспецифических инфекционных заболеваний влагалища / А.А. Олина // Уральский медицинский журнал. Гигиена и эпидемиология. – 2018. – № 8 (48). – С. 160–163.
4. Падруль М.М. Состояние микробиологии влагалищного биотопа при бактериальном вагинозе // Бюллетень ВСЦН СО РАМН. – 2012. – Т. 1. – № 4. – С. 119–121.
5. Теличко И.Н., Иванов А.М., Раздольская Н.В., Раводин Р.А., Базолина Е.А. Перспективы серологической диагностики трихомониаза // Медицинская иммунология. – 2017. – Т. 9, № 2–3. – С. 249–250.
6. Ширева Ю.В. Аэробный вагинит – реальная угроза сохранению репродуктивного здоровья // Здоровье и образование ребенка: Материалы IX Всерос. науч.-практ. конф. – Пермь, 2012. – С. 428–430.

УДК 618.11-007.251-089

## Вплив різних форм апоплексії яєчника на стан репродуктивного здоров'я жінок

*П.М. Патій*

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

Отримані дані свідчать, що жінки, які перенесли апоплексію яєчника, входять до групи ризику щодо розвитку порушень репродуктивного здоров'я і потребують проведення реабілітаційних заходів з урахуванням форми апоплексії і супутніх факторів ризику. Запропонований алгоритм діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів дозволяє знизити частоту порушень репродуктивного здоров'я, а також гестаційних ускладнень при наступній вагітності. Це дає нам право рекомендувати запропоновану методіку для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** *апоплексія яєчника, репродуктивне здоров'я, реабілітація.*

В умовах сьогодення проблема внутрішньочеревних кровотеч у гінекологічній практиці є дуже актуальною [1–3]. Незважаючи на впровадження в медичну практику нових технологій, своєчасна діагностика цих ускладнень нерідко залишається утрудненою. Ця патологія потребує невідкладної хірургічної допомоги, в наданні якої беруть участь не тільки акушери-гінекологи, але й лікарі інших спеціальностей.

Сьогодні апоплексія яєчника (АЯ) є одним із невідкладних станів, що найчастіше зустрічається в гінекологічній практиці і потребує термінового хірургічного втручання [4, 5]. Ця патологія зустрічається, переважно, в молодому віці, має не тільки медичне, але і соціальне значення, що диктує необхідність пошуку таких методів хірургічного лікування, що дозволили б максимально зберегти уражений орган, запобігти розвитку вираженого спайкового процесу в черевній порожнині і, таким чином, зберегти репродуктивну функцію жінки.

Впровадження в клінічну практику ендоскопічних методик дозволило суттєво змінити діагностичну та лікувальну тактику при багатьох гінекологічних захворюваннях, особливо при станах, що супроводжуються внутрішньочеревними кровотечами – АЯ [1–5].

На сьогодні в доступній нам літературі є повідомлення про перевагу лапароскопічного методу оперативного втручання порівняно з широкою лапаротомією. Лапароскопія відповідає всім необхідним вимогам, є більш сучасним і економічно вигідним методом, оскільки призводить до скорочення термінів стаціонарного лікування і тимчасової непрацездатності [4, 5].



Найбільшу небезпеку АЯ представляє внутрішня кровотеча, яка може бути масивною і призвести до розвитку геморагічного шоку і, в результаті нього, до розвитку серйозних ускладнень. Застосування лапароскопічного методу лікування в подібній ситуації пов'язано зі значними технічними труднощами, може бути пролонговано у часі, у зв'язку з чим в даному випадку найбільш доцільно застосування широкої лапаротомії.

Отже, в наш час, проблема діагностики і вибору методу хірургічного лікування при внутрішньочеревних кровотечах, зумовлених АЯ, має низку невирішених питань, що стосуються удосконалення методів діагностики, визначення диференційованого підходу до вибору методу хірургічного лікування, можливостей застосування нових технологій і реабілітаційних заходів з метою збереження репродуктивної функції надалі.

Усе зазначене вище свідчить про актуальність обраного наукового напрямку.

**Мета дослідження:** зниження частоти порушень репродуктивного здоров'я жінок, які перенесли АЯ, на підставі аналізу клініко-ехографічних і ендокринологічних особливостей, а також розроблення і впровадження комплексу діагностичних, лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети нами було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 100 пацієнток, які перенесли оперативне лікування АЯ. Жінок було розподілено на дві основні групи:

1-а група – 50 пацієнток з больовою формою АЯ;

2-а група – 50 пацієнток з геморагічною формою АЯ.

Надалі було виділено в кожній групі по дві підгрупи залежно від варіанта оперативного лікування:

підгрупа 1.1 – 30 жінок після лапароскопічного лікування

1.2 – 20 пацієнток після лапаротомії.

Аналогічний розподіл був і в 2-й групі.

До контрольної групи увійшли 50 пацієнток аналогічного віку з поодинокими варіантами генітальної і екстрагенітальної патології в анамнезі.

Усім пацієнткам, що були під спостереженням протягом 2 років після хірургічного лікування АЯ, поряд із детальним клінічним дослідженням, проводили комплексне функціональне і лабораторне обстеження.

У спеціально розробленій карті обстеження реєстрували відомості про спадковість, перенесені захворювання (дитячі інфекції, загальні і гінекологічні захворювання, оперативні втручання тощо). Особливий акцент робили на виявленні перенесених раніше запальних захворюваннях, і, зокрема, статевих органах. Вивчали особливості становлення і характер менструальної і генеративної функції жінки, дані про попередні вагітності, аборти, перебіг післяпологового періоду. Приділяли увагу вивченню особливостей серцево-судинного анамнезу:

- спадковий схильності,
- вказівки на епізодичні підвищення АТ,
- частий головний біль,
- виявляли надмірну масу тіла,
- шкідливі навички пацієнток.

З'ясовували характер методів контрацепції, застосовуваних до періоду дійсного дослідження, їхню ефективність, прийнятність, наявність побічних реакцій і ускладнень у період їхнього застосування, причини відмови від того або іншого методу контрацепції. Вивчали сімейний і соціальний стан жінок, кількість статевих партнерів.

Основна група спостереження (60 пацієнток) була розподілена на три підгрупи з урахуванням різних варіантів реабілітаційних заходів. Жінкам усіх підгруп заборонялося статеве життя протягом 2 тиж післяопераційного періоду, а наступні 2 тиж статеве життя дозволялося тільки з використанням презервативу з метою запобігання виникнення запальних процесів органів малого таза:

– 10 жінок у віці від 16 до 18 років, що не живуть регулярно статевим життям, які одержували протягом наступних 3 міс комбіновані оральні контрацептиви переважно монофазні низько дозовані (логест, жанін, ярину та інші) за звичайною схемою;

– 40 пацієнток репродуктивного віку, які регулярно живуть статевим життям і зацікавлені у настанні вагітності. Перш за все протягом наступних 3 міс одержували комбіновані оральні контрацептиви за схемами звичайними до виду відповідного контрацептиву моно-, двох- або трьохфазного, залежно від віку, соматичного стану, особливостей менструального циклу пацієнток. З 3-ї доби післяопераційного періоду і протягом наступних 2 тиж пацієнтки даної групи отримували комплексну протизапальну та розсмоктувальну терапію, враховуючи той факт, що переважна кількість жінок цієї групи мали в анамнезі запальні захворювання придатків матки. З 7-ї доби післяопераційного періоду і протягом наступних 2 тиж в амбулаторних умовах пацієнтки отримували фізіотерапевтичні процедури (електрофорез з лонгідазою на гіпогастральну ділянку) та азотерапію з метою поліпшення репаративних процесів і зниження імовірності виникнення спайкового процесу в малому тазу;

– 10 жінок репродуктивного віку, не зацікавлених у вагітності, які одержували комбіновані оральні контрацептиви протягом наступного року. Жінкам даної групи призначали різні види комбінованих оральних контрацептивів, тобто моно-, двох-, та трьохфазні залежно від віку, соматичного стану, особливостей менструального циклу пацієнток.

Нами був вивчений клінічний перебіг вагітності та пологів у 30 жінок (з 1-ї і 2-ї груп), які завагітніли і народили на тлі використаної реабілітаційної терапії (основна – 2-а група). До групи порівняння-2 увійшли 30 первородящих без акушерської і соматичної патології, яких було розроджено через природні родові шляхи.

Для оцінювання клінічного перебігу вагітності були використані клінічні, ехографічні, доплерометричні, кардіотокографічні і ендокринологічні методи дослідження.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними факторами ризику розвитку АЯ є перенесені артіфіційні (62,0%) і самовільні аборти (14,0%); хронічні запальні процеси матки і придатків (48,0%); порушення менструальної функції (28,0%), а також перенесені гінекологічні операції (28,0%), у тому числі й АЯ (18,0%).

Клінічна симптоматика АЯ залежить від форми: при больовій формі найчастіше відчувається біль у правій здухвинній області (80,0%) з іррадіацією в епігастральну ділянку (22,0%) і поперекову (18,0%); при геморагічній формі біль іррадіює у пряму кишку (62,0%), підключичну ділянку (38,0%) і промежину (24,0%). Порушення менструальної функції частіше спостерігається при геморагічній формі, а такі симптоми, як слабкість, запаморочення і нудота не залежать від форми АЯ.

За відсутності реабілітаційних заходів у пацієток з АЯ через 1 міс у 100,0% випадків спостерігається ановуляторний цикл за типом лютеїнізованого неовульованого фолікула (40,0%), його персистенції (35,0%) і атрезії (25,0%); через 6 міс частота ановуляторного циклу зберігається у 90,0% жінок, через 12 міс – у 80,0% пацієток.

Використання запропонованої реабілітаційної методики дозволяє через 3 міс відновити овуляторний менструальний цикл у 35,0% пацієток з АЯ; через 6 міс – у 52,5% і через 12 міс – у 75,0% жінок. Клінічна ефективність запропонованої методики (настання планованої вагітності) становить 75,0%.

Клінічний перебіг вагітності та пологів у жінок, які перенесли АЯ і отримували запропоновану реабілітаційну методику, характеризується незначним рівнем акушерських (плацентарна недостатність – 20,0%; передчасний розрив плодових оболонок – 20,0% і аномалії пологової діяльності – 13,3%) і перинатальних (інтранатальна асфіксія легкого ступеня – 20,0% і внутрішньоутробна затримка розвитку – 20,0%) ускладнень.

Для практичної охорони здоров'я ми рекомендуємо наступні моменти:

1. Диференціальну діагностику больової форми АЯ слід проводити з гострим апендицитом та загостренням хронічного сальпінгофориту; геморагічної форми – з порушеною трубною вагітністю. З метою оптимізації своєчасної діагностики АЯ крім клінічної симптоматики необхідно використовувати трансвагінальне динамічне УЗД.

2. Основним методом оперативного лікування АЯ є лапароскопія, обсяг оперативного втручання залежить від розмірів ушкодження яєчника: при ушкодженні яєчника <0,6 см перевагу віддають коагуляції, а при >0,6 см – резекції яєчника.

3. З метою реабілітації жінок, які перенесли апоплексію яєчника необхідно використовувати диференційований підхід. Для відновлення репродуктивної функції слід застосувати протягом 3 міс гормональні контрацептиви з урахуванням даних ендокринологічного обстеження, а також – протизапальну, розсмоктувальну, озono- і фізіотерапію.

Отже, як свідчать отримані дані, жінки, які перенесли АЯ, входять до групи ризику щодо розвитку порушень репродуктивного здоров'я і потребують проведення реабілітаційних заходів з урахуванням форми апоплексії і супутніх факторів ризику. Запропонований алгоритм діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів дозволяє знизити частоту порушень репродуктивного здоров'я, а також гестаційних ускладнень при наступній вагітності. Це дає нам право рекомендувати запропоновану методику для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

### Влияние различных форм апоплексии яичника на состояние репродуктивного здоровья женщин П.М. Патий

Полученные данные свидетельствуют, что женщины, перенесшие апоплексию яичника, составляют группу риска по развитию нарушений репродуктивного здоровья и нуждаются в проведении реабилитационных мероприятий с учетом формы апоплексии и сопутствующих факторов риска. Предлагаемый алгоритм диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий позволяет снизить частоту нарушений репродуктивного здоровья, а также гестационных осложнений при последующей беременности. Это дает нам право рекомендовать предлагаемую методику для широкого использования в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** апоплексия яичника, репродуктивное здоровье, реабилитация.

### Influence of different forms of apoplexy of ovary is on the state of reproductive health of women P.M. Patiy

The obtained data testify, that the women who have transferred apoplexia of ovarium, make risk group on development of infringements of reproductive health and require in carrying out of rehabilitation actions taking into account the form apoplexia of ovarium and risk concomitant factors. The offered algorithm of diagnostic, treatment-and-prophylactic and rehabilitation actions allows to lower frequency of infringements of reproductive health, and also gestational complications at the subsequent pregnancy. It grants to us is right to recommend an offered technique for wide use in practical public health services.

**Key words:** apoplexia of ovarium, reproductive health, rehabilitation.

#### 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. – 2016. – № 3. – С. 35–39.
2. Кох Л.И. Клинико-морфологические особенности различных форм апоплексии яичника / Л.И. Кох, Н.В. Содномова. А.В. Кириллов // Бюллетень сибирской медицины. – 2018. – № 1. – Т. 7. – С. 76–79.
3. Савельева Г.М., Штыров С.В., Тангиева З.С. Динамическая лапароскопия у гинекологических больных // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 3. – С. 17–20.
4. Штыров С.В., Панкова Ю.А., Евсеев А.А. Диагностика и лечение апоплексии яичников // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2015. – № 2. – С. 110–114.
5. Факторы риска апоплексии яичника / Л.И. Кох, Н.В. Содномова, Н.Г. Балакшина, А.В. Тардаксина // Сибирский медицинский журнал. – 2017. – № 4. – Т. 22. – С. 45–48.

УДК 618.145-002.18-007.61:611.664]-06:616.441-008.64

## Тактика лікування гіперпластичних процесів ендометрія на фоні гіпотиреозу у жінок різного віку

Ю.М. Садигов

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

Результати проведених досліджень свідчать, що основним варіантом гіперпластичних процесів ендометрія у жінок з гіпотиреозом є залозисто-кістозна гіперплазія (79,3%) порівняно із залозистими і залозисто-фіброзними поліпами ендометрія (20,7%). При поєднанні гіперпластичних процесів ендометрія і гіпотиреозу має місце обтяжений гінекологічний анамнез (ювенільні – 13,5% і дисфункціональні маткові кровотечі – 73,9%), а також поєднання з лейоміомою матки (63,3%), хронічними запальними процесами малого тазу (55,0%) і гіперплазією залозистої тканини грудних залоз (72,0%).

Використання удосконаленого алгоритму прогностичних і лікувально-профілактичних заходів дозволяє підвищити ефективність лікування гіперпластичних процесів ендометрія у жінок з гіпотиреозом, знизити кількість випадків рецидивів і надає можливість відновлення репродуктивної функції.

**Ключові слова:** гіперпластичні процеси ендометрія, гіпотиреоз, лікування.

Серед основної патології репродуктивної системи в дітородному періоді посідають гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ) [1–3]. Основними причинами розвитку різних варіантів ГПЕ є високий рівень дисгормональних порушень у репродуктивному періоді, значна частота запальних змін органів малого тазу, несприятливий вплив екологічних чинників, істотний рівень супутньої соматичної захворюваності тощо [4–6].

В умовах сьогодення тиреоїдна дисфункція і особливо гіпотиреоз є патологією, що досить часто зустрічається серед жінок репродуктивного віку, а в структурі захворюваності патологія щитоподібної залози (ЩЗ) посідає одне з перших місць [7, 8].

Серед широкого спектра причин такої несприятливої ситуації виділяють дисгормональні порушення, які можуть починатися з пубертатного періоду, обтяжений репродуктивний анамнез, медико-соціальні причини тощо [9, 12].

Не дивлячись на значне число наукових публікацій щодо проблем ГПЕ і гіпотиреозу окремо, наукові дослідження, що стосуються взаємозв'язку цих двох патологій, практично відсутні, а наявні в даному напрямку поодинокі публікації носять фрагментарний характер. Усе зазначене вище свідчить про актуальність цього наукового завдання.

**Мета дослідження:** підвищення ефективності консервативної терапії ГПЕ у жінок з гіпотиреозом на підставі вивчення основних клінічних, ехографічних, ендокринологічних і морфологічних змін, а також розроблення алгоритму різних методів використання медикаментозної терапії і прогнозування.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети і завдань було обстежено 243 жінки дітородного віку. З них характер перебігу гіперпластичних процесів ендометрія (ГПЕ) був вивчений у 182 жінок. Усіх 243 жінок було розподілено на три групи:

1-а група – 61 жінка дітородного віку без ГПЕ, з регулярним двофазним менструальним циклом, що не приймали протягом 6 міс гормональні препарати, зі зміною структури і об'єму ЩЗ у стані еутиреозу;

2-а група – 96 жінок з гіпотиреозом і ГПЕ, розподілених на дві підгрупи, з субклінічними і «маніфестними» проявами гіпотиреозу:

2.1 підгрупа – 55 жінок репродуктивного віку з клінікою ГПЕ і змінами об'єму і структури ЩЗ, характерними для стану субклінічного гіпотиреозу;

2.2 підгрупа – 41 жінка дітородного віку, з клінікою ГПЕ, що мають зміну об'єму і структури ЩЗ з «маніфестним» гіпотиреозом.

3-я група – 86 жінок з ГПЕ без супутньої патології ЩЗ.

Дослідження проводили в три етапи.

I етап – вивчення характеру екстрагенітальної і генітальної патології у жінок з ГПЕ репродуктивного періоду.

II етап – вивчення стану ЩЗ у жінок з ГПЕ репродуктивного періоду.

III етап – вивчення характеру перебігу ГПЕ у жінок репродуктивного віку з патологією ЩЗ.

Обстеження усіх пацієнток проводили за наступною схемою:

- стандартний опит із заповненням статистичної карти;
- дослідження органів і систем;
- спеціальне гінекологічне дослідження;
- визначення стану ендометрія (УЗД, гістероскопія, роздільне діагностичне вишкрібання або аспіраційна біопсія);
- дослідження функції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи;
- дослідження функції ЩЗ.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основним варіантом гіперпластичних процесів ендометрія у жінок з гіпотиреозом є залозисто-кістозна гіперплазія (79,3%) порівняно із залозистими і залозисто-фіброзними поліпами ендометрія (20,7%).

При поєднанні гіперпластичних процесів ендометрія і гіпотиреозу спостерігається обтяжений гінекологічний анамнез (ювенільні – 13,5% і дисфункціональні маткові кровотечі – 73,9%), а також поєднання з лейоміомою матки (63,3%), хронічними запальними процесами малого тазу (55,0%) і гіперплазією залозистої тканини грудних залоз (72,0%).

Менструальна функція у пацієнток з поєднанням гіперпластичних процесів ендометрія і гіпотиреозу характеризується переважанням ановуляторного менструального циклу (74,8%) порівняно з двофазним циклом (25,2%).

Ендокринологічний статус у пацієнок з поєднанням гіперпластичних процесів ендометрія і гіпотиреозу залежить від збереження фазності менструального циклу:

- при ановуляторному циклі має місце гіперестрогенія, підвищення рівня ЛГ на тлі нормальної концентрації ФСГ і зниження вмісту прогестерону;
- при двофазному циклі дисгормональні порушення носять компенсований характер.

Під час аналізу взаємозв'язку між тиреоїдною дисфункцією і різними формами гіперпластичних процесів ендометрія встановлено, що збільшення частоти залозисто-кістозної гіперплазії ендометрія у жінок на тлі патології гіпотиреозу залежить від тривалості тиреоїдної дисфункції і ступеня гормональних порушень.

Тривалий і виражений дефіцит специфічної дії тиреоїдних гормонів призводить до вираженого порушення функції гіпоталамо-гіпофізарно-оваріальної системи, а першими проявами є розлад менструальної функції з ановуляцією, безпліддям і матковими кровотечами.

Зіставлення результатів цитологічного інструментальних і морфологічних досліджень засвідчило, що точність цитологічної діагностики гіперпластичних процесів ендометрія становила 46,8%, трансвагінальної ультразвукової – 68%, ендоскопічної – 97,9%.

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

1. Для ефективної діагностики гіперпластичних процесів ендометрія у жінок з гіпотиреозом треба використовувати комплексний похід на підставі вживання клініко-лабораторних, ехографічних і ендоскопічних методів дослідження.
2. Лікувальна тактика за наявності гіперпластичних процесів ендометрія при гіпотиреозі залежить від патоморфологічної характеристики ендометрія, віку пацієнтки, ступеня порушення функції щитовидної залози, супутньої генітальної і екстрагенітальної патології.
3. У жінок віком 20–34 роки при виявленні гіперпластичних процесів ендометрія необхідно призначати комбіновані оральні контрацептиви протягом 6 міс; ехографічний контроль через 3, 6, 12 міс, аспіраційну цитологію через 3 міс, роздільне вишкрібання і гістероскопію через 6 міс.
4. У жінок 40–44 років при виявленні гіперпластичних процесів ендометрія слід призначати гестагени протягом 6 міс. Ехографічний контроль проводити через 3, 6, 12 міс, аспіраційну цитологію – через 3 міс, роздільне діагностичне вишкрібання і гістероскопію – через 6 міс.
5. У комплекс лікування хворих з гіперпластичними процесами ендометрія при гіпотиреозі, окрім гормональної терапії, за показаннями можна вклучати засоби, що поліпшують стан центральної нервової системи, препарати, що сприяють корекції змінних і водно-електролітних порушень, поліпшують функцію травного тракту, гіпосенсибілізуючі, а також седативні препарати.
6. Для ефективного прогнозування гіперпластичних процесів ендометрія у пацієнок з гіпотиреозом слід враховувати значущість наступних чинників розвитку:
  - наявність генітальної патології (R=8,1);
  - полікістозні (мультифолікулярні) зміни яєчників (R=5,3);
  - наявність супутньої мастопатії (R=5,0);

- тривалість порушень менструальної функції (R=4,8);
- наявність обтяженої спадковості (R=4,5).

Ефективність пропонованого алгоритму лікувально-профілактичних і прогностичних заходів становить 97,0%, а в 3,0% проведено оперативне лікування в об'ємі гістеректомії.

## ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що використання вдосконаленого алгоритму прогностичних і лікувально-профілактичних заходів дозволяє підвищити ефективність лікування гіперпластичних процесів ендометрія у жінок з гіпотиреозом, знизити кількість випадків рецидивів і надає можливість відновлення репродуктивної функції.

### Тактика лечения гиперпластических процессов эндометрия на фоне гипотиреоза у женщин разного возраста Ю.М. Садыгов

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основным вариантом гиперпластических процессов эндометрия у женщин с гипотиреозом является железисто-кистозная гиперплазия (79,3%) по сравнению с железистыми и железисто-фиброзными полипами эндометрия (20,7%). При сочетании гиперпластических процессов эндометрия и гипотиреоза отмечается отягощенный гинекологический анамнез (ювенильные – 13,5% и дисфункциональные маточные кровотечения – 73,9%), а также сочетание с лейомиомой матки (63,3%), хроническими воспалительными процессами малого таза (55,0%) и гиперплазией железистой ткани грудных желез (72,0%).

Использование усовершенствованного алгоритма прогностических и лечебно-профилактических мероприятий позволяет повысить эффективность лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин с гипотиреозом, снизить количество случаев рецидива и дает возможность восстановления репродуктивной функции.

**Ключевые слова:** гиперпластические процессы эндометрия, гипотиреоз, лечение.

### Tactic of treatment of hyperplastic processes of endometrium on background hypothyroidism for women different age Yu.M. Sadigov

Results of the spent researches testify that the basic variant of hyperplastic processes of endometrium at women with hypothyroidism is glands-cysts hyperplasia (79,3%) in comparison with ferruteros and glands-fibrous polyps of endometrium (20,7%). At a combination of hyperplastic processes of endometrium and hypothyroidism the burdened gynecologic anamnesis (juvenile – 13,5% and dysfunction uterine bleedings – 73,9%), and also a combination with leiomyoma of uterus (63,3%), chronic inflammatory processes of a small basin (55,0%) and hyperplasia of ferruteros fabric of mammary glands (72,0%) takes place.

Use of advanced algorithm forecasting and treatment-and-prophylactic actions allows to raise efficiency of treatment of hyperplastic processes of endometrium at women with hypothyroidism, to lower number of relapses and gives the chance restoration of reproductive function.

**Key words:** hyperplastic processes of endometrium, hypothyroidism, treatment.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Манухин И.Б. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии / Манухин И.Б., Тумилевич Л.Г., Геворкян М.А. – М.: МИА, 2017. – 247 с.
2. Сучасні принципи діагностики та лікування гіперпластичних процесів ендометрія, Методичні рекомендації. – Згідно з Протоколом, затвердженим Наказом МОЗ України від 31.12.2004 р. № 676, під ред А.Я. Сенчука, 2005 р.
3. Сімрок В.В. Гормональні показники у хворих із доброякісною патологією матки / В.В. Сімрок // Ендокринологія. – 2014. – Т. 5, № 1. – С. 10–15.
4. Коханевич Е.В. Гиперпластические процессы и рак эндометрия / Е.В. Коханевич, К.П. Ганина, В.Е. Мицкевич [и др.] // Журнал практического врача. – 2008. – № 4. – С. 23–31.
5. Горин В.С. Роль патологии щитовидной железы в развитии гиперпластических процессов в эндометрии: Обзор / В.С. Горин, С.Н. Болдырева, Г.Я. Голиков [и др.] // Вестн. Рос. ассоц. акушеров-гинекологов. – 2017. – № 4. – С. 24–27.
6. Чернуха Г.Е. Особенности гормональных взаимоотношений при различных вариантах гиперплазии эндометрия / Г.Е. Чернуха, А.А. Кангельдиева, Г.В. Слукина // Проблемы репродукции. – 2018. – Т. 8, № 5. – С. 36–40.
7. Практическое руководство по гинекологической эндокринологии / В.Н. Серов, В.Н. Прилепская, Т.Я. Пшеничникова [и др.] – М.: Русфармамед, 2015. – 427 с.
8. Чайка В.К. Прогнозирование рецидивирования гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста / В.К. Чайка, Т.И. Холодняк, Г.Д. Мисуна / Медико-социальные проблемы семьи. – 2013. – Т. 8, № 2. – С. 103–108.
9. Железнов Б.И. Клиника, диагностика и лечение полипов эндометрия / Б.И. Железнов А.Н. Стрижаков, В.А. Лебедев // Акушерство и гинекология. – 2018. – № 11. – С. 73–77.
10. Раскुरатов А.Ю. Клинико-биохимические показатели в диагностике и прогнозировании течения железистой гиперплазии эндометрия: Автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.01 «Акушерство и гинекология» / А.Ю. Раскुरатов. – М., 2012. – 19 с.
11. Клинико-патогенетические варианты гиперпластических процессов эндометрия у женщин, проживающих в различных экологических условиях / [Давидян Л.Ю., Родкана Р.А., Багдасаров А.Ю., Олейникова Д.В.] // Казанский медицинский журнал. – 2018. – Т. 83, № 2. – С. 105–107.
12. Рожковська Н.М. До питання щодо оптимальної тактики ведення хворих з поліпами ендометрія / Н.М. Рожковська // Одеський медичний журнал. – 2016. – № 2. – С. 49–50.

УДК 618.312-06:618.177-089.888.11

## Медичні і соціальні аспекти позаматкової вагітності

*В.А. Терехов*

Сумський державний університет МОН України

Дане дослідження дозволило визначити, що найбільш важливою причиною ектопічної вагітності (ЕВ) з вивчених є попереднє запалення органів малого таза. Крім того, отримані нами дані свідчать про те, що ЕВ є наслідком дії безлічі різних чинників. Найбільш важливим чинником ризику ЕВ з вивчених є перенесені запальні захворювання органів малого таза неуточненої етіології. Інші значущі чинники, що асоціюються з аномальною плацентацією, такі, як попередня ЕВ і тривалість статевого життя понад 5 років можуть розглядатися як чинники запалення і наявності патології маткових труб, що вимагають подальшого вивчення. Методика є простою і може бути використана в практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** позаматкова вагітність, медичні і соціальні аспекти.

Ефективна програма профілактики ектопічної вагітності (ЕВ) не може бути розроблена без вивчення чинників ризику даного стану. Не дивлячись на те, що деякі чинники ризику ЕВ ідентифіковані, результати проведених досліджень не можуть повною мірою бути застосовані до популяції українських жінок, що мають різні культурні і соціодемографічні характеристики, особливості статевої і контрацептивної поведінки. Дослідження щодо вивчення чинників ризику ЕВ проводили за допомогою описової статистики [1–3]. І, наскільки нам відомо, в Україні не проводилося досліджень типу випадок–контроль щодо вивчення предикторів ЕВ.

**Мета дослідження:** вивчення найбільш значущих медико-соціальних причин позаматкової вагітності.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети було обстежено 100 пацієнок з ЕВ (група дослідження) і 100 жінок з матковою вагітністю (група порівняння), з них 50 – жінки на пізніх термінах вагітності, 50 – жінки, що звернулися для проведення процедури артіфіційного аборт (за бажанням). Відбір пацієнок носив випадковий характер.

Були використані соціологічні, клінічні, лабораторні, інструментальні, ультразвукові і цитологічні методи дослідження.

Під час збору наукової інформації у пацієнок з ектопічною і матковою вагітністю використовували анкетний метод. У кожному випадку заповненню анкети передувала роз'яснювальна робота і пробне анкетування. Контроль первинного матеріалу здійснювали шляхом перевірки низки параметрів за даними офіційної медичної документації.

У всіх випадках проводили загальноклінічні аналізи крові і сечі, дослідження бактеріоскопії вмісту з каналу шийки матки і піхви.

Ехоскопічне дослідження органів малого таза виконували за допомогою приладу «Aloka 4000» з абдомінальним, трансвагінальним датчиками (3,5 і 6,0 МГц) під час госпіталізації, а в деяких випадках – під час перебування в стаціонарі.

З метою діагностики ЕВ виконували лапароскопію, яку проводили з використанням апаратури «Karl Storz» за загальноприйнятою методикою.

Крім того, з діагностичною метою у 17 жінок був проведений кульдоцентез. У 25 випадках, зважаючи на атипову клінічну картину захворювання, пацієнткам було виконано діагностичне вишкрібання порожнини матки за загальноприйнятою методикою.

Результати сечових тестів на вагітність, що враховуються нами в роботі, були отримані в результаті анкетування пацієнток. Проведення даного дослідження здійснювалось нами самостійно, з використанням доступних в аптечній мережі тест-систем.

Після виконання оперативного втручання до медичної карти вносили опис методу, особливості операції, вид анестезіологічного посібника.

Формування і оцінювання чинників ризику відбувалося на підставі даних, отриманих при анкетуванні 100 пацієнток з ЕВ і 100 жінок з матковою вагітністю. Використання ідентичної методики і місця проведення на всіх етапах дослідження дозволило отримати адекватні, репрезентативні порівняння соціально-медичних аспектів.

Вивчення впливу різних причинних чинників на формування ЕВ було засноване на розрахунку відношення шансів (ВШ) для різних предикторів у логістичній регресійній моделі. Зважаючи на велику кількість потенційних чинників ризику дослідження включало два етапи. На першому етапі для кожного з показників був виконаний розрахунок ВШ у моделі моноваріантного аналізу. Надалі найбільш істотні з них були вміщені в модель множинної логістичної регресії, що дозволило визначити скореговане ВШ для кожного з предикторів, і виділити з цієї групи несприятливих чинників найбільш незалежні і важливі в плані виконання рекомендацій. Значущими вважали предиктори, для яких ВШ було  $>1,9$ , а значення  $p < 0,05$ .

Для статистичного оброблення отриманих результатів дослідження застосовували метод варіаційної статистики з обчисленням середнього значення (М). Основні результати в тексті представлені у вигляді  $M \pm m$ , достовірними вважалися відмінності при  $p < 0,05$ . Для аналізу результатів, отриманих в ході цитологічного дослідження, застосовували аналіз дискримінанта. Для парних порівнянь  $t$ -критерій Стьюдента і лінійний кореляційний аналіз.

Оцінювання чинників ризику проводили шляхом використання логістичної регресії з розрахунком відношення шансів (ВШ) і 95% довірчих інтервалів (95% ДІ).

Оброблення даних проводили з використанням програми SPSS (Statistical Package for Social Science, release 13.0, SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Графічний і текстовий матеріали складені з використанням програми MS Power Point і MS Windows ® XP.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Був проведений аналіз основних параметрів репродуктивного здоров'я жінок з ектопічною вагітністю. Середній вік пацієнток з ЕВ становив  $28,4 \pm 0,9$  року. Більшість жінок (82,0%) були у віці 21–35 років.

Аналіз менструальної функції пацієнток з ЕВ, що включав дослідження параметрів становлення менструацій, характеристик менструального циклу, віку початку статевого життя, продемонстрував, що вони відповідали нормальним і аналогічним в групі порівняння. Так, вік менархе дорівнював  $13,5 \pm 0,3$  року, встановлення регулярного менструального циклу протягом першого року після менархе сталося у 96,0% жінок, у 83,0% пацієнток з ЕВ менструальні цикли були нормопонуючими.

Дослідження особливостей статевої функції жінок з ЕВ виявило, що 30,0% пацієнток почали статеве життя у віці молодше 17 років. При цьому середній вік сексуального дебюту становив  $17,5 \pm 0,8$  року.

Оцінювання генеративної функції свідчить, що першовагітними в нашому дослідженні були 14,0% жінок. Повторновагітні, але без виконаної репродуктивної функції – 17,0% пацієнток з ЕВ. Жінки, що мали 1–2 вагітності до справжньої становили 40,0%, а три і більш – 45,0% усіх випадків.

Серед повторновагітних пацієнток пологи в анамнезі були у 79,0% жінок, медичні аборти – у 72,0%, мимовільні аборти – у 18,0%. Крім того, у 16,0% жінок даної групи вже була ЕВ, з них в 1,0% осіб цей стан виник вже втретє.

Безпліддя в анамнезі було відзначено у 6,0% пацієнток (у 5,0% у групі порівняння), в 1,0% вагітність настала на тлі медикаментозної стимуляції овуляції.

Під час дослідження контрацептивної поведінки пацієнток з ЕВ виявлено, що більшість жінок (76,0%) не використовували методи запобігання небажаної вагітності. У разі використанні контрацепції ЕВ найчастіше наставала на тлі бар'єрних методів – 12,0%, рідше – при вживанні комбінованих оральних контрацептивів – 3,0% і сперміцидів – 3,0%.

У структурі попередньої гінекологічної патології у пацієнток з ЕВ переважали запальні захворювання органів малого таза (61,0% випадків), значно перевищуючи аналогічний показник у групі порівняння (25,0% випадків).

Не дивлячись на широке поширення запальних захворювань органів репродуктивної системи, 87,0% жінок заперечували наявність інфекцій, що передаються статевим шляхом в анамнезі, при цьому лише 44,0% пацієнток з ЕВ у даному дослідженні раніше обстежувалися відносно хламідіозу, мікоплазмозу і уреоплазмозу (75,0% у групі порівняння). Високий відсоток неуточної етіології попереднього запального захворювання може свідчити про недостатньо адекватну діагностику і лікування передуючого інфекційного процесу у жінок з ЕВ.

Аналіз хірургічного анамнезу дозволив визначити, що 32,0% пацієнток з ЕВ і 20,0% жінок з матковою вагітністю мали попередні оперативні втручання на органах черевної порожнини і малого таза. Слід відзначити, що різниця цих показників була обумовлена лише кількістю операцій на маткових трубах, що становили в групі дослідження 15,0% у групі порівняння – 3,0%.

Для визначення чинників ризику ЕВ нами було виконано дослідження типу випадок-контроль. Для кожного з вивчених чинників, із зібраних нами даних анамнезу 100 пацієнток з ЕВ і 100 жінок з матковою вагітністю, був проведений розра-

## Кореговане\* ВШ для найбільш значущих чинників ризику ЕВ

Фактори	Кореговане ВШ	95% ДІ	P
Вік (роки)			
<20	0,7	0,2-2,1	0,467
20-24	1		0,132
25-29	0,6	0,3-1,2	0,111
30-34	0,8	0,3-1,8	0,585
35-39	1,2	0,4-3,3	0,714
≥40	2,4	0,5-10,9	0,267
Паритет			
1	1		0,627
2	0,7	0,3-1,6	0,389
≥3	0,6	0,2-1,7	0,359
Плоги			
немає	1		0,034
1	2,0	1,0-3,9	0,042
≥2	1,2	0,5-2,8	0,746
Медичні аборти			
немає	1		0,313
1	1,2	0,6-2,3	0,683
2	1,8	0,8-4,2	0,196
≥3	0,9	0,4-1,8	0,715
ЕВ в анамнезі			
немає	1		
Є	8,4	1,9-37,7	0,006
Операції на маткових трубах			
Немає	1		
Є	0,8	0,2-3,4	0,785
Стаж статевого життя			
≤5 років	1		0,048
6-9	2,3	1,1-4,6	0,028
≥10	3,1	1,2-8,2	0,018
ЗЗОМТ			
Немає	1		
Є	3,9	2,6-5,8	<0,001

Примітка: \* – корекцію проводили на всі чинники ризику, наведені у таблиці.

хунок некорегованого ВШ. Це дозволило розкрити асоціацію з ризиком атипової плацентациї для наступних предикторів:

- вік старше 30 років,
- порядковий номер даної вагітності більше 2,
- наявність пологів, медичних абортів і ЕВ в анамнезі,
- стаж статевого життя більше 5 років,
- попереднє запалення органів малого таза,
- оперативні втручання на маткових трубах.

Оскільки групи випадків і контролю характеризувалися різним і невідповідним нормальному розподілом ознак, для здобуття точніших даних ми провели корекцію цих показників у мультівариантному логістичному регресійному аналізі. Значення вивчених чинників після корекції змінилося, дозволивши виявити найбільш незалежні і постійні з них, а саме: ЕВ в анамнезі, запальні захворювання органів малого таза в анамнезі, стаж статевого життя більше 5 років (таблиця).

Інші чинники ризику навпаки дещо втратили свої позиції, проте не можна не відзначити, що для них зберігаються певні закономірності: зростання значення ВШ зростає з віком жінок, кількістю попередніх вагітностей, що переважно закінчилися пологами або штучними абортами.

Зменшення ВШ для показника «попередні оперативні втручання на маткових трубах», при тому, що зберіг своє значення показнику «ЕВ в анамнезі», також велими показово. Враховуючи той факт, що абсолютна більшість (94,0%) попередніх ЕВ у даному дослідженні закінчилися тубектомією, це в черговий раз свідчить про те, що патологічна ситуація, яка призвела до атипової плацентациї, не була усунена видаленням маткової труби.

Аналіз прогностичної значущості моделі дозволив визначити, що її відтворюваність становить 78–84%.

## ВИСНОВКИ

Отже, дане дослідження дозволило визначити, що найважливішою причиною ектопічної вагітності (ЕВ) з вивчених є попереднє запалення органів малого таза. Крім того, отримані нами дані свідчать про те, що ЕВ є наслідком дії безлічі різних чинників. Найбільш важливим чинником ризику ЕВ з вивчених є перенесені запальні захворювання органів малого таза неуточної етіології (ВШК=3,9; 95% ДІ: 2,6–5,9). Інші значущі чинники, що асоціюються з аномальною плацентациєю, такі, як попередня ЕВ (ВШК=8,4; 95% ДІ: 1,9–37,9) і тривалість статевого життя понад 5 років (ВШК=2,3; 95% ДІ: 1,1–4,7) можуть розглядатися як чинники запалення і наявності патології маткових труб, що вимагають подальшого вивчення. Методика є простою і може бути використана в практичній охороні здоров'я.

**Медицинские и социальные аспекты внематочной беременности**  
**В.А. Терехов**

Данное исследование позволило определить, что наиболее важной причиной эктопической беременности (ЭБ) из изученных является предшествующее воспаление органов ма-

лого таза. Крім того, отримані нами дані свідчать про те, що ЕБ є наслідком дії множини різних факторів. Найважливішим фактором ризику ЕБ із вивчених є перенесення запальних захворювань органів малого таза неуточненої етіології. Інші значимі фактори, асоційовані з аномальною плацентацією, такі, як передшлюбна ЕБ і тривалість статевих стосунків більше 5 років можуть розглядатися як фактори запалення і наявності патології маточних труб, що вимагають подальшого вивчення. Методика є простою і може бути використана в практичному здоров'язбереженні.

**Ключевые слова:** внематочная беременность, медицинские и социальные аспекты.

### The medical and social aspects of extra-uterine pregnancy V.A. Terehov

Our research has allowed to define, that the most important reason ectopic pregnancy from studied is the previous inflammation of bodies of a small basin. The data besides, obtained by us testify that ectopic pregnancy is a consequence of action of set of various factors. The most important risk factor ectopic pregnancy from studied are the transferred inflammatory diseases of bodies of a small basin of not specified aetiology. Other significant factors, association with abnormal placental, such as previous ectopic pregnancy and duration of a sexual life can be considered more than 5 years as factors of an inflammation and pathology presence uterine the pipes, demanding the further studying. The technique is idle time and can be used in practical public health services.

**Key words:** extra-uterine pregnancy, medical and social aspects.

#### 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 внематочной беременности // Вестник Российского университета дружбы народов. – М.: Изд-во РУДГ, 2018. – № 1. – С. 255–262.
3. Истомина Н.Г. Современные медицинские технологии, применяемые в диагностике и лечении эктопической беременности // Журнал акушерства и женских болезней. – 2018. – № 1. – С. 111–117.

УДК 618.177-058.833-039

## Вплив медико-соціальних факторів на розвиток безпліддя у подружній парі

О.О. Берестовий

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

**Мета дослідження:** розгляд сучасних медико-соціальних особливостей при безплідді у подружній парі.

**Матеріали та методи.** Об'єктом дослідження стали безплідні пари, одиницею спостереження – кожна безплідна пара. Нами було проанкетовано 100 подружніх пар із безпліддям, при цьому формувалася репрезентативна вибірка за якістю і кількістю з використанням методу систематичної випадкової вибірки.

**Результати.** Результати проведених досліджень свідчать, що медико-соціальні фактори відіграють велике значення у вирішенні питання реалізації репродуктивної функції у подружніх парах. Основне значення мають стан репродуктивного здоров'я не тільки жінки, але і чоловіка або партнера, а також збереження етапності надання спеціалізованої медичної допомоги, починаючи з жіночої консультації та закінчуючи спеціалізованими клініками допоміжних репродуктивних технологій.

**Заключення.** Отримані результати необхідно враховувати при наданні медичної допомоги подружнім парам із порушенням репродуктивної функції.

**Ключові слова:** подружні пари, безпліддя, медико-соціальні особливості.

Сучасний рівень розвитку допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) є запорукою ефективного комплексного застосування у лікуванні безплідного шлюбу [1, 2]. Всебічне вивчення чинників ризику розвитку безпліддя дозволило виявити різні причини даної патології. Так, негативно впливає на репродуктивну функцію оперативні втручання на придатках, аборти, перенесені інфекції, що передаються статевим шляхом, гормональні і генетичні порушення [3–7]. У жінок виснаження фолікулярного резерву, а також супутня соматична патологія і оперативні втручання на репродуктивних органах в анамнезі істотним чином позначаються на репродуктивній функції [3, 4].

У структурі порушення репродуктивної функції на чоловічий чинник, за даними, може доводитися до 50% випадків [5, 6], особливо при загальному погіршенні якості сперми. Низкою авторів [1, 3, 4] були вивчені різні причини, що призводять до чоловічого безпліддя, у тому числі природжена патологія, запальні захворювання, оперативні втручання з приводу пахових гриз і варикоцеле, ендокринна патологія. На якість сперми істотно впливають генетичні особливості, шкідливі чинники довкілля, шкідливі звички, харчові пристрасті і професійні шкідливості [1].



Незважаючи на значну кількість наукових публікацій, присвячених проблемі безпліддя в подружній парі, не можна усі питання вважати повністю вирішеними, особливо сучасні медико-соціальні особливості.

**Мета дослідження:** розгляд сучасних медико-соціальних особливостей при безплідді у подружній парі.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети об'єктом дослідження стали безплідні пари, одиницею спостереження – кожна безплідна пара. Було проанкетовано 100 подружніх пар із безпліддям, при цьому формувалася репрезентативна вибірка за якістю і кількістю з використанням методу систематичної випадкової вибірки.

Для вивчення медико-соціальної характеристики пацієнтів, виявлення факторів ризику, визначення рівня знань з питання збереження і відновлення репродуктивного здоров'я застосовували статистичний метод, метод викопіювання з амбулаторних карт, анкетування пацієнтів. Крім того, на даному етапі дослідження були визначені соціальні, економічні і родинні чинники, які визначають репродуктивне здоров'я.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час дослідження був проведено соціологічне опитування пацієнтів, які звернулися в клініку ДРТ. Анкета включає питання медико-соціального характеру, а саме: вік, соціальне положення, дохід сім'ї, освіта, акушерсько-гінекологічний анамнез, наявність шкідливих звичок, інформованість пацієнток про методи лікування.

Було опитано 100 пар різного репродуктивного віку. Під час оцінювання вікових характеристик *пацієнток з безпліддям* було розподілено на групи таким чином:

- 1-а група – 20–25 років,
- 2-а група – 26–30 років,
- 3-я група – 31–35 років,
- 4-а група – віком понад 35 років.

Такий розподіл за віком дозволяє розрізнити жінок раннього, активного і пізнього репродуктивного віку. Переважна більшість (73%) опитаних жінок у віці старше 30 років, причому 38% з них входять до групи від 35 років і старше. На ранній репродуктивний вік (20–25 років) доводиться всього 5% безплідних жінок, причому у більшості пацієнток звернення до спеціалізованого центру пов'язане з чоловічим безпліддям, у 1% пацієнток є вади розвитку, при яких мимовільне настання вагітності взагалі неможливе, ще в 1% жінок в анамнезі були або 2 трубні вагітності або гідро-, піосальпіксис, у зв'язку з чим була виконана тубектомія з двох сторін. На групу 26–30 років доводиться 22% безплідних пацієнток.

Отримані дані відповідають спостережуваним змінам по віковій народжуваності, підтверджуючи зсув реалізації репродуктивної функції на пізніший вік, в якому пацієнти набагато частіше стикаються з проблемою безпліддя, а позитивні результати програм ДРТ мають низький відсоток.

Аналогічним чином на групи за віком було розподілено *партнерів пацієнток з безпліддям*:

- 1-а група – 20–25 років,
- 2-а група – 26–30 років,

3-я група – 31–35 років,

4-а група – 36–40 років і віком понад 40 років.

Найменша частка чоловіків доводиться на вік 20–25 років (2%), максимум складають партнери у віці 31–35 років (32%), далі чоловіки у віці віком понад 49 років (28%) і однаковий відсоток складають чоловіки у 26–30 років (17%) і 36–40 років (21%).

Розподіл за віком наочно демонструє, що серед пацієнток з безпліддям переважають жінки старшого репродуктивного віку, так само, як і серед їхніх партнерів, і у багатьох випадках у зв'язку з віковими особливостями, спостерігається поєднання чоловічого і жіночого чинників безпліддя. Враховуючи дисбаланс чоловічого і жіночого населення, чоловіки старших репродуктивних віків активно беруть участь в реалізації дітородної функції.

Щодо соціального положення, то під час оцінювання доходу сімей і роду їхньої діяльності, можна відзначити, що більшість пацієнток з безпліддям мають активну життєву позицію, соціально спроможні, мають вищу освіту, середній дохід і дохід вище середнього. Найбільша частка жінок належить до службовців (35%), робітників і домогосподарок приблизно порівну (19% і 18% відповідно), керівні пости займають 15% пацієнток з безпліддям, по 3% доводиться на науковців і зайнятих іншою діяльністю, не працюють 7% жінок.

Частка службовців серед чоловіків становить 34%, керівні посади займають 31%, робітників було 15%, зайнятих іншою діяльністю (в основному, приватний бізнес і підприємництво) – 12%, наукові співробітники складають 5%, не працюють 3%. Отже, отримані дані підтверджують припущення про те, що багато пар прагнуть реалізуватися в соціальній сфері і досягти певного добробуту, перш ніж народити дитину.

У зареєстрованому шлюбі перебували 71% жінок з безпліддям, у цивільному – 25% пацієнток, розлучених – 4%, не одружені 1% з числа тих, що звернулися за допомогою. Тобто, майже кожна третя пацієнтка (30%) з тих, хто звернувся у відділення ДРТ, не має зареєстрованого шлюбу і не розглядає своє положення як можливу причину відмовитися від народження дитини поза шлюбом, навпаки така поведінка підкреслює усвідомленість рішення реалізувати дітородну функцію.

Переважає більшість жінок закінчили вищі учбові заклади (89%), середню спеціальну і незавершену вищу освіту мають по 6% респонденток. Деяко інші результати отримані при вивченні рівня освіти у чоловіків. Так, 76% складають чоловіки з вищою освітою, чоловіки з незавершеною вищою – 11%, із середньою спеціальною освітою – 10%. Середню освіту мають 4% чоловіків.

Для оцінювання доходу сімей до анкети були включені питання, що стосуються житлових умов і суб'єктивної оцінки доходу сім'ї. Більшість безплідних пар мешкають в окремій квартирі – 67%, приватний будинок мають 17%, мають кімнату в квартирі – 10%, 7% привели інші варіанти відповідей. Свій дохід як нижче середнього оцінили близько 2% опитаних, середній дохід в 73%, вище середнього дохід в 21%, високим дохід сім'ї вважали 4% респонденток. Підсумовуючи зазначене вище, більшість тих, хто звернувся по спеціалізовану допомогу, мають дохід, що дозволяє оплачувати програми ДРТ.

Серед шкідливих звичок оцінювали пристрасть до паління і вживання алкоголю. Більшість жінок (74%) не мають звички табакопаління, 20% палять інколи в компаніях. До таких, що часто палять віднесли себе 4%, палять постійно 2% пацієнток.

Щодо вживання алкоголю, то 31% жінок взагалі не вживають алкоголь, 70% вживають спиртні напої інколи, тобто відносяться до групи, званої в англійській літературі *social drinking*. Наявність професійних шкідливостей на робочому місці відзначили лише 13% жінок. Серед них 46% до професійних шкідливостей віднесли роботу з персональним комп'ютером; стресовий чинник відзначили 23% пацієнок, добовий графік роботи був у 8%. Вібрацію, як шкідливий виробничий чинник, пил, роботу з шкідливими рідинами відзначили по 8% анкетованих респонденток.

З метою оцінювання гінекологічного анамнезу до анкети були включені такі запитання, як вік менархе, вік початку статевого життя і вступ до шлюбу, наявність різних захворювань, оперативних втручань на органах малого тазу, інфекції, що передаються статевим шляхом тощо. Середній вік настання менархе становив  $12,8 \pm 1,2$  року. Вік настання менструації варіював від 10 до 18 років.

У більшості пацієнок (80%) вік менархе становив 12–14 років. Раннє менархе виявлене у 14% жінок, пізніше менархе – у 6%. Середній вік початку статевого життя становив  $18,1 \pm 1,8$  року (варіював від 15 до 23 років). Середній вік вступу до шлюбу або початку родинного життя для тих, що знаходяться в цивільному шлюбі, становив  $23,7 \pm 2,6$  року.

Під час аналізу структури безпліддя в досліджуваній групі в 41% пацієнок діагностували первинне безпліддя, а в 59%, відповідно, вторинне. Серед жінок з вторинним безпліддям в 21% на момент звернення до відділення ДРТ були діти. 8% жінок відзначили, що діти від інших шлюбів є або у них, або у їх партнерів. У анамнезі від 2 до 4 вагітностей відзначили 12% жінок з вторинним безпліддям.

Отже, серед опитаних жінок в 41% не було вагітностей в анамнезі, тобто ці пацієнти звернулися у відділення ДРТ з приводу первинного безпліддя. Враховуючи тенденції до пізнішого дитородіння і наявності сучасних засобів контрацепції, багато жінок відкладають зачаття і народження дитини до 30 років, у зв'язку з чим, можливе зростання первинного безпліддя із-за зниження репродуктивної здатності в цьому віці.

Наявність оперативних втручань на слизовій оболонці матки відзначила більше половини (65%) всіх жінок, що мали безпліддя. У 15% зі всіх опитаних жінок одна або декілька вагітностей виявилися такими, що не розвиваються, у зв'язку з чим було виконано інструментальне видалення плодового яйця, вишкрябання слизової матки. Практично половина жінок з безпліддям (49%) в анамнезі мали аборти. З позаматковою вагітністю в анамнезі 4% пацієнок, причому у 1% жінок з безпліддям було видалено обидві маткові труби. У 8% жінок в анамнезі виявляли міому матки з підслизовим розташуванням вузлів, поліпектомія або вишкрябання з приводу гіперплазії ендометрія була виконана у 19% пацієнок.

У всіх пацієнок з вторинним безпліддям було те або інше оперативне втручання на слизовій оболонці матки, тоді як у пацієнок з первинним безпліддям такі втручання відмічені лише у 23% жінок.

При аналізі гінекологічної захворюваності визначено, що інфекції, що передаються статевим шляхом, перенесли 67% опитаних жінок, причому мікст-інфекція відмічена в 8% респондентів. Запальні захворювання органів малого тазу в анамнезі відзначили 28%, міома матки різної локалізації зустрічалася в 18%. Патологію шийки матки виявлено у 35% пацієнок, 25% жінок мали в анамнезі ендометріоз

різних локалізацій, синдром полікістозних яєчників діагностували в 11%. Так само 21% жінок відзначили порушення менструальної функції різного характеру. Передчасне виснаження яєчників мало місце у 7% жінок з безпліддям (14,2% - у віковій групі 26-30 років, по 42,9% - у вікових групах 31-35 років і старше 35 років). Аномалії розвитку статевих органів мали місце в 1% випадків. Різні утворення яєчників, а так само апоплексія відмічена в анамнезі у 28% пацієнок з безпліддям. Лише 8% пацієнок не мали в анамнезі гінекологічних захворювань.

Отже, отримані дані збігаються з даними літературного огляду і показують, що зі збільшенням репродуктивного віку наголошується накопичення гінекологічної патології і збільшується частка оперативних втручань на репродуктивних органах, що багато в чому впливає на результативність програм ДРТ.

Зі всіх опитаних жінок вперше звернулися за лікуванням до спеціалізованої клініки ДРТ 21% пацієнок. 79% пацієнок раніше лікували безпліддя або в різних клініках та центрах або в державних установах. Серед жінок, що проходили лікування за допомогою різних методик ДРТ, 24% пацієнок раніше проходили програму ЕКЗ, 13% жінок – програму ЕКЗ+ІКСІ, 23% раніше удавалися до інсемінації, 2% пацієнок раніше проходили лікування методом ЕКЗ в природному циклі. Останнім пацієнкам (38%) проводилося декілька різних програм. Багато пацієнтів намагаються пройти лікування в різних установах в надії завагітніти. Деяким хворим у зв'язку з супутньою патологією або анамнестичними даними відмовляють в одних центрах і вони, втаюючи інформацію, яка, як вони вважають, може бути причиною відмови в лікуванні, звертаються до іншого центру ДРТ.

Число спроб програм ДРТ в анамнезі варіювало від 1 до 7 і більш. Частка жінок зменшується зі зростанням числа спроб ДРТ в анамнезі, тобто максимальне число жінок мають в анамнезі 1 спробу (31%), 2 спроби застосували 28% пацієнок, в 4% респондентів 7 спроб виконані раніше. Багато хто, сподіваючись на настання вагітності, проходять лікування в різних клініках (79%). Орієнтуючись на заяви засобів масової інформації (ЗМІ) про самостійне настання вагітності і пологів у вікових жінок, пацієнтки пізнього репродуктивного віку, що не мають власних дітей, упускають можливість виносити і народити власних дітей, відкладаючи вагітність на ще пізніший вік, у зв'язку з чим пацієнкам потрібні програми не лише з використанням донорських клітин, але і за участю сурогатних матерів.

Отже, під час кількості спроб встановлено, що в 40% пар в анамнезі більше 2 спроб ДРТ, що свідчить про недостатнє обстеження, необхідність вживання інших програм ДРТ. Проведення медико-генетичного консультування з метою дообстеження дозволить заощадити час і засоби хворого і оптимізувати подальший вибір програм ДРТ для досягнення позитивного результату.

За відповідями на запитання «як ви оцінюєте своє здоров'я?» пацієнтки розділилися на три групи: 49% жінок визнали своє здоров'я хорошим, 45% – задовільним і лише 7% - поганим.

При оцінюванні тривалості обстеження і консервативного лікування в умовах поліклініки були отримані наступні дані. Мінімальна тривалість обстеження і спостереження пацієнтки по безпліддю в поліклініці становила 6 міс, деякі пари спостерігалися в жіночій консультації з приводу безпліддя протягом 10 років, перш ніж звернутися до спеціалізованого центру. У більшості випадків лікарі жіночої консуль-

тації обстежували у зв'язку з відсутністю вагітності і чекали мимовільного настання вагітності у пацієнок протягом 2 років до моменту звернення в спеціалізовану клініку (37%), протягом 1 року або 3 років спостерігалось по 19% пацієнок. Наведені дані свідчать, що має місце недотримання стандартів діагностики безпліддя і відсутність спадкоємності у роботі амбулаторно-поліклінічних установ і спеціалізованою допомогою в клініках ДРТ. Цікаво, що тривалість спостереження в консультації протягом 5 років, відзначена у 13% жінок, протягом 6 міс, 1,5 років, 4, 6 і 10 років не перевищувала 4%. З відповіддю «важко» у 9% зі всіх опитаних пацієнок.

Так само слід зазначити, що тільки 35% жінок було направлено за здобуттям спеціалізованої допомоги лікарями жіночої консультації, 51% пацієнок звернулися самостійно, 14% жінок прибігли до допомоги фахівця за наполяганням родичів, що є прикладом порушення етапності надання медичної допомоги. У зв'язку з відсутністю вагітності 65% пацієнок вперше звернулися до різних державних медичних установ. 35% жінок звернулися до приватних фахівців. Цікаво відзначити, що зі всіх опитаних пацієнок, не дивлячись на обстеження, що проводилося лікарями, і лікування, намагалися самостійно вилікуватися від безпліддя 12% жінок, що свідчить про низьку інформованість самих жінок по питаннях безпліддя.

Середній вік жінок, яким діагностували безпліддя, становили  $32,3 \pm 3,1$  року, його мінімальне і максимальне значення – 23 і 40 років відповідно. Частіше безпліддя діагностували пацієнткам у віковій групі 31–35 років (37%), безпліддя у віковій групі 26–30 діагностовано в 31%, на групу 20–25 доводиться 19%, у віці понад 36 років безпліддя діагностується в 13% випадків, 2% пацієнок не пригадали, в якому віці їм діагностували безпліддя. Отже, середній вік діагностики безпліддя у 50% жінок становить 30 і більше років. Це істотним чином відбивається на результатах програм ДРТ. Даний віковий інтервал як вік діагностики безпліддя може визначатися відкладанням реалізації дітородної функції на більш старший вік або невиправдано тривалим спостереженням на рівні надання первинної медико-санітарної допомоги або недотриманням принципу спадкоємності надання медичної допомоги.

У 24% випадків відбувалося поєднання чоловічого і жіночого чинників безпліддя. Чисто чоловічий чинник виявлений в 11% випадків, аналогічний відсоток пацієнок не знають, який чинник безпліддя у них є, оскільки звернулися по спеціалізовану допомогу вперше або не проходили повноцінне обстеження. У 53% безпліддя обумовлене лише жіночим чинником.

При аналізі структури жіночого безпліддя можна відзначити, що в 23% випадків має місце трубно-перитонеальний чинник, в 15% – ендокринна патологія, шіщичний чинник виявлений у 2% пацієнок, абсолютний трубний чинник фіксують в 4% випадків, на матковий чинник доводиться 8%, а також в 7% випадків має місце передчасне виснаження яєчників. Ще 21% респондентів не знають точно, в чому причина безпліддя. Майже в 20% випадків має місце поєднана патологія, що призводить до безпліддя.

Відомо, що у зв'язку з діагностикою безпліддя можуть змінюватися психологічний стан, поведінка в соціумі, тому до анкети були включені питання, що дозволяють визначити, що змінилося в житті пацієнтів після діагностики безпліддя. 29% жінок відзначили, що після встановлення діагнозу в їхньому житті нічого не змінилося, в 1% опитаних шлюбні стосунки стали міцнішими, в 5% відсотках ви-

падків розпався шлюб, 4% жінок змінили роботу, 7% пацієнок повідомили, що у них погіршали стосунки в сім'ї, у 8% відсотках випадків діагностика безпліддя призвела до погіршення інтимних стосунків, 11% пацієнок занурилися в роботу, що призвело до кар'єрного зростання, 9% жінок внаслідок безпліддя відмовилися від шкідливих звичок, 18% жінок вважають, що до них стали більше проявляти уваги родичі і колеги. У 10% жінок діагностика безпліддя призвела до зміни декілька із зазначених вище життєвих аспектів. Отже, лише у 29% жінок не змінився характер соціального функціонування після діагностики безпліддя, тоді як останні респонденти потребували тих або інших реабілітаційних заходів.

Наявність будь-якого дефекту або відчуття своєї неповноцінності у людини часто призводить до заперечення проблеми, зміни поведінки, скритності. Так і пацієнти з безпліддям частенько приховують, що удаються до ДРТ. За нашими даними, 36% пацієнок негативно віднеслися до того, аби хтось дізнався про те, що вони народили дитину «з пробірки», 58% жінок нейтрально відносяться до того, аби ті, що оточують знали про їх проблему, і майже 6% охоче розповідають про свій стан.

При вивченні доступності ДРТ відзначено, що здобуття медичних послуг з лікування безпліддя недоступно у фінансовому відношенні для багатьох громадян. Згідно з нашими даними, 80% жінок повідомили, що гроші на лікування – це особисті заощадження. У 13% випадків лікування допомагає сплатити сім'ї, кредит узяли майже 3% опитаних, як особисті засоби, так і родинні заощадження вклали в лікування майже 4% жінок, кредит і особисті заощадження використовує майже 1% пацієнок. 40% опитаних жінок вважають, що вартість лікування за допомогою репродуктивних технологій висока, 55% вважають, що ціна прийнятна.

## ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що медико-соціальні фактори відіграють велике значення для вирішення питання реалізації репродуктивної функції в подружніх парах. Основне значення мають стан репродуктивного здоров'я не тільки жінки, але і чоловіка або партнера, а також збереження етапності надання спеціалізованої медичної допомоги, починаючи з жіночої консультації та закінчуючи спеціалізованими клініками допоміжних репродуктивних технологій.

Отримані результати необхідно враховувати при наданні медичної допомоги подружнім парам із порушенням репродуктивної функції.

## Влияние медико-социальных факторов на развитие бесплодия у супружеских пар

**О.А. Берестовой**

**Цель исследования:** изучение современных медико-социальные особенности при бесплодии супружеских пар.

**Материалы и методы.** Объектом исследования были супружеские пары с бесплодием, единицей наблюдения – каждая бесплодная пара. Было проанкетировано 100 супружеских пар с бесплодием, при этом формировалась репрезентативная выборка по качеству и количеству с использованием метода систематической случайной выборки.

**Результаты.** Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что медико-социальные факторы имеют большое значение для решения вопроса реализации репродуктивной функции у супружеских пар. Основное значение имеет состояние репродуктивного здоровья не только женщины, но и мужа или партнера, а также сохранение этапности проведения специализированной медицинской помощи, начиная с женской консультации и заканчивая специализированными клиниками вспомогательных репродуктивных технологий.

**Заключение.** Полученные результаты необходимо учитывать при оказании медицинской помощи супружеским парам с нарушением репродуктивной функции.

**Ключевые слова:** супружеские пары, бесплодие, медико-социальные особенности.

### Influence medical-social features on development sterility at married couples O.O. Berestovy

**The objective:** to study modern medico-social features at sterility of married couples.

**Materials and methods:** object of research about married couples with barrenes, sampling unit – each sterility married couple. 100 married couples with sterility were us study, representative selection on quality and quantity with use of method of a systematic random sample was thus formed.

**Results.** Results of the conducted researches testify that medical-social factors are of great importance for the solution of a question of realization of genesial function at married couples. Major importance has condition of genesial health not only the woman, but also the husband or the partner, and also conservation of staging of carrying out specialized medical care, since women consultation and finishing specialized clinics of auxiliary reproductive technologies.

**Conclusion.** The received results needs to be considered when rendering medical care to married couples with disturbance of reproductive function.

**Key words:** married couples, sterility, medico-social features.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дарій О.С., 2018. Оптимізація тактики допоміжних репродуктивних технологій у подружніх пар з обтяженим генетичним анамнезом // Здоровье женщины : 8 : 103-107.
2. Денисенко С.В., 2016. Оптимизация современной диагностики хромосомных аномалий, выявляемых у супружеских пар с нарушением репродуктивной функции // Здоровье женщины : 10 : 56-59.
3. Палига І.Е., 2017. Прогнозування невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій // Здоровье женщины : 2 : 122-124.
4. Палига І.Е., 2017. Профілактика невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій // Здоровье женщины : 3 : 110-113.
5. Суслікова Л.В., 2017. Сучасні допоміжні репродуктивні технології в Україні // Мистецтво лікування. Журнал сучасного лікаря : 4 : 13–15.
6. Юзько О.М., 2017. Тактика допоміжних репродуктивних технологій на сучасному етапі // Практична медицина: 2: 46-52.
7. Callan V.J., Hennessey J.F., 2016. The psychological adjustment of women experiencing infertility. British Journal of Medical Psychology : 61 : 137-140.

УДК 618.177-089.888.11:618.11/.12-08-035

## Оптимізація допоміжних репродуктивних технологій після різних операцій на яєчниках

О.М. Іщак

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

**Мета дослідження:** підвищення ефективності лікування безпліддя у жінок після різних методів лікування патології яєчників та маткових труб на тлі удосконалення та впровадження алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективне групове дослідження 300 пацієнок з безпліддям, які пройшли 543 цикли допоміжних репродуктивних технологій. Із 300 пацієнок з безпліддям 150 (50,0%) жінок мали в анамнезі реконструктивно-пластичні оперативні втручання на придатках матки (1 основна група) та пройшли 298 циклів допоміжних репродуктивних технологій.

**Результати.** Ефективність допоміжних репродуктивних технологій у жінок з різною патологією яєчників та маткових труб залежить від своєчасності діагностики, якості проведення оперативного втручання зі збереженням функціонального стану яєчників, своєчасності використання допоміжних репродуктивних технологій та адекватної профілактики репродуктивних втрат на ранніх термінах вагітності.

**Заключення.** Результати проведених досліджень свідчать, що проведення допоміжних репродуктивних технологій після різних методів лікування патології яєчників та маткових труб має свої особливості, які треба враховувати на усіх етапах ведення жінок. Використання удосконаленого нами алгоритму дозволяє підвищити ефективність лікування жіночого безпліддя у жінок груп високого ризику. Отримані дані дозволяють рекомендувати удосконалений нами алгоритм для широкого використання у клініках репродуктології.

**Ключові слова:** операції на яєчниках та маткових трубах, допоміжні репродуктивні технології.

Протягом останніх років допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) все частіше використовують у пацієнок з різними варіантами гінекологічної захворюваності і ефективність їх постійно підвищується [1, 2]. Серед різних причин жіночого безпліддя збільшився рівень перенесених оперативних втручань на придатках матки [3–5]. При цьому тактика ведення цих пацієнок остаточно не відпрацьована, що є однією з причин недостатньої ефективності ДРТ.

В умовах сьогодення існують різні методи лікування патології яєчників і маткових труб, а також неоднозначне відношення до обсягу оперативних втручань та

використання сучасних ендоскопічних технологій [3, 4]. Особливо це стосується пацієнок з різними варіантами патології яєчників, включаючи їх полікістозні зміни, маткових труб, особливо за наявності гідросальпінксів [1, 2, 5].

Не дивлячись на значне число наукових публікацій з проблем ДРТ, не можна вважати її повністю вирішеною, особливо у плані вивчення порівняльних аспектів ДРТ у жінок після різних методів лікування патології яєчників та маткових труб.

Усе зазначене вище стало для нас підставою до проведення даного наукового дослідження, яке б дозволило вирішити важливе наукове завдання сучасної репродуктології.

**Мета дослідження:** підвищення ефективності лікування безпліддя у жінок після різних методів лікування патології яєчників та маткових труб на тлі удосконалення та впровадження алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для виконання поставленої мети було проведено ретроспективне групове дослідження 300 пацієнок з безпліддям, які пройшли 543 цикли ДРТ.

Із 300 пацієнок з безпліддям 150 (50,0%) жінок мали в анамнезі реконструктивно-пластичні оперативні втручання на придатках матки (1 основна група) та пройшли 298 циклів ДРТ.

У всіх пацієнок були виконані наступні оперативні втручання:

- 86 (57,3%) пацієнтки в анамнезі мали операції на яєчниках;

- 64 (42,7%) пацієнок в анамнезі мали операції на маткових трубах.

Основну групу (група 1 – 150 жінок) було розподілено таким чином:

1.1 підгрупа – 86 пацієнок, що мали в анамнезі операції на яєчниках з приводу різної патології яєчників. На підставі вивчення гінекологічного анамнезу дана підгрупа була поділена на три підгрупи:

- підгрупа 1.1.1 – 46 (53,4%) пацієнок, яким було проведено видалення ендометріюїдних кіст;

- підгрупа 1.1.2 – 20 (23,3%) пацієнок, в яких оперативні втручання були проведені з приводу фолікулярних кіст і кіст жовтого тіла;

- підгрупа 1.1.3 – 20 (23,3%) пацієнок після хірургічного лікування синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ).

1.2 підгрупа – 64 пацієнтки, що мають в анамнезі реконструктивно-пластичні операції на маткових трубах. На підставі даних обстеження гістеросальпінгографії і ультразвукового дослідження (ГСГ і УЗД) цю групу було розподілено на дві підгрупи:

- 1.2.1 підгрупа – включила 30 (46,9%) пацієнок, в яких під час обстеження і підготовки до програми ДРТ були виявлені одно- або двосторонній гідросальпінкс;

- 1.2.2 підгрупа – 34 (53,1%) пацієнтки, в яких при обстеженні і підготовці до ДРТ жодної патології маткових труб виявлено не було.

До контрольної групи (група 2) увійшли 150 пацієнок, які не були прооперовані з приводу новоутворень яєчників або перенесли тубектомію, яким було проведено 245 циклів ДРТ.

Таблиця 1

### Групи пацієнок

1 група (основна)	2 група (контрольна)
1.1 підгрупа - в анамнезі операції на яєчниках з приводу пухлино-подібних утворень	2.1 підгрупа - пацієнтки, які мають на момент проведення ДРТ в одному або обох яєчниках пухлино подібні утворення та не були прооперовані
1.1.1 - видалення ендометріюїдних кіст в анамнезі 1.1.2 - видалення функціональних кіст в анамнезі 1.1.3 - хірургічне лікування СПКЯ в анамнезі	2.1.1 - ендометріюїдні кісти 2.1.2 - функціональні кісти 2.1.3 - мультифолікулярні кісти (СПКЯ)
1.2 підгрупа - в анамнезі реконструктивні пластичні операції на маткових трубах	2.2 підгрупа - в анамнезі дво- або одностороння тубектомія
1.2.1 підгрупа - пацієнтки з рецидивом гідросальпінкса на момент ДРТ 1.2.2 підгруп - пацієнтки без патології маткових труб на момент ДРТ	

Критерії розподілу пацієнок групи 2 на підгрупи були наступними:

2.1 підгрупа – 100 пацієнок, які мають на момент проведення ДРТ в одному або обох яєчниках пухлиноподібні утворення. Дану підгрупу надалі так само було розподілено на три підгрупи:

- 2.1.1 – 50 (50,0%) пацієнок з ендометріюїдними кістами (середній розмір кіст становив  $2,8 \pm 1,3$  см);

- 2.1.2 – 30 (30,0%) пацієнок з функціональними кістами (фолікулярні, кісти жовтого тіла діаметром до 5 см, середній розмір становив  $4,3 \pm 1,1$  см);

- 2.1.3 – 20 (20,0%) пацієнок з мультифолікулярними кістами яєчників.

2.2 підгрупа – 50 пацієнок, які мають в анамнезі дво- або однобічні тубектомії, не потребувала розподілу (табл. 1).

Пацієнтки основної і контрольної груп за віком, тривалістю безпліддя, тривалістю менструального циклу, масо-зростовими показниками між собою достовірно не розрізнялися. Вік всієї когорти пацієнок з безпліддям коливався від 22 до 35 років і в середньому становив  $29,3 \pm 3,4$  року. Тривалість безпліддя всіх пацієнок становила  $7,1 \pm 3,4$  року (табл. 2–4).

У підгрупі 1.1 – 86 пацієнкам з патологією яєчників проводилися оперативні втручання:

- однобічна резекція яєчника – 33 (38,4%) випадки;

- двобічна резекція яєчників – 41 (47,7%) випадок;

- діатермокаутеризація яєчників – 12 (13,9%) випадків.

Під час вивчення гінекологічного анамнезу в 1.2 підгрупі було встановлено, що провідною причиною, що призводить до виконання реконструктивно-пластичних

Таблиця 2

## Порівняльна характеристика пацієнок

Показники	1.1 (n=86)	1.2 (n=64)	2.1 (n=100)	2.2 (n=50)
Вік	32,8±4,7	29,4±3,2	32,9±5,0	28,7±3,4
Тривалість безпліддя	7,1±2,9	6,9±3,7	6,8±4,1	7,1±3,5
Тривалість менструального циклу	29,1±3,4	28,7±3,2	28,5±3,4	28,7±3,6
Первинне безпліддя, %	52,1	47,3	62,0	-
Вторинне безпліддя, %	47,9	52,7	38,0	100

Таблиця 3

## Перенесені гінекологічні захворювання, %

Показники	1.1 (n=86)	1.2 (n=64)	2.1 (n=100)	2.2 (n=50)
Запальні захворювання органів малого таза (сальпінгофорит, ендометрит, пельвіоперитоніт)	57,5	74,5	72,0	36,0
Фонові захворювання шийки матки (ектопія, ектропіон, поліп каналу шийки матки)	63,0	45,5	22,0	51,0
ІПСШ (гонорея, трихомоніаз, хламідіоз, сифіліс)	43,8	32,7	41,0	33,0
Кандидозний вульвовагініт, бактеріальний вагіноз	90,4	70,9	74,0	35,0

Таблиця 4

## Причини безпліддя, %

Фактори безпліддя	1.1 (n=86)	1.2 (n=64)	2.1 (n=100)	2.2 (n=50)
Трубний фактор	12,3	65,5	8,0	100,0
Генітальний ендометріоз	46,6		53,0	
Ендокринний фактор	28,8	9,1	13,0	
Чоловічий фактор	1,4	3,6	2,0	
Ідіопатичне безпліддя	13,7	21,8	24,0	

операцій на маткових трубах, є позаматкова вагітність – 43,7%, гідро-, сактосальпінкс – 41,8%, порушена прохідність маткових труб за даними ГСГ – 14,5%.

Причинами гідросальпінксу в 1.2.1 підгрупі були попередні оперативні втручання на маткових трубах, запальні захворювання органів малого таза, хронічний сальпінгіт.

У 1.2 підгрупі пацієнткам з патологією маткових труб проводили органозберігаючі операції:

- фібріолізис – 14,5%;
- фібріопластика – 34,5%;
- сальпінгостомія – 51%;

Під час ретроспективного аналізу 300 історій хвороби було встановлено, що пацієнтки в цілому перенесли 245 операцій, з яких 200 були генітальної локалізації (86 – органозберігаючі операції на яєчниках; 64 – консервативно-пластичні операції на маткових трубах та 50 – видалення одної або двох маткових труб), з їхнього числа лапароскопія – 88,2% і шляхом лапаротомії – 11,8%. Інші 45 операцій були екстрагенітальної локалізації (апендектомія, тонзілектомія тощо).

Дослідження є ретроспективним і проводилося відповідно до дизайну випадок–контроль. Як основну групу (випадок) розглядали пацієнок з вагітністю, що настала після ДРТ. Як контроль розглядали пацієнок, в яких всі спроби ДРТ були невдалими.

Дані про раніше виконані хірургічні втручання збирали на підставі анамнезу і виписок з історій хвороби пацієнок.

Проводили порівняння ймовірності настання вагітності після ДРТ в основній і контрольних групах по засобам розрахунку відносного ризику і статистичне порівняння пропорцій.

Удосконалений нами алгоритм підготовки та проведення ДРТ включав наступні моменти:

- не оперувати функціональні кісти яєчників, у тому числі і при зниженні оваріального резерву;
- при проведенні операцій на яєчниках змінити резекції на енуклеації з мінімальним використанням електрокоагуляції;
- видаляти гідро/сактосальпінкси;
- використовувати лапароскопічну діатермопунктуру яєчників при функціонуючих маткових трубах.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними варіантами патології яєчників у жінок з безпліддям є:

- ендометріодні кісти (53,4%);
- функціональні кісти (23,3%);
- полікістозно змінені яєчники (23,3%).

Провідними показаннями до реконструктивно-пластичних операцій на маткових трубах є позаматкова вагітність – 43,7%, гідро-, сактосальпінкс – 41,8%, а також порушена прохідність маткових труб за даними гістеросальпінгографії – 14,5%. У структурі операцій на яєчниках частіше зустрічались резекції: однібочна (38,4%) та (47,7%), а також діатермокаутеризація яєчників – 13,9%.

Основними варіантами органозберігаючих операцій при патології маткових труб є:

- фібріолізис – 14,5%;
- фібріопластика – 34,5%;
- сальпінгостомія – 51,0%.

Встановлена чітка залежність показників настання вагітності від якості перенесених у порожнину матки ембріонів і відповідності інтенсивності їх дроблення дню культивування. У всіх оперованих жінок спостерігаються достовірні відмінності в показниках настання вагітності на цикл, що стимулюється, порівняно з неоперованими, а показники настання вагітності були в 2 рази меншими:

- 19,8% і 34,0% відповідно – загальна частота настання вагітності на цикл ( $p < 0,05$ );
- 17,2% і 30,3% відповідно – для жінок з оперованими і не оперованими ендометріомами яєчників ( $p < 0,05$ );
- 20,0% і 36,7% відповідно – для пацієнок з оперованими та неоперованими з приводу функціональних кіст яєчників ( $p < 0,05$ );
- у жінок з полікістозними яєчниками достовірна різниця відсутня ( $p > 0,05$ ).

У жінок, які перенесли консервативно-пластичні та радикальні операції на маткових трубах, кількість аспірованих фолікулів та ідентифікованих зрілих ооцитів достовірно не відрізняється ( $p > 0,05$ ). За наявності гідросальпінкса після консервативно-пластичних операцій на маткових трубах порівняно з тубектомією спостерігається зниження кількості вагітностей (16,7% та 42,0%) та збільшення репродуктивних втрат (25,0% та 9,5%).

Ефективність ДРТ у жінок з різною патологією яєчників та маткових труб залежить від своєчасності діагностики, якості проведення оперативного втручання зі збереженням функціонального стану яєчників, своєчасності використання допоміжних репродуктивних технологій та адекватної профілактики репродуктивних втрат на ранніх термінах вагітності.

Для підвищення ефективності ДРТ у жінок з безпліддям і операціями на яєчниках в анамнезі необхідно враховувати якість попереднього оперативного втручання, а чинниками, що підвищують вірогідність настання вагітності, є адекватний об'єм, дбайлива техніка оперативного лікування, відмова від вичікувальної тактики і проведення циклів не пізніше як через 2–3 міс після завершення хірургічного лікування.

Органозберігаючі операції на маткових трубах у пацієнок з безпліддям і позаматковими вагітностями або гідросальпінксом є мало перспективними, тому що призводять до зменшення настання вагітності та збільшення репродуктивних втрат при використанні у них ДРТ порівняно з тубектомією. У пацієнок з безпліддям наявність гідросальпінксу або позаматкової вагітності є показанням для виконання тубектомії з наступною підготовкою пацієнок до програм ДРТ протягом 2–3 міс.

## ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що проведення допоміжних репродуктивних технологій після різних методів лікування патології яєчників та маткових труб має свої особливості, які треба враховувати на усіх етапах ведення жінок. Використання удосконаленого нами алгоритму дозволяє підвищити ефективність лікування жіночого безпліддя у жінок груп високого ризику. Отримані дані дозволяють нам рекомендувати удосконалений нами алгоритм для широкого використання у клініках репродуктології.

## Оптимизация вспомогательных репродуктивных технологий после различных операций на яичниках

О.М. Ищак

**Цель исследования:** повышение эффективности лечения бесплодия у женщин после различных методов лечения патологии яичников и маточных труб на основе усовершенствования и внедрения алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Материалы и методы.** Проведено ретроспективное групповое исследование 300 пациенток с бесплодием, которым было выполнено 543 цикла вспомогательных репродуктивных технологий. Из 300 пациенток с бесплодием 150 (50,0%) женщин имели в анамнезе реконструктивно-пластические оперативные вмешательства на придатках матки (1 основная группа), им выполнено 298 циклов вспомогательных репродуктивных технологий.

**Результаты.** Эффективность вспомогательных репродуктивных технологий у женщин с различной патологией яичников и маточных труб зависит от своевременной диагностики, качества выполнения оперативного вмешательства с сохранением функционального состояния яичников, сроков использования вспомогательных репродуктивных технологий и адекватной профилактики репродуктивных потерь на ранних сроках беременности.

**Заключение.** Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что проведение вспомогательных репродуктивных технологий после различных методов лечения патологии яичников и маточных труб имеет свои особенности, которые необходимо учитывать на всех этапах ведения женщины. Использование усовершенствованного нами алгоритма позволяет повысить эффективность лечения женского бесплодия у женщин группы высокого риска. Полученные данные позволяют рекомендовать усовершенствованный нами алгоритм для широкого использования в клиниках репродуктологии.

**Ключевые слова:** операции на яичниках и маточных трубах, вспомогательные репродуктивные технологии.

## Optimization of auxiliary genesial technologies is after different operations on ovaries

O.M. Ishchak

**The objective:** to increase efficiency of treatment of sterility at women after various methods of treatment of pathology of ovaries and uterine tubes on the basis of improvement and introduction of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Materials and methods.** Retrospective group research of 300 patients with sterility by which 543 cycles of auxiliary genesial technologies were executed is conducted. From 300 patients with sterility of 150 women (50,0%) had in the anamnesis reconstructive and plastic operative measures on uterus appendages (1 main group), it executed 298 cycles of auxiliary genesial technologies.

**Results.** Efficiency of auxiliary genesial technologies at women with various pathology of ovaries and uterine tubes depends on well-timed diagnostics, quality of performance of an operative measure with conservation of a functional condition of ovaries, terms of use of auxiliary genesial technologies and adequate prophylaxis of genesial losses on early durations of gestation.

**Conclusion.** Results of the conducted researches testify that carrying out auxiliary gynecological technologies after various methods of treatment of pathology of ovaries and uterine tubes has the features which need to be considered at all stages of maintaining women. Use of the algorithm improved by us allows to increase efficiency of treatment of female sterility at women of group of high risk. The obtained data allow us to recommend the algorithm improved by us for wide use in reproductive clinics.

**Key words:** operations on ovaries and uterine tubes, auxiliary gynecological technologies.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бойчук А.В., 2018. Ведення вагітності у жінок після корекції непліддя // Вісник наукових досліджень : 4 : 57–58.
2. Вовк І. Б., 2013. Корекція гормональних порушень при поєднаних формах неплідності // Педіатрія, акушерство та гінекологія : 4 : 147–149.
3. Гойда Н., 2017. Г. Стан репродуктивного здоров'я населення України на межі тисячоліть // Журнал практичного лікаря : 5 : 2–6.
4. Іванюта Л.І., 2013. Гістероскопічна оцінка стану матки у жінок з порушеною репродуктивною функцією // Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики: зб. наук. праць. – К.; Луганськ : 14 : 181–187.
5. Кукурудз С.М. Тактика проведення допоміжних репродуктивних технологій у пацієнток після перенесених операцій на придатках матки // Здоров'я жінчини. – 2012. – № 5. – С. 130–132.

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

## Тактика прогнозування плацентарної дисфункції у жінок групи високого ризику

*І.М. Кошова*

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

**Мета дослідження:** розроблення сучасної тактики прогнозування плацентарної дисфункції (ПД) та затримки розвитку плода (ЗРП) після допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).

**Матеріали та методи.** Було проведено контрольоване дослідження, у результаті якого сформовано дві групи: 1-а група – 190 пацієнток з одноплідною вагітністю, що настала в результаті застосування методів ДРТ; контрольна група – 30 пацієнток з одноплідною вагітністю, що настала спонтанно. Усі жінки, які взяли участь у дослідженні, перебували під наглядом з ранніх термінів вагітності. Додатково пацієнткам було проведено поглиблене клініко-лабораторне та функціональне обстеження за єдиним стандартом.

**Результати.** Отримані результати дозволили сформуванню комплексу правил прогнозу ПД та ЗРП при одноплідній вагітності після ДРТ на підставі параметрів ультразвукового і гемостазіологічного досліджень. Розрахунок вірогідності ПД та ЗРП здійснюється індивідуально для кожного тижня вагітності з 6-го по 17-й включно. У процесі дослідження використовували вироблений спосіб, інформативний для даного терміну маркерів.

**Заключення.** Застосування розробленого комплексу правил дозволяє ефективно прогнозувати плацентарну дисфункцію та затримку розвитку плода до появи її клінічних проявів і своєчасно застосовувати заходи профілактики даного ускладнення вагітності. Отримані результати дають нам право рекомендувати розроблену методичку в практичну охорону здоров'я.

**Ключові слова:** плацентарна дисфункція, затримка розвитку плода, прогнозування.

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

Вагітності, що настали в результаті ДРТ, мають більш високу частоту невиношування, багатоводдя, ризик формування вад розвитку плода, підвищений



інфекційний індекс [1, 2], формування плацентарної дисфункції (ПД) та затримку розвитку плода (ЗРП). Зазначене вище впливає на перинатальне благополуччя, а при переході до гострої клінічної форми загрожує життю матері і дитині [3, 6].

Незважаючи на значну кількість наукових публікацій, присвячених проблемі вагітності і пологів після застосування ДРТ, не можна вважати всі питання повністю вирішеними. На наш погляд, насамперед це стосується можливостей прогнозування ПД та ЗРП на ранніх термінах вагітності після ДРТ.

**Мета дослідження:** розроблення сучасної тактики прогнозування у жінок групи високого ризику.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для розв'язання поставленої мети було проведено когортне контрольоване дослідження, в результаті якого сформовано дві групи:

До 1-ї групи увійшли 190 пацієток з одноплідною вагітністю, що настала у результаті застосування методів ДРТ. Цих жінок спостерігали у клініці «Ісіда-IVF» (м. Київ), де і відбулось їхнє розродження у період 2014–2016 рр. Усі жінки, крім стандартного обстеження, що передбачене протоколом спостереження категорії вагітних групи високого ризику, пройшли ще поглиблене обстеження з 6–8-го по 16–17 тиж з інтервалом 3–4 тиж (залежно від терміну первинного звернення). Під час обстеження жінкам виконували розширене ультразвукове дослідження (УЗД) з розрахунком об'єму хоріону і визначенням показників резистентності кровотоку в маткових артеріях, проводили дослідження гормонального статусу, що включає есенціальні гормони вагітності (хоріонічний гонадотропін людини – ХГЛ, естрадіол, прогестерон) і аналіз коагулограми.

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

До контрольної групи увійшли 30 пацієток з одноплідною вагітністю, що настала спонтанно. Цих жінок особисто спостерігали з ранніх термінів вагітності. Додатково ці пацієнтки отримали поглиблене обстеження за єдиним стандартом, що і пацієнтки з 1-ї групи.

Критерій включення до 1-ї групи: наявність одноплідної вагітності, що настала в результаті застосування різних методів ДРТ. Критерій включення до контрольної групи: наявність одноплідної вагітності, що спонтанно настала, а також відсутність у пацієнтки значущих репродуктивних і соматичних захворювань.

Критерієм виключення з дослідження обох груп було багатопліддя.

У 1-й групі ретроспективно виокремлено 1.1 підгрупу – 60 (31,6%) пацієток, перебіг вагітності яких ускладнився ПД та ЗРП, що було підтверджено під час проведення оцінювання стану дитини після пологів. Решта пацієток 1-ї групи увійшли в підгрупу 1.2 «без ПД та ЗРП» – 130 (68,4%) жінок.

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

Дизайн дослідження представлений на малюнку.



Дизайн дослідження

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

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

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

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

## Розрахунок розвитку ПД і ЗРП у пацієток після ДРТ

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

Примітки: V – об'єм хоріону, SD – s/d справа (систоло-діастолічне відношення), SS – s/d зліва, RD – Ri справа (індекс резистентності), RS – Ri зліва, AP – АПТЧ (активований протромбіновий час), FG – ФГ (фібриноген).

повноє дефект природного механізму настання вагітності в конкретній подружній парі.

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

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

Отже, чинниками найбільш високого ризику розвитку ПД і ЗРП є:

- системна судинна патологія (артеріальна гіпертензія);
- репродуктивна патологія, що супроводжується вираженими змінами ангіоархитектоніки матки (міома і ендометріоз);
- аномалії судин пуповини (єдина артерія пуповини), що належить до порушень у басейні плодового кровотоку.

Чинником ризику, за даними даного дослідження, є також використання «складної» репродуктивної технології, зокрема застосування інтрацитоплазматичної ін'єкції сперматозоїда (ІКСІ). При цьому має значення як вища вірогідність розвитку аномалій структурних компонентів посліду в результаті заміщення більшої кількості етапів природного механізму настання вагітності штучними маніпуляціями, так і передбачуваний більш виражений ступень соматичних і репродуктивних порушень здоров'я пацієток, лікування яких зажадало залучення додаткових технологій.

Подолання низки об'єктивних перешкод розвитку вагітності, зумовлених особливостями індивідуального статусу безпліддя конкретної пацієнтки і застосованої в її випадку технології, підтверджується ознаками активації компенсаторно-приспосовних механізмів плаценти, виражених ще з ранніх термінів після ДРТ і системи гемостаза, що є однією з адаптаційних систем організму.

Водночас у пацієток з ПД і ЗРП ступінь вираженості даних змін у ранні терміни більша, ніж у пацієток з нормальними масо-зростовими показниками дітей при народженні.

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

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

## ВИСНОВКИ

Отже, застосування розробленого комплексу правил дозволяє ефективно прогнозувати плацентарну дисфункцію і затримку розвитку плода до появи її клінічних проявів, а також своєчасно вжити заходи профілактики даного ускладнення вагітності. Отримані результати дають нам право рекомендувати розроблену методику для практичної охорони здоров'я.

### Тактика прогнозирования плацентарной дисфункции у женщин группы высокого риска И. М. Кошова

**Цель исследования:** разработка своевременной тактики прогнозирования плацентарной дисфункции (ПД) и задержки развития плода (ЗРП) после вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

**Материалы и методы.** Было проведено контролируемое исследование, в результате которого сформировано две группы: 1-я группа – 190 пациенток с одноплодной беременностью, наступившей в результате применения методов ВРТ, контрольная группа – 30 пациенток с одноплодной беременностью, наступившей самостоятельно. Все женщины, принявшие участие в исследовании, находились под непосредственным наблюдением с ранних сроков беременности. У этих пациенток было проведено углубленное клинико-лабораторное и функциональное обследование по единому стандарту.

**Результаты.** Полученные результаты позволили сформировать комплекс правил прогноза ПД и ЗРП при одноплодной беременности после применения ВРТ на основе параметров ультразвукового и гемостазиологического исследований. Расчет вероятности ПД и ЗРП осуществляется индивидуально для каждой недели беременности с 6-й по 17-й включительно способом, разработанным в процессе исследования информативных маркеров, характерных для данного срока.

**Заключение.** Применение разработанного комплекса правил позволяет эффективно прогнозировать плацентарную дисфункцию и задержку развития плода до появления ее клинических проявлений и своевременно применять меры профилактики данного осложнения беременности. Полученные результаты дают нам право рекомендовать разработанную методику для использования в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** плацентарная дисфункция, задержка развития плода, прогнозирование.

### Tactics of forecasting of placental dysfunction for the women of group of high risk I. M. Koshova

**The objective:** to develop modern tactics of forecasting of placental dysfunction and a fetus arrest of development after auxiliary reproductive technologies.

**Materials and methods.** The controlled research as a result of which two groups are created was conducted: 1 group was made by 190 patients with one-fetal pregnancy which was caused by application of methods of auxiliary reproductive technologies. The control group was made by 30 patients with one-fetal pregnancy which came independently, they were under immediate observation from early durations of gestation. At these patients profound clinical-laboratory and functional examination according to the uniform standard was conducted.

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

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

**Key words:** placental dysfunction, fetus arrest of development, forecasting.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Башмакова Н.В., 2018. К обоснованию профилактики плацентарной недостаточности при беременности, наступившей в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий. Уральский медицинский журнал : 12 : 49-54.
2. Бызова Т.Е., 2017. К обоснованию УЗИ-мониторинга ранних сроков беременности, наступившей после вспомогательных репродуктивных технологий. Вестник Российского университета дружбы народов : 7 : 110-116.
3. Радзинский В.Е. 2016. Плацентарная недостаточность у женщин после вспомогательных репродуктивных технологий. Акушерство и гинекология: 1: 11-16.
4. Сидорова И.С., Макаров И.О., 2016. Плацентарная недостаточность. Клинико-диагностические аспекты. М.: Знание: 126.
5. Чайка В.К. 2013. Основы репродуктивной медицины: практическое руководство. Донецк: Альматео: 275-321.
6. Трапезникова Ю.М., 2017. Поиск ранних ультразвуковых маркеров осложненного течения и неблагоприятного исхода беременности, наступившей после вспомогательных репродуктивных технологий. Уральский медицинский журнал : 10 : 21-26.
7. Янчук Т.В., 2018. Сравнительный анализ течения и исходов беременности после применения вспомогательных репродуктивных технологий при различных вариантах гормональной поддержки. Акушерство и гинекология : 5 : 139-144.

**Тези науково-практичної  
школи-семінару  
у форматі телемосту**

**«КЛІНІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ  
В ПРАКТИЦІ АКУШЕРА-ГІНЕКОЛОГА»**

*26 лютого 2020 року,  
ДНІПРО – КРИВИЙ РІГ – ЗАПОРІЖЖЯ*

**Шляхи зниження гестаційних ускладнень у жінок  
з першим медичним абортом в анамнезі**

**С.М. Бакшеєв**

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

Метою дослідження був аналіз ролі родинно-орієнтованих технологій у корекції психологічного статусу та зниження частоти патології вагітності у жінок з першим медичним абортом в анамнезі.

Для визначення ефективності профілактики патології вагітності на підставі використання родинно-орієнтованих технологій проведено комплексне клініко-психологічне і лабораторно-інструментальне обстеження 150 жінок з першим медичним абортом в анамнезі, яких було розподілено на дві групи. В основну групу увійшла 91 жінка з першим медичним абортом в анамнезі, з мотивацією на партнерські пологи, яким проводили навчання за системою індивідуальної підготовки подружньої пари до пологів.

У результаті дослідження впливу методики індивідуальної підготовки на перебіг вагітності були проаналізовані дані про передчасне переривання вагітності.

Використання родинно-орієнтованих технологій під час вагітності дозволяє провести корекцію психологічного статусу та суттєво знизити частоту основних гестаційних ускладнень, особливо в плані скорочення частоти невиношування та передчасних пологів. На нашу думку, методика є простою, доступною і може широко використовуватись у практичній охороні здоров'я, особливо у жінок з першим медичним абортom в анамнезі.

**Безпліддя у подружній парі: сучасні медико-соціальні аспекти**

**О.О. Берестовий**

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

Метою дослідження став розгляд сучасних медико-соціальних особливостей при безплідді у подружній парі.

Об'єктом дослідження стали безплідні пари, одиницею спостереження – кожна безплідна пара. Нами було проанкетовано 100 подружніх пар із безпліддям, при цьому формувалася репрезентативна вибірка за якістю і кількістю з використанням методу систематичної випадкової вибірки.

Результати проведених досліджень свідчать, що медико-соціальні фактори відіграють велике значення у вирішенні питання реалізації репродуктивної функції у подружніх парах. Основне значення мають стан репродуктивного здоров'я не тільки жінки, але і чоловіка або партнера, а також збереження етапності надання спеціалізованої медичної допомоги, починаючи з жіночої консультації та закінчуючи спеціалізованими клініками допоміжних репродуктивних технологій.

Отримані результати необхідно враховувати при наданні медичної допомоги подружнім парам із порушенням репродуктивної функції.

**Вплив хронічного ендометріту та дефіциту маси тіла  
на перебіг I триместра вагітності**

**О.О. Боженко**

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

Зниження частоти невиношування і перинатальної патології у жінок з хронічним ендометритом та дефіцитом маси тіла на підставі вивчення клініко-ехографічних, ендокринологічних, мікробіологічних і морфологічних змін, а також удосконалення комплексу лікувально-профілактичних заходів.

Проведено клініко-функціональне і лабораторне дослідження у 80 жінок із хронічним ендометритом в анамнезі, розподілених на дві групи: 1-а група – 40 жінок з хронічним ендометритом та дефіцитом маси тіла, які отримували загальноприйнятні лікувально-профілактичні заходи; 2-а група – 40 жінок з хронічним ендометритом та дефіцитом маси тіла, проведених за розробленою нами методикою профілактики невиношування. До контрольної групи увійшли 20 первородящих без акушерської та соматичної патології без обтяженого репродуктивного анамнезу.

Використання запропонованих лікувально-профілактичних заходів дозволяє знизити частоту невиношування у 2 рази, передчасних пологів – у 4,4 разу, плацентарної дисфункції – в 1,7 разу, дистресу плода – у 2,9 разу, асфіксії новонароджених середньо-тяжкого ступеня – у 3 рази і перинатальних втрат – у 4 рази.

### Діагностика новоутворень яєчників у різні терміни вагітності

**А.В. Бойко**

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України  
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,  
м. Київ

Метою дослідження було вивчити сучасні аспекти діагностики новоутворень яєчників під час вагітності.

Було обстежено 90 вагітних з новоутвореннями яєчників. Усіх вагітних було розподілено на три досліджувані групи: група 1 – 30 жінок з новоутвореннями яєчників, яким хірургічне лікування виконано в різні терміни вагітності; група 2 – 30 жінок з новоутвореннями яєчників, яким хірургічне лікування виконано в ході кесарева розтину; група 3 – 30 жінок з новоутвореннями яєчників, яким хірургічне лікування виконано в різні терміни після мимовільних пологів.

Результати проведених досліджень свідчать, що точність (чутливість і специфічність) ультразвукової діагностики по нозології становила: доброякісних епітеліальних пухлин, включаючи серозні, серозні папілярні, муцинозні цистаденоми – 71,3% і 94,7%, зрілі кістозні тератоми – 91,8% і 98,6%, ендометріюїдні кісти – 83,7% і 97,5% відповідно. Точність діагностики пограничних і злоякісних пухлин яєчника була найбільшою і становила 91,1% і 99,3%. Ехографічна діагностика пухлинних новоутворень (параоваріальних, фолікулярних кіст, кіст жовтого тіла, простих кіст, позбавлених вистилаючого епітелію, інклюзійних, тека-лютеїнових кіст) при вагітності відрізнялася меншою точністю (чутливість 76,3%; специфічність – 88,2%). У спеціалізованому лікувальному закладі загальна точність ультразвукової діагностики збільшилася і становила 90,0%.

Отримані результати необхідно враховувати при діагностиці новоутворень яєчників під час вагітності.

### Особливості патогенезу доброякісної дисплазії грудних залоз у жінок репродуктивного віку

**С.Є. Гладенко**

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

Метою дослідження став аналіз сучасних імунологічних аспектів доброякісної дисплазії грудних залоз у жінок репродуктивного віку.

Обстежено 90 пацієнток у віці від 22 до 45 років, яких було розподілено на три групи по 30 жінок: 1-а група (група контролю) – жінки без патології в грудних залозах, 2-а група – пацієнтки з дифузною формою ДДГЗ, 3-я група – пацієнтки з вузловою формою ДДГЗ. До комплексу проведених досліджень було включено клінічні імунологічні та статистичні методи.

Результати проведених досліджень свідчать, що до чинників ризику розвитку ДДГЗ належать: наявність хронічних екстрагенітальних захворювань, паління,

раннє менархе, порушення менструального циклу, міоми матки і аденоміозу, штучне або мимовільне переривання вагітності. Проведене нами дослідження продемонструвало, що імунологічні детермінанти відіграють істотну роль і є чинниками ризику і ініціальною ланкою патогенезу доброякісної патології грудних залоз.

Отримані результати слід враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

### Сучасна тактика прогнозування повторних ускладнень гестації

**Д.О. Говсеєв**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика  
МОЗ України, м. Київ  
Міський клінічний пологовий будинок № 5 м. Києва

Метою дослідження стало підвищення ефективності прогнозування повторних ускладнень гестації у жінок з високим перинатальним ризиком на підставі використання сучасних інформативних маркерів.

Дослідження носили поетапний характер: на I етапі було обстежено 150 жінок з різним ступенем перинатального ризику; на II етапі – 50 жінок з ускладненнями при попередній вагітності. До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, доплерометричні, кардіотокографічні, лабораторні.

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

Використання запропонованої методики прогнозування дозволить знизити частоту повторних ускладнень вагітності.

### Вплив багатократного обвиття пуповини на перинатальні наслідки розродження

**С.О. Добарін**

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

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

**Репродуктивні аспекти у жінок після різних операцій на яєчниках****О.М. Іщак**Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,  
м. Київ

Метою дослідження було підвищення ефективності лікування безпліддя у жінок після різних методів лікування патології яєчників та маткових труб на тлі удосконалення та впровадження алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Проведено ретроспективне групове дослідження 300 пацієток з безпліддям, які пройшли 543 цикли допоміжних репродуктивних технологій. Із 300 пацієток з безпліддям 150 (50,0%) жінок мали в анамнезі реконструктивно-пластичні оперативні втручання на придатках матки (1 основна група) та пройшли 298 циклів допоміжних репродуктивних технологій.

Ефективність допоміжних репродуктивних технологій у жінок з різною патологією яєчників та маткових труб залежить від своєчасності діагностики, якості проведення оперативного втручання зі збереженням функціонального стану яєчників, своєчасності використання допоміжних репродуктивних технологій та адекватної профілактики репродуктивних втрат на ранніх термінах вагітності.

Результати проведених досліджень свідчать, що проведення допоміжних репродуктивних технологій після різних методів лікування патології яєчників та маткових труб має свої особливості, які треба враховувати на усіх етапах ведення жінок. Використання удосконаленого нами алгоритму дозволяє підвищити ефективність лікування жіночого безпліддя у жінок груп високого ризику. Отримані дані дозволяють рекомендувати удосконалений нами алгоритм для широкого використання у клініках репродуктології.

**Діагностична роль досліджень амніотичної рідини при термінових та передчасних пологах****В.В. Козаченко**Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика  
МОЗ України, м. Київ

Результати проведених досліджень продемонстрували, що фізико-хімічні і біохімічні параметри амніотичної рідини схильні до статистично достовірних змін залежно від терміну пологів і внутрішньоутробного стану плода в пологах. Найбільш показовими є зміни концентрації креатиніну і сечовини в амніотичній рідині при пологах, що запізналися, що може мати діагностичне значення. Поєднання зазначених ознак зі зниженням кислотності і підвищенням щільності амніотичної рідини при пологах, що запізналися, а також наявність в ній меконію свідчить про порушення метаболізму плода і необхідність своєчасної корекції виявлених порушень.

Клінічне застосування перерахованих параметрів амніотичної рідини в пологах має важливе діагностичне значення при фізіологічному і патологічному перебігу вагітності і пологів.

**Шляхи зниження частоти невиношування вагітності у жінок із апоплексією яєчника в анамнезі****Є.О. Козуб**

Сумський державний університет МОН України

Мета дослідження – науково обґрунтувати необхідність реабілітації жінок після апоплексії яєчника.

Було вивчено 50 випадків апоплексії яєчника. Залежно від клінічного перебігу захворювання були сформовані дві групи: I група – 20 жінок з геморагічною формою та II група – 30 жінок з больовою формою. У комплексі проведених досліджень були включені гормональні, ехографічні, функціональні, морфологічні та статистичні методи.

Через 1 міс після апоплексії яєчника клінічних проявів у жінок не було виявлено. Проте дані додаткових методів дослідження виявили низку змін, які були присутні у пацієток обох груп захворювання протягом всього менструального циклу: гормональний дисбаланс за типом гіперестрогенної ановуляції у I групі і дисфункції яєчників у II групі, високорезистентний кровотік в раніше ураженому яєчнику, загально-мозкові прояви функціонального характеру легкої міри, підвищені показники церебральної гемодинаміки. Усе зазначене вище стало основою для проведення комплексу реабілітаційної терапії.

Результати проведених досліджень свідчать, що всі жінки, що входять до групи ризику щодо виникнення апоплексії яєчника, повинні знаходитися на диспансерному обліку і не менше одного разу на рік проходити оцінювання гормонального профілю, церебральної гемодинаміки, ультразвукове дослідження органів малого таза з доплерометрією яєчникових артерій. Залежно від виявлених порушень необхідно призначати відповідну реабілітаційну терапію.

**Вплив надмірної маси тіла на розвиток поєднання дисплазії грудних залоз та міоми****В.В. Костіков**Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика  
МОЗ України, м. Київ

Метою дослідження було вивчення аспектів патогенезу дисплазії грудних залоз у поєднанні із міомою матки у жінок з надмірною масою тіла.

Була сформована група, в яку увійшли 50 пацієток с дисплазією грудних залоз (25 жінок з дифузною та 25 жінок із локалізованими формами) та міомою матки. Нами розроблена програма досліджень, що передбачає проведення клініко-статистичного аналізу; комплексу гормональних досліджень; рентгенологічного дослідження грудних залоз; сонографічних досліджень статевих органів і грудних залоз; цитологічного і гістологічних методів із застосуванням біопсії пункції та математичного оброблення.

Основними моментами патогенезу дисплазії грудних залоз та міомою матки є клініко-анамнестичні дані, а також зміна співвідношення рівнів гіпоталамо-гіпофізар-

них гормонів, яєчникових гормонів у формі абсолютної або відносної гіперестрогенії, більш виражені у пацієток з локалізованими формами. Порушення нормального менструального циклу виявляють у 76% хворих, дисбіотичні процеси статевих органів – у 46% жінок з дисплазією грудних залоз.

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

### **Сучасні аспекти прогнозування плацентарної дисфункції**

***І.М. Кошова***

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

Метою дослідження було розроблення сучасної тактики прогнозування плацентарної дисфункції (ПД) та затримки розвитку плода (ЗРП) після допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).

Було проведено контрольоване дослідження, у результаті якого сформовано дві групи: 1-а група – 190 пацієток з одноплідною вагітністю, що настала в результаті застосування методів ДРТ; контрольна група – 30 пацієток з одноплідною вагітністю, що настала спонтанно. Усі жінки, які взяли участь у дослідженні, перебували під наглядом з ранніх термінів вагітності. Додатково пацієнткам було проведено поглиблене клініко-лабораторне та функціональне обстеження за єдиним стандартом.

Отримані результати дозволили сформулювати комплекс правил прогнозу ПД та ЗРП при одноплідній вагітності після ДРТ на підставі параметрів ультразвукового і гемостазіологічного досліджень. Розрахунок вірогідності ПД та ЗРП здійснюється індивідуально для кожного тижня вагітності з 6-го по 17-й включно. У процесі дослідження використовували вироблений спосіб, інформативний для даного терміну маркерів.

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

### **Особливості діагностики та лікування жінок перименопаузального віку з дисплазією грудних залоз та міомою матки**

***О.Ю. Крук***

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

Мета дослідження стало розроблення та впровадження тактики діагностики та лікування дисплазії грудних залоз (ДГЗ) у поєднанні з міомою матки (ММ) у жінок перименопаузального віку.

Було проведено комплексне клініко-лабораторне, ехографічне та морфологічне обстеження 93 жінок перименопаузального віку з поєднаною патологією – дифузна ДГЗ та ММ.

Аналізуючи ефективність розробленого нами комплексу, слід відзначити, що у жінок з поєднаною патологією вдалось у 43,4% випадків провести профілактику прогресування і рецидиву ДГЗ та в 36,7% – ММ. Отримані дані, на наш погляд, переконливо свідчать про те, що комплексне консервативне лікування жінок, які страждають хворобами грудних залоз у поєднанні з ММ, є профілактичним заходом щодо прогресу і рецидиву поєднаної патології у даній категорії хворих.

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

### **Тактика ведення II триместрі вагітності у жінок групи високого ризику**

***Д.В. Куфльовський***

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

Досліджували зниження частоти невиношування вагітності у II триместрі та перинатальної патології у жінок, які багато народжують, на підставі вивчення клініко-ехографічних, доплерометричних, ендокринологічних, біохімічних і мікробіологічних особливостей, а також шляхом розроблення та впровадження удосконаленого алгоритму лікувально-профілактичних заходів.

На I етапі (ретроспективне дослідження) було проведено клініко-статистичний аналіз 146 історій пологів жінок, які багато народжують. На II етапі (проспективне дослідження) було обстежено 110 пацієток, серед яких 60 вагітних, які багато народжують, поділені методом випадкового вибору на дві групи.

Ефективність удосконаленого нами алгоритму полягає у суттєвому зниженні у жінок, які багато народжують, частоти гестаційної анемії (у 2,5 разу), загрози передчасних пологів (у 4,6 разу), плацентарної дисфункції (у 2,3 разу), порушень мікробіоценозу статевих шляхів (у 2,2 разу), передчасних пологів (у 2 рази), передчасного розриву плодових оболонок (у 2,7 разу), затримки розвитку плода (у 2 рази), дистресу плода (у 3,1 разу), абдомінального розродження (у 2,8 разу) та реалізації інтраамніального інфікування (у 2,5 разу). Сумарна захворюваність новонароджених у ранній неонатальний період низилась у 2,5 разу, а перинатальні втрати були відсутні.

Використання удосконаленого алгоритму необхідно використовувати у лікувальних закладах усіх рівнів у жінок, які багато народжують.

### **Репродуктивне здоров'я жінок з різними формами апоплексії яєчників**

**П.М. Патій**

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

Отримані дані свідчать, що жінки, які перенесли апоплексію яєчника, входять до групи ризику щодо розвитку порушень репродуктивного здоров'я і потребують проведення реабілітаційних заходів з урахуванням форми апоплексії і супутніх факторів ризику. Запропонований алгоритм діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів дозволяє знизити частоту порушень репродуктивного здоров'я, а також гестаційних ускладнень при наступній вагітності. Це дає нам право рекомендувати запропоновану методику для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

### **Вплив гіпотиреозу та тактику лікування гіперпластичних процесів ендометрія у жінок різного віку**

**Ю.М. Садигов**

**Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика**

Результати проведених досліджень свідчать, що основним варіантом гіперпластичних процесів ендометрія у жінок з гіпотиреозом є залозисто-кістозна гіперплазія (79,3%) порівняно із залозистими і залозисто-фіброзними поліпами ендометрія (20,7%). При поєднанні гіперпластичних процесів ендометрія і гіпотиреозу має місце обтяжений гінекологічний анамнез (ювенільні – 13,5% і дисфункціональні маткові кровотечі – 73,9%), а також поєднання з лейоміомою матки (63,3%), хронічними запальними процесами малого таза (55,0%) і гіперплазією залозистої тканини грудних залоз (72,0%).

Використання удосконаленого алгоритму прогностичних і лікувально-профілактичних заходів дозволяє підвищити ефективність лікування гіперпластичних процесів ендометрія у жінок з гіпотиреозом, знизити кількість випадків рецидивів і надає можливість відновлення репродуктивної функції.

### **Позаматкова вагітність: сучасні медичні та соціальні аспекти**

**В.А. Терехов**

**Сумський державний університет МОН України**

Дане дослідження дозволило визначити, що найбільш важливою причиною ектопічної вагітності (ЕВ) з вивчених є попереднє запалення органів малого таза. Крім того, отримані нами дані свідчать про те, що ЕВ є наслідком дії безлічі різних чинників. Найбільш важливим чинником ризику ЕВ з вивчених є перенесені за-

пальні захворювання органів малого таза неуточної етіології. Інші значущі чинники, що асоціюються з аномальною плацентациєю, такі, як попередня ЕВ і тривалість статевого життя понад 5 років можуть розглядатися як чинники запалення і наявності патології маткових труб, що вимагають подальшого вивчення. Методика є простою і може бути використана в практичній охороні здоров'я.

### **Вплив консервативно-пластичних операцій на матці на функціональний стан фетоплацентарного комплексу**

**С.Л. Чирва**

**Сумський державний медичний університет МОН України**

Метою дослідження був аналіз порівняльних аспектів плацентарної дисфункції (ПД) 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.

Проведена комплексна оцінка стану фетоплацентарного комплексу у 50 жінок з рубцем на матці після кесарева розтину (1-а група) і у 50 жінок після консервативної міомектомії з приводу лейоміоми матки, виконаної до настання даної вагітності (2-а група). До контрольної групи увійшли 50 первородящих без акушерської і соматичної патології, розроджених через природні пологові шляхи.

Частота повторного абдомінального розродження у жінок у рубцем на матці після кесарева розтину становить 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 і 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%).



УДК: 618.2:616.379-008.64:612.015.6]-074

## До питання корекції перименопаузальних розладів у жінок з екстрагенітальною патологією

**Х.В. Козак**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

У статті представлені сучасні дані щодо особливостей перебігу перименопаузального періоду у жінок досліджуваної групи. Результати гормональних досліджень продемонстрували високі рівні пролактину у жінок перименопаузального віку у загальній групі ( $p < 0,05$ ).

Високі середні показники вмісту у венозній крові естрадіолу і, навпаки, низькі середні показники рівнів прогестерону свідчать про дисбаланс гормонального статусу у жінок перименопаузального віку з екстрагенітальною патологією. Визначено найвищі рівні середніх значень аналогічних показників у групі жінок віком 50–59 років, що достовірно вищі від таких у групах 1 і 3 ( $p \leq 0,05$ ).

Встановлені особливості перименопаузального періоду у жінок різних вікових груп необхідно враховувати під час організації надання медичної допомоги таким категоріям із забезпеченням індивідуалізованого підходу з метою покращення якості життя.

**Ключові слова:** перименопаузальний період, клімактеричний синдром, екстрагенітальна патологія.

Період перименопаузи є важливим та складним для організму жінки з огляду на збільшення ризиків виникнення уражень репродуктивної системи, екстрагенітальної патології, впливу комплексу соціальних чинників [1–3].

У жінок даної вікової категорії відзначається збільшення випадків гінекологічної захворюваності. За дослідженнями окремих авторів, частка уражень статеві сфери жінок перименопаузального віку становить від 45% до 65% (запальні захворювання органів малого таза у 50–55% випадків; лейоміома матки, опущення статевих органів, порушення менструального циклу тощо) [4–7]. До цього долучаються захворювання інших органів та систем, що значно знижує якість життя цієї когорти жінок [8–10].

Для організації необхідних заходів важливо вивчити особливості перебігу перименопаузального періоду у жінок та розширити уявлення про структуру гінекологічної патології, її прояви залежно від віку [11, 12]. Розроблення діагностично-лікувальних алгоритмів індивідуалізованого ведення пацієнток дозволить покращити якість життя жінок у перименопаузі та попередити пізні менопаузальні порушення [13, 14].

**Мета дослідження:** вивчити особливості функціонування репродуктивної системи жінок перименопаузального віку у різних вікових групах з урахуванням акушерського та гінекологічного анамнезу, а також встановити частоту гінекологічної патології у жінок даного періоду життя з розподілом за віком.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У когортному дослідженні взяли участь 138 жінок перименопаузального віку, які надали інформовану згоду. Середній вік обстежених жінок у загальній групі становив  $53,07 \pm 0,77$  року.

Пацієнтки були розподілені на три клінічні групи залежно від віку:

Група 1 – 50 жінок віком до 50 років

Група 2 – 54 жінки віком від 50 до 59 років

Група 3 – 34 жінки віком понад 60 років.

Вибірка була репрезентативною для проведення аналізу та формування висновків.

Для виконання завдань усі учасниці дослідження перебували під спостереженням та були обстежені для з'ясування наявності чи відсутності у них уражень статевої сфери, інших систем та органів. Жінкам визначали рівень вітаміну D у сироватці крові, що було необхідним для вирішення перспективних завдань.

Порівняння середніх значень визначених показників та станів, що досліджувалися, проводили з використанням стандартного пакета прикладних програм Microsoft Office, а також онлайн калькулятора Epitools (<https://epitools.ausvet.io>) з використанням статистичних критеріїв (t-критерій,  $\chi^2$ ) з довірчим рівнем 95% ( $p < 0,05$ ).

Таблиця 1

Наявність обтяжуючих чинників у жінок періоду перименопаузи та їх порівняння у різних вікових групах ( $P \pm m_p$ , %)

Показник	Група 1 (до 50 років), n=50		Група 2 (50-59 років), n=54		Група 3 (60 років і старше), n=34		Різниця між групами 1 і 2		Різниця між групами 1 і 3		Різниця між групами 2 і 3	
	n	$P \pm m_p$	n	$P \pm m_p$	n	$P \pm m_p$	$\chi^2$	p	$\chi^2$	p	$\chi^2$	p
Жителі міст	41	$82 \pm 5,43$	43	$79,63 \pm 5,48$	28	$82,35 \pm 6,54$	0,09	0,76	0,00	0,97	0,10	0,75
Жителі сіл	9	$18 \pm 5,43$	11	$20,37 \pm 5,48$	6	$17,65 \pm 6,54$	0,09	0,76	0,00	0,97	0,10	0,75
Алергічні реакції	12	$24 \pm 6,04$	7	$12,96 \pm 4,57$	12	$35,29 \pm 8,2$	2,12	0,15	1,26	0,26	6,15	0,01
Захворювання грудних залоз	20	$40 \pm 6,93$	18	$33,33 \pm 6,42$	5	$14,71 \pm 6,07$	0,50	0,48	6,19	0,01	3,75	0,05
Сімейний анамнез	9	$18 \pm 5,43$	10	$18,52 \pm 5,29$	5	$14,71 \pm 6,07$	0,00	0,95	0,16	0,69	0,21	0,64

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На першому етапі дослідження було проаналізовано наявність обтяжуючих чинників у жінок перименопаузального віку, які брали участь у дослідженні. Встановлено, що частка жінок з алергічними реакціями, захворюваннями грудних залоз у минулому, обтяженим анамнезом щодо репродуктивної функції була достовірною і становила  $22,46 \pm 3,55\%$ ,  $31,16 \pm 3,94\%$  та  $17,39 \pm 3,23\%$  відповідно.

Наявність обтяжуючих чинників у період перименопаузи залежно від віку представлено у табл. 1.

Під час аналізу більшості отриманих показників у визначених за віком групах жінок перименопаузального віку достовірної різниці між ними не встановлено (табл. 1), що вказує на присутні ризики дії обтяжуючих чинників на перебіг перименопаузального періоду в усіх трьох групах. За даними табл. 1 встановлено достовірну різницю показників щодо захворювань грудних залоз у групах порівняння за віком: ризик захворювань був вищим у групах 1 та 2 порівняно з групою 3 ( $p=0,01$  та  $p=0,05$  відповідно).

У процесі дослідження було зібрано та проаналізовано дані середніх рівнів індексу маси тіла (ІМТ), вмісту вітаміну D у венозній крові, акушерського анамнезу жінок перименопаузального віку (табл. 2) з визначенням особливостей у різних вікових категоріях (табл. 3).

Наявність надмірної маси тіла була характерною ознакою для досліджуваної когорти, оскільки середній показник ІМТ у групі становив  $25,76 \pm 0,38$  кг/м<sup>2</sup>. Встановлено, що середній рівень вітаміну D у венозній крові обстежених жінок загальної групи не відповідав необхідним параметрам достатнього рівня з показником  $26,34 \pm 0,93$ .

У жінок досліджуваної групи середній показник кількості вагітностей протягом життя становив  $3,72 \pm 0,17$ , проте кількість пологів була майже вдвічі нижчою

Таблиця 2

Середні показники індексу маси тіла, вмісту вітаміну D у венозній крові і даних акушерського анамнезу у жінок перименопаузального віку ( $M \pm m$ )

Показник	Усього, n=138
Вік на момент обстеження	$53,07 \pm 0,77$
ІМТ	$25,76 \pm 0,38$
Рівень у венозній крові вітаміну D	$26,34 \pm 0,93$
Кількість вагітностей	$3,72 \pm 0,17$
Кількість пологів	$1,76 \pm 0,09$
Артифіційні аборти	$2,2 \pm 0,13$
Мимовільні викидні	$1,33 \pm 0,05$
Завмерлі вагітності	$1,33 \pm 0,06$
Тривалість гінекологічного захворювання, років	$5,2 \pm 0,4$

Таблиця 3

Середні показники індексу маси тіла, вмісту вітаміну D у венозній крові та даних акушерського анамнезу у жінок перименопаузального періоду залежно від віку ( $M \pm m$ )

Показники	Група 1 (до 50 років), n=50	Група 2 (50-59 років), n=54	Група 3 (60 років і старше), n=34	t 1 i 2	p	t 1 i 3	p	t 2 i 3	p
Вік на момент дослідження	$43,64 \pm 0,49$	$54,04 \pm 0,37$	$65,38 \pm 0,73$	16,88	0,00	24,58	0,00	13,82	0,00
ІМТ	$23,8 \pm 0,6$	$26,15 \pm 0,52$	$27,8 \pm 0,81$	2,97	0,00	3,98	0,00	1,72	0,09
Рівень вітаміну D у венозній крові	$25,14 \pm 1,33$	$29,2 \pm 1,58$	$23,56 \pm 1,87$	1,96	0,05	0,69	0,49	2,30	0,02
Кількість вагітностей	$3 \pm 0,25$	$4,49 \pm 0,32$	$3,56 \pm 0,26$	3,72	0,00	1,56	0,12	2,26	0,03
Кількість пологів	$1,69 \pm 0,1$	$1,84 \pm 0,19$	$1,72 \pm 0,14$	0,68	0,50	0,17	0,87	0,51	0,61
Артифіційні аборти	$1,83 \pm 0,15$	$2,64 \pm 0,28$	$1,89 \pm 0,15$	2,60	0,01	0,33	0,74	2,36	0,02
Мимовільні викидні	$0 \pm 0$	$2 \pm 0$	$1 \pm 0$						
Завмерлі вагітності	$1,29 \pm 0,11$	$1,25 \pm 0,07$	$2 \pm 0$	0,28	0,78	6,68	0,00	11,02	0,00
Тривалість гінекологічного захворювання, років	$4,5 \pm 0,31$	$5,42 \pm 0,82$	$5,5 \pm 0,32$	1,05	0,29	2,25	0,03	0,09	0,93

( $1,76 \pm 0,09$ ). Жінки відзначали наявність артифіційних абортів, мимовільних викиднів, завмерлих вагітностей ( $2,2 \pm 0,13$ ,  $1,33 \pm 0,05$  та  $1,33 \pm 0,06$  у середньому відповідно). Для подальшого аналізу використано зведені дані щодо середніх показників ІМТ, вмісту вітаміну D у венозній крові, акушерського анамнезу у жінок перименопаузального періоду у різних вікових групах ( $M \pm m$ ) (табл. 3).

За даними табл. 3 середні показники ІМТ зростали з віком і лише у групі жінок віком до 50 років цей показник був у верхніх рекомендованих межах. У групах 2 і 3 середній ІМТ перевищував значення норми, що підтверджує наявність проблем з надмірною масою тіла та наслідків від цього явища у старших вікових категоріях жінок перименопаузального віку. Встановлено достовірну різницю цих показників у результаті порівняння даних у групах 1 і 3 та групах 2 і 3 ( $p < 0,01$ ).

Середній рівень вітаміну D у венозній крові в усіх групах жінок був нижчий від рекомендованого та достовірно нижчий у групі 1 (до 50 років) порівняно з групою 2 (50–59 років), а також у групі 3 (60 років і старше) порівняно з групою 2 (50–59 років). Середня кількість вагітностей та артифіційних абортів у жінок протягом життя була достовірно вищою у групі 2 порівняно з групами 1 і 3 ( $p < 0,01$ ) (табл. 3). За даними дослідження, кількість завмерлих вагітностей була достовірно більшою у

Таблиця 4

Показники репродуктивної функції у жінок перименопаузального віку ( $P \pm m_p$ , %)

Показник	Усього, n=138	
	n	$P \pm m_p$
Кількість вагітностей	108	78,26±3,51
Непліддя	2	1,45±1,02*
Кількість пологів	107	99,07±0,82
у тому числі кесарів розтин	8	7,48±2,24
Артифіційні аборти	75	69,44±3,92
Мимовільні викидні	3	2,78±1,4*
Завмерлі вагітності	12	11,11±2,68
Ектопічний плід	2	1,87±1,15*
Загроза переривання вагітності	2	1,87±1,15*
Великий плід	5	4,67±1,8
Токсикоз, набряки вагітних	2	1,87±1,15*

Примітка. \* –  $p > 0,05$ .

жінок перименопаузального періоду віком 60 років і старше ( $p < 0,01$ ). Показник середньої тривалості гінекологічних захворювань був достовірно вищим у жінок групи 3 (60 років і старше) порівняно з групою 1 (до 50 років), що підтверджує негативну тенденцію зростання частоти порушень репродуктивного здоров'я з віком.

У табл. 4 наведені показники, що відображають репродуктивну функцію жінок, які перебували під наглядом.

Жінки, які взяли участь у дослідженні, зазначали низку станів, які характеризували їхню репродуктивну функцію до настання періоду перименопаузи. Зокрема, 7,48±2,24% із них народжували за допомогою кесарева розтину; 69,44±3,92% мали в анамнезі артифіційні аборти; 11,11±2,68% – завмерлі вагітності. Поодинокі із жінок відзначали ускладнення перебігу вагітності, достовірним був показник наявності великого плода у 4,67±1,8%.

Показники репродуктивної функції жінок у період перименопаузи залежно від віку ( $P \pm m_p$ , %) представлено у табл. 5. Під час проведення аналізу за аналогічними показниками, що й у групі досліджуваних жінок, встановлено, що частки показників щодо кількості вагітностей, пологів, артифікаційних абортів, завмерлих вагітностей (у групах 1 і 2) були достовірними та суттєвими, проте різниці між ними у різних групах дослідження не встановлено ( $p > 0,05$ ) (табл. 5).

Достовірно частіше в анамнезі зафіксовані пологи за допомогою кесарева розтину у жінок у період перименопаузи віком до 50 років порівняно з двома іншими віковими групами, що свідчить про зростання показань та застосування цього виду оперативного втручання в останні роки ( $p < 0,05$ ). Жінки перименопаузального віку повідомляли про випадки непліддя, мимовільних викиднів, проте їхні частки були

Таблиця 5

Показники репродуктивної функції жінок у період перименопаузи залежно від віку ( $P \pm m_p$ , %)

Показник	Група 1 (до 50 років), n=50		Група 2 (50-59 років), n=54		Група 3 (60 років і старше), n=34		Різниця у групах 1 до 2		Різниця у групах 1 до 3		Різниця у групах 2 до 3	
	n	$P \pm m_p$	n	$P \pm m_p$	n	$P \pm m_p$	$\chi^2$	p	$\chi^2$	p	$\chi^2$	p
Кількість вагітностей	40	80±5,66	43	79,63±5,48	25	73,53±7,57	0,00	0,96	0,48	0,49	0,44	0,51
Непліддя	2	4±2,77	0	0±0	0	0±0	2,20	0,14	1,39	0,24		
Кількість пологів	39	97,5±2,21	43	100±0	25	100±0	0,04	0,84	0,22	0,64	0,44	0,51
У тому числі кесарів розтин	7	17,95±5,43	1	2,33±2,05	0	0±0	5,40	0,02	5,19	0,02	0,64	0,42
Артифіційні аборти	23	57,5±6,99	33	76,74±5,75	19	76,0±7,32	2,39	0,12	0,79	0,37	0,24	0,63
Мимовільні викидні	0	0±0	1	2,33±2,05	2	8±4,65	0,93	0,33	3,01	0,08	1,03	0,31
Завмерлі вагітності	7	17,5±5,37	4	9,3±3,95	1	4±3,36	1,19	0,27	2,87	0,09	0,78	0,38
Ектопічний плід	1	2,56±2,24	1	2,33±2,05	0	0±0	0,00	0,96	0,69	0,41	0,64	0,42
Загроза переривання вагітності	2	5,13±3,12	0	0±0	0	0±0	2,20	0,14	1,39	0,24		
Великий плід	1	2,56±2,24	3	6,98±3,47	1	4±3,36	0,89	0,35	0,08	0,78	0,33	0,57
Токсикоз, набряки вагітних	0	0±0	2	4,65±2,87	0	0±0	1,89	0,17			1,29	0,26

не суттєві. Це саме стосувалося й ускладнень під час перебігу вагітності ( $p > 0,05$ ) (див. табл. 5).

Для оцінювання особливостей формування патології у жінок в період перименопаузи було проведено аналіз гінекологічних захворювань у групі дослідження в цілому (табл. 6) та групах, що різнилися за віком.

Лише у 17 (12,32±2,8%) жінок перименопаузального віку під час звернення були відсутні гінекологічні захворювання. Ураження репродуктивної системи маніфестували 23 синдромами (див. табл. 6).

У процесі дослідження зв'язку різних параметрів віку жінок періоду перименопаузи та виявлених гінекологічних уражень встановлено, що достовірна різниця практично за всіма синдромами відсутня, тобто усі проаналізовані варіанти харак-

Таблиця 6

Показники частоти попереднього гінекологічного діагнозу під час госпіталізації у жінок перименопаузального віку (P±m<sub>p</sub>, %)

Показник	Усього, n=138	
	n	P±m <sub>p</sub>
Відсутні гінекологічні захворювання	17	12,32±2,8
Перименопаузальний період	12	8,7±2,4
Проблеми в менопаузі (вагініт, кровомазання)	26	18,84±3,33
Постменопауза	7	5,07±1,87
Патологічний клімакс	9	6,52±2,1
Дисменорея	5	3,62±1,59
Галакторея	1	0,72±0,72*
Уретроцеле, ректоцеле	1	0,72±0,72*
Сальпінгоофорит	4	2,9±1,43
Киста яєчника (тератома)	18	13,04±2,87
Конділома / Поліп шийки матки	27	19,57±3,38
Ерозія шийки матки	3	2,17±1,24*
Дисплазія шийки матки	16	11,59±2,73
Ендометріоз матки	11	7,97±2,31
Лейоміома матки	32	23,19±3,59
Опущення стінок піхви	5	3,62±1,59
Цервіцит	13	9,42±2,49
Кандидозний / атрофічний вагініт	18	13,04±2,87
Кольпіт	5	3,62±1,59
Фіброаденоматоз	7	5,07±1,87
Мастопатія	19	13,77±2,93
Аденоміоз	11	7,97±2,31
Аднексит	1	0,72±0,72*

Примітка. \* – p>0,05.

терні з подібною частотою у різні періоди перименопаузи. Достовірно частіше стан постменопаузи зазначали у групі жінок віком 60 років і більше. «Дисплазія шийки матки», «Ендометріоз матки», «Аденоміоз» достовірно більш характерні для групи 1 порівняно з групою 2 (p<0,05). Під час спостереження жінкам було підтверджено або спростовано наявність гінекологічних захворювань.

За результатами спостереження групи жінок періоду перименопаузи проаналізовано та проведено порівняння показників частоти гінекологічної патології з розподілом за віком (P±m<sub>p</sub>, %) (табл. 7). Встановлено, що наявність гінекологічної патології зростає у жінок із віком. Так, її відсутність відзначали у трохи більше по-

Таблиця 7

Показники частоти заключного гінекологічного діагнозу у жінок з розподілом за віком (P±m<sub>p</sub>, %)

Показник	Група 1 (до 50 років), n=50		Група 2 (50–59 років), n=54		Група 3 (60 років і старше), n=34		Різниця між групами 1 і 2		Різниця між групами 1 і 3		Різниця між групами 2 і 3	
	n	P±m <sub>p</sub>	n	P±m <sub>p</sub>	n	P±m <sub>p</sub>	φ	p	φ	p	φ	p
Відсутня гінекологічна патологія	26	52±7,07	13	24,07±5,82	10	29,41±7,81	8,64	0,00	4,22	0,04	0,31	0,68
Гіперплазія ендометрію	0	0±0	1	1,85±1,83	0	0±0	0,93	0,33	0,33	0,33	0,64	0,42
Передплітчастий синдром	4	8±3,84	8	14,81±4,83	1	2,94±2,9	1,18	0,28	0,93	0,34	3,20	0,07
Менопауза	6	12±4,6	24	44,44±6,76	18	52,94±8,56	13,31	0,00	16,62	0,00	0,60	0,44
Постменопауза	0	0±0	2	3,7±2,57	8	23,53±7,27	1,89	0,17	13,00	0,00	8,14	0,00
Клімактеричний стан	1	2±1,98	16	29,63±6,21	5	14,71±6,07	14,49	0,00	4,93	0,03	2,56	0,11
Аменорея	0	0±0	2	3,7±2,57	0	0±0	1,89	0,17			1,29	0,26
Дисменорея	2	4±2,77	0	0±0	0	0±0	2,20	0,14	1,39	0,24		
Цистоцеле	0	0±0	1	1,85±1,83	4	11,76±5,53	0,93	0,33	6,18	0,01	3,83	0,05
Уретроцеле, ректоцеле	0	0±0	1	1,85±1,83	0	0±0	0,93	0,33			0,64	0,42
Випадання матки і опущення піхви	2	4±2,77	3	5,56±3,12	3	8,82±4,86	0,14	0,71	0,84	0,36	0,35	0,55
Вагініт	6	12±4,6	9	16,67±5,07	10	29,41±7,81	0,46	0,50	3,98	0,05	2,00	0,16
Кольпіт	1	2±1,98	3	5,56±3,12	0	0±0	0,89	0,35	0,69	0,41	1,96	0,16
Ендодеривит	1	2±1,98	1	1,85±1,83	1	2,94±2,9	0,00	0,96	0,08	0,78	0,11	0,74
Поліп каналу шийки матки	3	6±3,36	3	5,56±3,12	1	2,94±2,9	0,01	0,92	0,42	0,52	0,33	0,57
Лейоміома матки	9	18±5,43	17	31,48±6,32	7	20,59±6,93	2,52	0,11	0,09	0,77	1,25	0,26
Дисплазія шийки матки	2	4±2,77	2	3,7±2,57	1	2,94±2,9	0,01	0,94	0,07	0,80	0,04	0,85
Конділома, кіста, поліп шийки матки	7	14±4,91	6	11,1±4,28	1	2,94±2,9	0,20	0,66	2,87	0,09	1,90	0,17
Ерозія шийки матки	5	10±4,24	2	3,7±2,57	1	2,94±2,9	1,64	0,20	1,52	0,22	0,04	0,85
Ендометріоз матки	4	8±3,84	4	7,41±3,56	1	2,94±2,9	0,01	0,91	0,93	0,34	0,78	0,38
Аденоміоз	3	6±3,36	2	3,7±2,57	0	0±0	0,30	0,58	2,12	0,15	1,29	0,26
Незалежні хвороби жіночих статевих органів	0	0±0	0	0±0	1	2,94±2,9			1,49	0,22	1,61	0,20
Киста яєчника	3	6±3,36	2	3,7±2,57	1	2,94±2,9	0,30	0,58	0,42	0,52	0,04	0,85
КФМ	8	16±5,18	4	7,41±3,56	3	8,82±4,86	1,88	0,17	0,92	0,34	0,06	0,81
Мастопатія	3	6±3,36	10	18,52±5,29	0	0±0	3,72	0,05	2,12	0,15	7,10	0,01
Ускладнення гінекологічних захворювань (кровотечі)	2	4±2,77	0	0±0	0	0±0	2,20	0,14	1,39	0,24		

ловини жінок у віці до 50-ти років (52±7,07%) та у 24,07±5,82% та 29,41±7,8% – у наступних двох групах порівняння (p<0,05).

За даними табл. 7 достовірно частіше, що і закономірно, симптомокомплекс менопаузи, клімактеричний стан відзначали у жінок груп 2 і 3 порівняно з групою 1, постменопаузу – у жінок віком 60 років і старше.

У жінок групи 3 частіше за пацієнок інших груп спостерігали «Цистоцеле», «Вагініт». Кількість жінок із мастопатією була найбільшою на початку перименопаузального періоду, знижувалася з віком та була відсутня у групі 3 (p<0,05) (див. табл. 7).

Таблиця 8

Скарги у жінок перименопаузального віку (P±m<sub>p</sub>, %)

Показник	Усього, n=138	
	n	P±m <sub>p</sub>
Виділення кров'яністі	19	13,77±2,93
Виділення жовто-коричневі	16	11,59±2,73
Сухість, свербіж піхви	17	12,32±2,80
Часте і болюче сечовиділення	9	6,52±2,10
Підвищення температури тіла	4	2,9±1,43
Затримка менструації	20	14,49±3,0
Рясна і болюча менструація	8	5,8±1,99
Приливи жару	21	15,22±3,06
Дискомфорт після статевого акту	8	5,8±1,99
Порушення сну	10	7,25±2,21
Зміни в ГЗ	1	0,72±0,72*
Висипання	3	2,17±1,24
Вегетативно-судинні прояви	16	11,59±2,73
<b>Біль</b>		
Усього	27	19,57±3,38
низ живота	16	11,59±2,73
поперек	6	4,35±1,74
верхні відділи живота	1	0,72±0,72*
у піхві	4	2,9±1,43
тягнучі	2	1,45±1,02*
ниючі	7	5,07±1,87
ріжучі	4	2,9±1,43
спазмуючі	2	1,45±1,02*
незначні	2	1,45±1,02*
періодичні	3	2,17±1,24

Примітка. \* – p>0,05.

Таблиця 9

Дані скарг у жінок з розподілом за віком (P±m<sub>p</sub>, %)

Показник	Група 1 (до 50 років), n=50		Група 2 (50–59 років), n=54		Група 3 (60 років і старше), n=34		Різниця між групами 1 і 2		Різниця між групами 1 і 3		Різниця між групами 2 і 3	
	n	P±m <sub>p</sub>	n	P±m <sub>p</sub>	n	P±m <sub>p</sub>	p	z	p	z	p	z
Виділення кров'яністі	10	20±5,66	7	12,96±4,57	2	5,88±4,04	0,94	0,33	3,29	0,07	1,14	0,29
Виділення жовто-коричневі	5	10±4,24	6	11,1±4,28	5	14,71±6,07	0,03	0,85	0,43	0,51	0,25	0,62
Сухість, свербіж піхви	4	8±3,84	7	12,96±4,57	6	17,65±6,64	0,68	0,41	1,80	0,18	0,36	0,55
Часте і болюче сечовиділення	2	4±2,77	4	7,41±3,56	3	8,82±4,86	0,55	0,46	0,84	0,36	0,06	0,81
Підвищення температури тіла	2	4±2,77	2	3,7±2,57	0	0±0	0,01	0,94	1,39	0,24	1,29	0,26
Затримка менструації	14	28±6,35	6	11,1±4,28	0	0±0	4,77	0,03	11,42	0,00	4,05	0,04
Рясна і болюча менструація	6	12±4,6	2	3,7±2,57	0	0±0	2,52	0,11	4,39	0,04	1,29	0,26
Приливи жару	2	4±2,77	15	27,78±6,1	4	11,76±5,53	10,73	0,00	1,84	0,17	3,16	0,08
Дискомфорт та зміни після статевого акту	4	8±3,84	3	5,56±3,12	1	2,94±2,9	0,25	0,62	0,93	0,34	0,33	0,57
Порушення сну	2	4±2,77	7	12,96±4,57	1	2,94±2,9	2,64	0,10	0,07	0,80	2,54	0,11
Зміни в ГЗ	0	0±0	1	1,85±1,83	0	0±0	0,93	0,33			0,64	0,42
Висипка	1	2±1,98	2	3,7±2,57	0	0±0	0,27	0,60	0,69	0,41	1,29	0,26
Вегетативно-судинні прояви	4	8±3,84	12	22,22±5,66	0	0±0	4,03	0,04	2,86	0,09	8,75	0,00
<b>Біль</b>												
Усього	9	18±5,43	12	22,22±5,66	6	17,65±6,54	0,29	0,59	0,00	0,97	0,27	0,60
низ живота	6	12±4,6	7	12,96±4,57	3	8,82±4,86	0,02	0,88	0,21	0,64	0,35	0,55
поперек	1	2±1,98	2	3,7±2,57	3	8,82±4,86	0,27	0,60	2,08	0,15	1,02	0,31
верхні відділи живота	1	2±1,98	0	0±0	0	0±0	1,09	0,30	0,69	0,41		
у піхві	2	4±2,77	2	3,7±2,57	0	0±0	0,01	0,94	1,39	0,24	1,29	0,26
тягнучі	2	4±2,77	0	0±0	0	0±0	2,20	0,14	1,39	0,24		
ниючі	4	8±3,84	3	5,56±3,12	0	0±0	0,25	0,62	2,86	0,09	1,96	0,16
ріжучі	2	4±2,77	1	1,85±1,83	1	2,94±2,9	0,43	0,51	0,07	0,80	0,11	0,74
спазмуючі	1	2±1,98	0	0±0	1	2,94±2,9	1,09	0,30	0,08	0,78	1,61	0,20
незначні	1	2±1,98	1	1,85±1,83	0	0±0	0,00	0,96	0,69	0,41	0,64	0,42
періодичні	0	0±0	2	3,7±2,57	1	2,94±2,9	1,89	0,17	1,49	0,22	0,04	0,85

Таблиця 10

## Дані результатів гормональних досліджень у жінок (M±m)

Показник	Група 1 (до 50 років), n=50	Група 2 (50-59 років), n=54	Група 3 (60 років і старше), n=34	Різниця між групами 1 і 2		Різниця у групах 1 до 3		Різниця у групах 2 до 3	
				χ <sup>2</sup>	p	χ <sup>2</sup>	p	χ <sup>2</sup>	p
ПРЛ	23,87±2,32	25,14±2,32	0±0	0,39	0,70	10,31	0,00	10,83	0,00
ФСГ	20,56±4,63	80,01±0	50,33±4,75	12,83	0,00	4,48	0,00	6,24	0,00
ЛГ	11,81±1,45	0±0	0±0	8,17	0,00	8,17	0,00		
Естрадіол	315,29±46,48	432,08±96,39	171,3±0	1,09	0,28	3,10	0,00	2,71	0,01
Прогестерон	7,78±0,82	0±0	0±0	9,51	0,00	9,51	0,00		
Вільний тестостерон	1,33±0,21	1,9±0	0±0	2,67	0,01	6,28	0,00		
Індекс НОМА	6,79±0,71	7,02±0,92	1,69±0,17	0,20	0,84	6,95	0,00	5,71	0,00
Інсулін	11,63±0,61	24,62±2,91	7,32±0,1	4,37	0,00	6,95	0,00	5,94	0,00

Було проведено аналіз скарг, з якими зверталися жінки груп дослідження по медичну допомогу (табл. 8).

При порівнянні скарг, про які повідомляли жінки перименопаузального віку, встановлено відсутність їхньої достовірної різниці у всіх групах порівняння за віком,  $p < 0,05$  (табл. 9).

У загальній групі дослідження рівні ФСГ та ЛГ становили відповідно у середньому  $27,56 \pm 2,95$  та  $11,81 \pm 0,87$  та незначно відрізнялися у групах порівняння. Високі середні показники вмісту у венозній крові естрадіолу, і навпаки, низькі середні показники рівнів прогестерону свідчать про дисбаланс гормонального статусу у жінок перименопаузального віку (табл. 10).

Індекс НОМА був вищим від рекомендованого в усіх групах дослідження, що свідчить про наявність у жінок перименопаузального віку низки патологічних станів, які асоційовані з інсулінорезистентністю: ожиріння, цукровий діабет 2-го типу, порушення толерантності глюкози, дисліпідемія, СПКЯ, атеросклероз, артеріальна гіпертензія тощо, та потребує подальшого аналізу.

При порівнянні середніх значень аналогічних показників у групах жінок, що розподілені за віком, встановлено їхні найвищі рівні у групі жінок віком 50–59 років (група 2). Також вони достовірно вищі від таких, що встановлені у групах 1 і 3 ( $p \leq 0,01$ ) (табл. 10).

У жінок різного віку відзначали особливості перебігу перименопаузального періоду. Групи порівняння за віком достовірно відрізнялися, а наявність захворювань грудних залоз, як обтяжуючий чинник, був достовірно вищим у групі 1 порівняно з групою 3 ( $p = 0,01$ ) та у групі 2 порівняно з групою 3 ( $p = 0,05$ ). Отримані дані підтверджують зростання актуальності надмірної маси тіла з віком. Встановлені середні показники індексу маси тіла були достовірно вищими у групі жінок 50–59 років та 60 років і старше, ніж у групі жінок віком до 50 років ( $p < 0,01$ ).

Середній рівень вітаміну D у венозній крові в усіх групах жінок періоду перименопаузи, які були сформовані за віком, був нижчий від рекомендованого та достовірно нижчий у групі 1 (до 50 років) порівняно з групою 2 (50–59 років) та у групі 3 (60 років і старше) порівняно з групою 2 (50–59 років).

Середня кількість вагітностей та артифіційних абортів у жінок протягом життя була достовірно вищою у групі 2 порівняно з групами 1 і 3 ( $p \leq 0,01$ ). Кількість завмерлих вагітностей була достовірно більша у жінок віком 60 років і старше ( $p \leq 0,01$ ). Встановлено достовірну різницю у показниках середньої тривалості гінекологічних захворювань у групі жінок 60 років і старше порівняно з групою до 50 років.

Отже, показники щодо артифіційних абортів, завмерлих вагітностей у визначених за віком групах 1 і 2 були достовірними та суттєвими ( $p < 0,01$ ), проте різниці між ними у різних групах дослідження не встановлено. Достовірно частіше в анамнезі зафіксовані пологи за допомогою кесарева розтину у жінок віком до 50 років порівняно з двома іншими віковими групами, що свідчить про зростання показань та застосування цього виду оперативного втручання в останні роки ( $p < 0,01$ ).

Встановлено, що у 17 ( $12,32 \pm 2,8\%$ ) жінок при зверненні були відсутні гінекологічні захворювання. Спектр гінекологічних уражень у пацієток був представлений 23 синдромами. Зв'язок різних параметрів віку жінок періоду перименопаузи та частоти виявлених гінекологічних уражень практично по усіх синдромах не встановлений, тобто значна кількість проаналізованих варіантів характерні з подібною частотою у різні періоди перименопаузи. Проте достовірно частіше на стан постменопаузи вказували у групі 3 (60 років і більше). «Дисплазія шийки матки», «Ендометріоз матки», «Аденоміоз» достовірно більш характерні для групи 1 порівняно з групою 2 ( $p < 0,05$ ).

Протягом дослідження жінкам було підтверджено або спростовано гінекологічні захворювання. У  $35,51 \pm 4,07\%$  порушень гінекологічної сфери не встановлено. Визначено, що ризик розвитку гінекологічної патології зростає у жінок із віком. Так, її відсутність відзначали у трохи більше половини жінок віком до 50-ти років ( $52 \pm 7,07\%$ ); у  $24,07 \pm 5,82\%$  та  $29,41 \pm 7,8\%$  – у наступних двох групах порівняння відповідно. Розрахунок критерію  $\chi^2$  підтвердив цю закономірність ( $p \leq 0,01$ ).

Достовірно частіше симптомокомплекс менопаузи і клімактеричний стан відзначали у жінок груп 2 і 3 порівняно із групою 1; постменопаузу – у жінок 60 років і старше. У групі жінок віком 60 років і старше частіше спостерігали «Цистоцеле», «Вагініт» порівняно з жінками групи 1. Кількість жінок із мастопатією була найбільшою на початку перименопаузального періоду та знижувалася з віком до відсутності у групі 60 років та старше ( $p < 0,01$ ).

## ВИСНОВКИ

1. Результати гормональних досліджень продемонстрували високі рівні пролактину у жінок перименопаузального віку у загальній групі ( $p < 0,05$ ).

2. Високі середні показники вмісту у венозній крові естрадіолу і, навпаки, низькі середні показники рівнів прогестерону свідчать про дисбаланс гормонального статусу у жінок перименопаузального віку. Встановлено найвищі рівні середніх значень аналогічних показників у групі жінок віком 50–59 років, вони достовірно вищі від таких у групах 1 та 3 ( $p \leq 0,05$ ).

3. Встановлені особливості перименопаузального періоду у жінок різних вікових груп необхідно враховувати під час організації надання медичної допомоги таких категорій із забезпеченням індивідуалізованого підходу з метою покращення якості життя.

**К вопросу коррекции перименопаузальных расстройств  
у женщин с экстрагенитальной патологией  
Х.В. Козак**

В статье представлены современные данные об особенностях течения перименопаузального периода у женщин исследуемой группы. Результаты гормональных исследований продемонстрировали высокие уровни пролактина у женщин перименопаузального возраста в общей группе ( $p < 0,05$ ).

Высокие средние показатели содержания в венозной крови эстрадиола и, наоборот, низкие средние показатели уровней прогестерона свидетельствуют о дисбалансе гормонального статуса у женщин перименопаузального возраста с экстрагенитальной патологией. Выявлены высокие уровни средних значений аналогичных показателей в группе женщин в возрасте 50–59 лет, достоверно выше таковых в группах 1 и 3 ( $p \leq 0,05$ ).

Установленные особенности перименопаузального периода у женщин разных возрастных групп необходимо учитывать при организации оказания медицинской помощи таким категориям с обеспечением индивидуализированного подхода с целью улучшения качества жизни.

**Ключевые слова:** перименопаузальный период, климактерический синдром, экстрагенитальная патология.

**On the issue of correction of perimenopausal disorders in women with  
extragenital pathology  
H.V. Kozak**

The article presents modern data on the features of the course of the perimenopausal period in women of the study group. The results of hormonal studies demonstrated high levels of prolactin in perimenopausal women in the general group ( $p < 0,05$ ).

High average levels of estradiol in venous blood and, conversely, low average levels of progesterone indicate an imbalance in hormonal status in perimenopausal women with extragenital pathology. High levels of average values of similar indicators were found in the group of women aged 50–59 years, significantly higher than those in groups 1 and 3 ( $p \leq 0,05$ ).

The established features of the perimenopausal period in women of different age groups must be taken into account when organizing the provision of medical care to such categories with the provision of an individualized approach in order to improve the quality of life.

**Key words:** perimenopausal climacteric syndrome, extragenital pathology.

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Delamater L. Management of the Perimenopause. / L. Delamater, N. Santoro // Clinical obstetrics and gynecology. – 2018. – № 61 (3). – P. 419–432. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000389>
2. Cao Zh. Advances in the Pathogenesis of Perimenopausal Syndrome / Zh. Cao, K. Lu, J. Chen, G. Fang // Proceedings Anticancer Research – 2020. – Vol. 4, № 3. – P. 18–24.

3. Dutton P. Physiology of the Menstrual Cycle and Changes in the Perimenopause. In N. Panay, P. Briggs, & G. Kovacs (Eds.), *Managing the Menopause* / P. Dutton, J. Rymer // Cambridge: Cambridge University Press. – 2020. (pp. 1–11) doi:10.1017/9781108869102.002
4. Evaluation of Bone Mineral Density in Perimenopausal Period. / Z. Shariati-Sarabi, H.E. Rezaie, N. Milani, F.E. Rezaie, A.E. Rezaie // The archives of bone and joint surgery. – 2018. – № 6 (1). – P. 57–62.
5. Berga S.L. Barriers to the Care of Menopausal Women / S.L. Berga, V.D. Garovic // Mayo Clinic proceedings. – 2019. – № 94 (2). – P. 191–193. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.12.016>
6. Franco O.H. Vasomotor symptoms in women and cardiovascular risk markers: Systematic review and meta-analysis / O.H. Franco, T. Muka, V. Colpani et al. // Maturitas. – 2015. – № 81 (3). – P. 353–361. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.04.016>
7. Muka T. Association of Vasomotor and Other Menopausal Symptoms with Risk of Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis / T. Muka, C. Oliver-Williams, V. Colpani et al. // PloS one. – 2016. – № 11 (6). – P. e0157417. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157417>
8. Savonitto S. Perimenopause vasomotor symptoms, coronary atherosclerosis and risk of myocardial infarction during menopause: the cardiologist's perspective / S. Savonitto, L. Ferri, D. Colombo // Menopause Review/PrzeglNed Menopauzalny. – 2018. – № 17 (2). – P. 53–56. <https://doi.org/10.5114/pm.2018.77301>
9. Augoulea A. Psychosomatic and vasomotor symptom changes during transition to menopause / A. Augoulea, M. Moros, A. Lykeridou et al // Menopause Review/PrzeglNed Menopauzalny. – 2019. – № 18 (2). – P. 110–115. <https://doi.org/10.5114/pm.2019.86835>
10. Soto-Rodríguez A. Relationship between cardiovascular parameters and body mass index in perimenopausal women / A. Soto-Rodríguez, R. Leirós-Rodríguez, J. L. García-Soidan, J. García-Liñeira // International Journal of Medical and Surgical Sciences. – 2021. – № 8 (2). – P. 1–13. <https://doi.org/10.32457/ijmss.v8i2.1443>
11. Gray K.E. Vasomotor Symptom Characteristics: Are they Risk Factors for Incident Diabetes? / K.E. Gray, J.G. Katon, E.S. LeBlanc et al // Menopause (New York, N.Y.). – 2018. – № 25 (5). – P. 520–530. <https://doi.org/10.1097/gme.0000000000001033>
12. Süß H. Estradiol and progesterone as resilience markers? – Findings from the Swiss Perimenopause Study / H. Süß, J. Willi, J. Grub, U. Ehler // Psychoneuroendocrinology. – 2021. – № 127. – P. 105–177. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2021.105177>
13. Topliss D.J. Clinical update in aspects of the management of autoimmune thyroid disease / D.J. Topliss // Endocrinol. Metab (Seoul). – 2016. – № 31 (4). – P. 493–499.
14. Saulicz M. Impact of physical activity and fitness on the level of kinesophobia in women of perimenopausal age / M. Saulicz, E. Saulicz, A. Knapik et al // Menopause Review/PrzeglNed Menopauzalny. – 2016. – № 15 (2). – P. 104–111. <https://doi.org/10.5114/pm.2016.61193>

## Організація акушерсько-гінекологічних послуг на рівні первинної медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я

*Н.Я. Жилка, О.С. Щербінська*

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

В статті висвітлено рівень готовності рівня первинної медичної допомоги до надання акушерсько-гінекологічних послуг в умовах другого етапу реформування вітчизняної системи охорони здоров'я. Визначені основні перешкоди до організації якісної акушерсько-гінекологічної допомоги на первинному рівні лікарем загальної практики-сімейної медицини.

**Ключові слова:** акушерсько-гінекологічні послуги, первинна медична допомога, реформування системи охорони здоров'я.

**Мета** – висвітлення основних проблем щодо готовності рівня первинної медичної допомоги до надання акушерсько-гінекологічних послуг.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Матеріалами дослідження стала законодавча база України із зазначеного питання, а методами дослідження стали бібліосемантичний та метод структурно-логічного аналізу.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЙОГО ОБГОВОРЕННЯ

Серед стратегій розвитку сфери охорони здоров'я найбільш перспективною, як і раніше, залишається зміцнення ПМД як на основі розвитку сімейної практики і формуванні консультативно-діагностичних центрів, так і регіоналізації перинатальної допомоги. Загалом стратегічні напрямки розвитку служби охорони матері та дитини як складової сфери охорони здоров'я в Україні передбачають переорієнтацію амбулаторної ланки служби на ПМСД на засадах ЗПСМ [1].

У 2017 р. в системі охорони здоров'я України функціонувало 671 самостійних ЦПСМД із яких 488 (72,7 %) функціонувало в сільській місцевості. В структурі самостійних ЦПСМД функціонувало 5335 лікарських амбулаторій та 11078 ФАПів. Для забезпечення їх функціонування було введено 29 541,25 посад сімейних лікарів з рівнем укомплектованості штатних посад – 71,0 % та 48765,25 посад сімейних медичних сестер з рівнем укомплектованості штатних посад – 91,0%. Тобто, сімейними лікарями ЦПСМД укомплектовані недостат-

ньо, що може негативно впливати на доступність, безперервність ПМД, а також на якість у зв'язку із збільшенням навантаження на одну лікарську одиницю. Така ситуація знижує можливості інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги на первинний рівень [1].

Перехід на нову систему фінансування надання послуг ПМД з 2018 р. передбачає введення капітаційної ставки, котру отримує заклад ПМД за кожного пацієнта, з яким підписано декларацію про медичне обслуговування. Така модель фінансування покладає на заклад ПМД низку зобов'язань щодо якості, вчасності та обсягу надання медичних послуг відповідно до наказу МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги» [2,3]. За нормативними очікуваннями пацієнти мають звертатись до свого сімейного лікаря (а не до спеціаліста вторинної ланки) на ранніх етапах захворювань, що приведе до зниження ускладнених випадків, що сприятиме зменшенню кількості випадків, які потребують ресурсомісткого лікування. Водночас робота ЛЗПСМ повинна бути спрямована на результат лікування та профілактичні заходи, що покликано з часом покращити показники здоров'я населення. Адже саме якісна ПМД – один із найбільш «розумних» підходів до реалізації принципу «Здоров'я для всіх» [4].

Запровадження системи капітаційної оплати є певним стимулом для значних змін у ПМД. Капітація без додаткових стимулів та регулювання через моніторинг певних індикаторів роботи є доволі простою в адмініструванні. Однак, капітаційна оплата на поточному етапі не має прямого зв'язку зі зростанням ефективності діяльності провайдерів ПМД та може призвести до певних негативних наслідків їхньої діяльності, а саме збільшення кількості направлень пацієнтів одразу на вторинний рівень медичної допомоги; відсутності мотивації здійснювати якісне лікування; визначення пацієнтів через відсутність стимулів лікувати пацієнтів, які потребують додаткової уваги; надання неповного обсягу послуг [4].

Перехід на нові принципи фінансування – оплату за одного пацієнта з використанням капітаційної ставки в рамках виконання договорів про медичне обслуговування населення між надавачами ПМД та НСЗУ є дійсно певним стимулом для організації профілактичної роботи щодо ЗСЖ, формування репродуктивного здоров'я, планування сім'ї, ведення фізіологічної вагітності та надання медичної допомоги гінекологічним хворим і це є обнадійливим у розширенні функцій ЛЗПСМ щодо надання послуг з акушерства та гінекології.

За матеріалами щодо сучасних результатів роботи ЛЗПСМ виявлено, що [4]:

- у середньому лікарі ведуть прийом пацієнтів протягом 4,5 год на день та приймають близько 20-ти пацієнтів, середня тривалість візиту одного пацієнта становить 13 хв., що свідчить про середні норми навантаження ЛЗПСМ;
- основними споживачами послуг ПМД є жінки віком від 40 до 64 років (у середньому жінки становлять 68% від загальної кількості пацієнтів, які користуються послугами ПМД, у сільській місцевості цей показник сягає 70%). Як свідчить отриманий результат, ЛЗПСМ найчастіше стикаються з пацієнтами, яким необхідними профілактичні технології, зокрема, профілактика онкопатології та гінекологічних захворювань;



- головними причинами візиту до закладу стали гострі симптоми хвороби (34% від загальної кількості візитів) та регулярні візити до лікаря переважно через хронічні захворювання (20% від загальної кількості візитів), що також свідчить про недосконалість профілактичного спрямування діяльності ЛЗПСМ;
- у середньому за рік 69% пацієнтів, які прийшли на прийом до лікаря, отримували до 10 послуг ПМД (під послугою маються на увазі звернення до лікаря, вакцинація, здача аналізів, отримання рецептів та довідок тощо). Серед перерахованого відсутні дані послуг з акушерської допомоги у сфері спостереження за здоровою вагітною;
- у середньому один лікар ПМД випишує 16 направлень до вузьких спеціалістів на кожні 100 візитів пацієнтів. Найвищий середній рівень направлень – у лікарів ПМД з досвідом роботи менше 10 років (18 направлень на 100 візитів);
- у середньому лікар укладає з пацієнтами 1700 декларацій, майже 60% закладів мають дефіцит кадрового забезпечення. Дані підтверджують отримані нами результати на попередніх етапах дослідження за статистичними даними;
- більшість лікарів зазначають зростання обсягу телефонних консультацій та зменшення кількості візитів додому. Ця інформація є оптимістичною для налагодження інтегративних процесів щодо консультативно акушерсько-гінекологічної допомоги, зокрема з профілактики ПСШ та непланованої вагітності;
- понад 51 % лікарів стверджують що підходи до надання послуг ПМД змінилися, проте 64 % визнали, що методи та практики лікування не зазнали змін. Висока питома вага спеціалістів, які не відчули змін в своїй повсякденній роботі свідчить про необхідність розроблення нових підходів щодо удосконалення профілактичного спрямування діяльності ЛЗПСМ;
- досить високий відсоток закладів ПМД у сільській місцевості все ще потребують обладнання для доступу людей з особливими потребами, що є перешкодою до впровадження послуг з акушерства та гінекології в практику ЛЗПСМ.

Тобто принципи роботи ЛЗПСМ майже не змінилися, 60% закладів мають дефіцит кадрового забезпечення, ЗОЗ ПМД потребують дооснащення і переобладнання, що не сприяє інтеграції послуг з акушерства та гінекології на рівень ПМД.

ЛЗПСМ працюють за Програмою медичних гарантій [5]. Постановою КМУ від 25.04.2018 р. № 407 „Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік” визначаються механізми забезпечення оплати медичних послуг, пов'язаних з наданням екстреної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), паліативної медичної допомоги, медичної допомоги дітям до 16 років, медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами, медичної реабілітації.

Обов'язковими умовами для укладення договорів із НСЗУ є:

- автономізація закладу (перетворення в комунальне некомерційне/казенне підприємство);

- комп'ютеризація закладу (встановлення комп'ютерів або інших технічних засобів, наприклад, планшетів, смартфонів тощо);
- підключення закладу до ЦБД ЕСОЗ через обраний МІС;
- наявність у закладі діючої ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики.

Отже, робоче місце ЛЗПСМ на сьогодні модернізоване, наявні можливості надання консультативної медичної допомоги сучасним методом телемедицини, що відображено в умовах закупівлі медичних послуг за напрямом «Первинна медична допомога»: послуги надаються амбулаторно, за місцем проживання (перебування) пацієнта або з використанням засобів телекомунікації/телемедичних систем (за рішенням лікаря ПМД). Підставою надання послуги є декларація про вибір лікаря, який надає ПМД.

Основними вимогами з організації надання послуги стали:

1. Забезпечення безперервності ПМД шляхом ефективного надання допомоги пацієнту протягом усього його життя з урахуванням усіх його проблем зі здоров'ям, організовуючи та координуючи діяльність інших служб.
2. Наявність лабораторії для проведення обов'язкових лабораторних досліджень у закладі або на умовах договору підряду.
3. Організація взаємодії з надавачами вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з метою своєчасної діагностики та лікування хвороб, фізіологічних станів під час вагітності.
4. Взаємодія з дошкільними навчальними закладами, навчальними закладами, соціальними службами, правоохоронними органами, підприємствами, установами та організаціями, засобами масової інформації, громадськими організаціями, органами місцевого самоврядування на території обслуговування в інтересах збереження та зміцнення здоров'я населення [6,7].

Серед наведених вимог не розглядається питання надання медичної допомоги гінекологічним хворим, а також не зазначаються питання ЗСЖ.

Серед вимог до переліку обладнання (електрокардіограф, тонометр, ваги, ростомір, глюкометр, пульсоксиметр також не прослідковується можливість профілактики онкогінекологічних хвороб, зокрема раку шийки матки, оскільки не передбачається гінекологічне крісло та обладнання для взяття матеріалу для проведення цитологічного дослідження.

Для вивчення можливості інтеграції послуг з акушерства та гінекології на рівень ПМД проаналізовано Специфікацію надання медичних послуг за напрямом «Первинна медична допомога», яка включає:

- динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнтів з використанням фізикальних, лабораторних та інструментальних методів обстеження відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я;
- проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруень, а також патологічних і фізіологічних станів (під час вагітності);
- забезпечення проведення діагностичних обстежень, лікувальних заходів, а також динамічного спостереження за пацієнтами з хронічними захворюваннями відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я;

- надання невідкладної медичної допомоги пацієнтам з розладами фізичного або психічного здоров'я, які сталися під час прийому у лікаря ПМД і які не потребують надання екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- проведення обов'язкових заходів щодо виявлення індивідуального ризику виникнення неінфекційних та інфекційних захворювань, оцінювання загального серцево-судинного ризику, індексу маси тіла, окружності талії тощо;
- проведення наступних лабораторних досліджень: загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою; загальний аналіз сечі; глюкоза крові; загальний холестерин; швидкі тести на вагітність, тропонін, ВІЛ, вірусні гепатити;
- проведення профілактичних втручань, спрямованих на зменшення інфекційних захворювань серед дорослого та дитячого населення, зокрема вакцинації згідно з календарем профілактичних щеплень, підготовка та відправлення повідомлень про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення та медичні препарати, а також проведення епідеміологічних досліджень при поодиноких випадках інфекційних хвороб;
- надання консультативної допомоги населенню з основних засад здорового способу життя, негативних наслідків нездорового способу життя та важливості здійснення заходів з відмови від куріння та зловживання алкоголем, збільшення фізичної активності та здорове харчування;
- динамічне спостереження за жінками з неускладненим перебігом вагітності та направлення їх (у разі потреби) до акушера-гінеколога закладу вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.
- здійснення медичного спостереження за здоровою дитиною;
- надання окремих послуг паліативної допомоги дорослим та дітям, що включає: регулярну оцінку стану важкохворого пацієнта та визначення його потреб; оцінювання ступеня болю та лікування больового синдрому; призначення наркотичних засобів та психотропних речовин відповідно до законодавства, оформлення рецептів для лікування больового синдрому; призначення лікування для подолання супутніх симптомів (закрепи, нудота, задуха тощо); консультування та навчання осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом; координацію та співпрацю з іншими установами для забезпечення медичних, психологічних, соціальних та інших потреб пацієнта;
- призначення лікарських засобів та медичних виробів, технічних засобів медичної реабілітації з оформленням відповідних документів згідно з вимогами законодавства;
- виписки рецептів для пільгового забезпечення лікарськими засобами окремих груп населення за певними категоріями захворювань відповідно до чинного законодавства;

- направлення пацієнта з медичними показаннями, які не потребують ЕМД, у заклади охорони здоров'я для надання їм вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, медичної реабілітації та паліативної допомоги;
- виклик бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги до пацієнта, який знаходиться у загрозовому для життя стані, надання йому відповідної медичної допомоги до прибуття бригади ЕМД;
- ведення первинної облікової документації (зокрема в електронному вигляді), оформлення довідок, листків непрацездатності та направлень для проходження медико-соціальної експертизи, а також лікарських свідоцтв про смерть [7].

Як видно, згідно із затвердженою Специфікацією надання медичних послуг за напрямом «Первинна медична допомога», послуги з формування репродуктивного здоров'я, безпечної статевої поведінки, профілактики ІПСШ, планування сім'ї, профілактики онкогінекології не включені, що унеможливає ефективну інтеграцію послуг у сфері акушерства, гінекології та сімейної медицини. Тому, необхідним є внесення змін як до умов закупівлі медичних послуг за напрямом «Первинна медична допомога», так і до Специфікації надання медичних послуг за напрямом «Первинна медична допомога» щодо забезпечення можливості надання профілактичної допомоги жіночому населенню.

## ВИСНОВКИ

Готовність рівня первинної медичної допомоги до надання акушерсько-гінекологічних послуг є недостатньою: недостатня укомплектованість ЛЗПСМ, недосконала організація їх роботи в умовах реформування системи охорони здоров'я, Специфікація надання медичних послуг за напрямом «Первинна медична допомога» та її умови організації не включають послуги з формування репродуктивного здоров'я, безпечної статевої поведінки, профілактики ІПСШ, планування сім'ї, профілактики онкогінекології, що унеможливає ефективну інтеграцію послуг у сфері акушерства, гінекології та сімейної медицини та потребує внесення змін до нормативної бази щодо організації діяльності ЛЗПСМ в частині надання акушерсько-гінекологічних послуг.

### **Организация акушерско-гинекологических услуг на уровне первичной медицинской помощи в условиях реформирования системы здравоохранения Н.Я. Жилка, Е.С.Щербинская**

В статье отражен уровень готовности уровня первичной медицинской помощи к оказанию акушерско-гинекологических услуг в условиях второго этапа реформирования отечественной системы здравоохранения. Определены основные препятствия в организации качественной акушерско-гинекологической помощи на первичном уровне врачом общей практики-семейной медицины.

**Ключевые слова:** акушерско-гинекологические услуги, первичная медицинская помощь, реформирование системы здравоохранения.

**Organize of obstetric and gynecological services at the level of primary health care in the context of health care reform**

***N. Ya. Zhilka, O.S. Shcherbinska***

The article reflects the level of readiness of the level of primary health care to provide obstetric and gynecological services in the second stage of reforming the domestic health care system. The main obstacles in the organization of high-quality obstetric and gynecological care at the primary level by a general practitioner-family medicine have been identified.

**Keywords:** *obstetric and gynecological services, primary care, health care reform.*

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – К. : МВЦ «Медінформ», 2018. – 458 с.
2. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги».
3. Національна служба здоров'я України – Сайт НСЗУ. Режим доступу : <https://nszu.gov.ua>. – Назва з екрану.
4. Keeping the promise of universal health coverage. URL: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/sustainable-development-goals/news/news/2019/12/keeping-the-promise-of-universal-health-coverage>.
5. Постанова КМУ „Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік” від 25.04.2018 р. № 407 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.apteka.ua/article/458646>. – Назва з екрану.
6. Умови закупівлі медичних послуг за напрямом «Первинна медична допомога». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2019>. – Назва з екрану.
7. Специфікація надання медичних послуг за напрямом «Первинна медична допомога». Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2019>. – Назва з екрану.

**Наукове видання**  
**ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ**  
**СПІВРОБІТНИКІВ**  
**НМАПО імені П.Л. ШУПИКА**

**Випуск 37**

Головний редактор:  
академік НАМН України, професор  
**Ю.В. Вороненко**  
Науковий редактор: член-кор. НАМН України, д.мед.н., проф.  
**Ю.П. Вдовиченко**

Художній і технічний редактор:  
Л.В. Тищенко

Комп'ютерне упорядкування та верстка: **А.О. Бондаренко**

Редактор англ. резюме: к.пед.н., доцент **Л.Ю. Лічман**

**Замовник та видавець:** НМАПО імені П.Л. Шупика

Адреса для листування: Україна, 04112, м. Київ-112, вул. Дорогожицька, 9  
Адреса редакції: Україна, 04112, м. Київ-112, вул. Дорогожицька, 9, кім. 403,  
тел./факс (044) 440-61-92  
e-mail: [nmapo403@ukr.net](mailto:nmapo403@ukr.net)

Формат 60x84/16. Папір офсетний. Гарнітура Peterburg  
Обл. видав. арк. – 8,24. Ум.-друк.арк. – 7,32.  
ТОВ «Професіонал-Івент»  
Тел./факс: (044) 257-27-27