



НМАПО

**ім. П.Л. Шупика
МОЗ України**

www.nmapo.edu.ua

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

**Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика
Київ, 2020 р. – 116 с.**

У 38 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. Скрипченко** – 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 38

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; 116 p.**

The 38st 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 DK№3617.

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

Frequency of publication is 4 times per year

Responsible for the compilation and edition: **L.V. Tischenko**

Computer ordering and make-up: **A.O. Bondarenko**

The reviewers: **V.O. Tovstansovska** - M.D., Ph.D., Professor.

M.E. Yarotskiy - M.D., Ph.D., Professor.

The editorial board has kept the author's text without essential changes, addressing to a correcting on occasion.

The authors of the publications carry the responsibility for reliability of the facts, citation, surnames, names and other data.

ISSN 2227-7404

© P.L.Shupyk National Medical Academy of
Post-Graduate Education named after P.L.Shupyk, 2020

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH OF UKRAINE
NATIONAL MEDICAL ACADEMY FOR POSTGRADUATE
EDUCATION NAMED AFTER P.L. SHUPYK

**THE COLLECTION
OF SCIENTIFIC WORKS
of the STAFF MEMBERS
of P.L. SHUPYK
NMAPE**

EDITION 38

Kyiv – 2020

ЗМІСТ

АКУШЕРСТВО

Кесарів розтин у жінок пізнього репродуктивного віку з патологією пуповини <i>С.О. Добарін</i>	8
Вплив ретрохоріальної гематоми у I триместрі та аномалій розташування плаценти на ендокринологічні особливості фетоплацентарного комплексу <i>В.В. Козаченко</i>	14
Вплив ретрохоріальної гематоми у I триместрі вагітності на перебіг гестації <i>І.М. Кошова</i>	19
Роль генетичних чинників у прогнозуванні тактики ведення II триместра вагітності <i>Д.В. Куфловський</i>	23

ГИНЕКОЛОГІЯ

Провідні причини розвитку кіст та доброякісних пухлин яєчників у жінок репродуктивного віку <i>А.В. Бойко</i>	27
Клінічні аспекти неспроможності тазового дна <i>Т.Г. Войток</i>	33
Клініко-патогенетичні аспекти різних форм дисплазії грудних залоз <i>С.Є. Гладенко</i>	38
Порівняльні аспекти клінічної симптоматики різних форм гіперпластичних процесів ендометрія <i>О.К. Ігнат'єва</i>	45
Вплив органозберігальних операцій на яєчниках на менструальну функцію жінок репродуктивного віку <i>О.М. Іщак</i>	51
Профілактика порушень менструальної функції у дівчат-підлітків після артифіційних абортів <i>О.А. Ковалишин</i>	58
Реабілітація після апоплексії яєчника як метод профілактики невиношування вагітності <i>Е.О. Козуб</i>	63
Вплив надлишкової маси тіла на стан кісткової тканини та фосфорно-кальцієвий обмін при постгістеректомічному синдромі <i>В.В. Костіков</i>	69

Сучасні причини розвитку поєднання дисплазії грудних залоз та міоми матки у жінок перименопаузального віку <i>О.Ю. Крук</i>	73
Вплив різних форм апоплексії яєчника на зміни функціонального стану яєчників <i>П.М. Патей</i>	77
Вікові аспекти діагностики та лікування проліферативних процесів ендометрія <i>Ю.М. Садигов, В.А. Шамрай</i>	83
Вплив репродуктивного анамнезу на розвиток та перебіг позаматкової вагітності <i>В.А. Терехов</i>	90

БЕЗПЛІДДЯ

Оптимізація допоміжних репродуктивних технологій з урахуванням ендокринологічних та мікробіологічних порушень у подружній парі <i>О.О. Берестовий</i>	95
Профілактика невиношування вагітності у жінок групи ризику <i>О.О. Боженко</i>	100

ТЕЗИ

**науково-практичної школи-семінару у форматі телемосту
«КЛІНІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ В ПРАКТИЦІ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА»
12 березня 2020 року
КИЇВ – ТЕРНОПІЛЬ – ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ**

<i>О.О. Берестовий</i>	104
<i>О.О. Боженко</i>	105
<i>А.В. Бойко</i>	105
<i>Т.Г. Войток</i>	106
<i>С.Є. Гладенко</i>	107
<i>С.О. Добарін</i>	107
<i>О.К. Ігнат'єва</i>	108
<i>О.М. Іщак</i>	108
<i>О.А. Ковалишин</i>	109
<i>В.В. Козаченко</i>	110
<i>Е.О. Козуб</i>	110
<i>В.В. Костіков</i>	111
<i>І.М. Кошова</i>	111
<i>О.Ю. Крук</i>	112
<i>Д.В. Куфловський</i>	112
<i>П.М. Патей</i>	113
<i>Ю.М. Садигов</i>	113
<i>В.А. Терехов</i>	114

Кесарів розтин у жінок пізнього репродуктивного віку з патологією пуповини

С. О. Добарін

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

Результати проведених досліджень свідчать, що оперативне розродження жінок віком понад 40 років є актуальним науковим завданням сучасного акушерства. Висока частота розродження шляхом кесарева розтинну і вимушеної гістеректомії диктує необхідність розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-реабілітаційних заходів для пацієнок цієї групи.

Ключові слова: кесарів розтин, пізній репродуктивний вік, патологія пуповини.

У динаміці останніх років зростає кількість жінок, що виконують функцію материнства у віці 40 років і старше. Вивчення пізнього репродуктивного віку пов'язане з тим, що жінки старше 40 років є завершальною стадією розвитку репродуктивних процесів у популяції. Слід чекати подальшого підвищення частоти пологів у жінок у віці 40 років і старше завдяки успіхам лікування безпліддя, невиношування вагітності, а також досягненням сучасних репродуктивних технологій і пренатальної діагностики. Крім того, деякі пацієнтки планують вагітність лише після досягнення певного матеріального і професійного благополуччя [1–4].

Особливості перебігу гестаційного процесу залежать від багатьох чинників, серед яких велике значення має вік. До сьогодні немає єдиної думки про те, чи є вік жінки старше 40 років чинником ризику. Низка авторів вважають, що вагітність в цій віковій групі протікає патологічно, а пологи супроводжуються важкими ускладненнями як для матері, так і для дитини [1, 2]. Крім того, пізній репродуктивний вік є одним із чинників ризику розвитку плацентарної недостатності і прееклампсії.

Відомо, що прееклампсія, загроза переривання вагітності, передчасний розрив плодових оболонок, аномалії пологової діяльності та патологія пуповини призводять до збільшення частоти оперативного розродження [1, 2].

Пошук найбільш ефективних методів ведення вагітності і пологів у жінок віком понад 40 років має велике практичне значення у зниженні частоти ускладнень, перинатальної і материнської смертності і захворюваності. Одним із первинних наукових завдань у вирішенні даної проблеми є вивчення особливостей оперативного розродження жінок віком понад 40 років, чому і присвячено справжнє наукове дослідження.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У зв'язку з поставленою метою був проведений ретроспективний аналіз прегравідарних медико-соціальних аспектів у 191 жінки віком понад 40 років, вагітність в яких завершилася пологами. Групами порівняння стали випадково відібрані історії пологів в той самий часовий проміжок:

- група порівняння 2 (ГП 2) – історія пологів 191 жінки віком 20–29 років;
- група порівняння 1 (ГП 1) – історія пологів 191 жінки віком 30–39 років.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У старшій віковій групі вік пацієнок коливався від 40 до 50 років, у середньому становив $41,3 \pm 0,5$ року, у ГП 1 – $33,0 \pm 0,9$ року, у ГП 2 – $25,5 \pm 0,1$ року. У первородящих жінок віком понад 40 років середній вік становив $41,3 \pm 0,1$ року (у ГП 1 і ГП 2 – $32,8 \pm 0,2$ і $23,7 \pm 0,2$ року відповідно), у повторнородящих – $41,2 \pm 0,7$ року (у ГП 1 і ГП 2 – $32,8 \pm 0,1$ і $26,3 \pm 0,1$ року відповідно), у тих, хто багато народжував – $41,3 \pm 0,5$ року (у ГП 1 і ГП 2 – $33,0 \pm 0,1$ і $27,7 \pm 0,2$ року відповідно).

Перші пологи зафіксовані у 30,7% жінок, другі і треті пологи – у 58,1%, четверті і більше – у 11,2% жінок віком понад 40 років. У групах порівняння було аналогічне співвідношення першо-, повторно і багато народжуючих жінок.

Обтяжений соматичний анамнез фіксували у 83,4% жінок віком понад 40 років (у ГП 1 і ГП 2 – 54,8% і 50,3% відповідно); обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез – у 83,4% (у ГП 1 і ГП 2 – 54,3% і 33,2% відповідно), з них обтяжений акушерсько-гінекологічний і соматичний анамнез фіксували у 72,9% жінок (у ГП 1 і ГП 2 – 28,6% і 14,7% відповідно).

Захворювання серцево-судинної системи у жінок віком понад 40 років становили 52,3% (у ГП 1 і ГП 2 – 29,4% і 22,3% відповідно), з них гіпертонічна хвороба – 14,1% (у ГП 1 і ГП 2 – 2,8% і 1,2% відповідно), міокардіосклероз – 6,7% (у ГП 1 і ГП 2 – 2,6% і 1,4% відповідно), нейроциркуляторна дистонія – 20,9% (у ГП 1 і ГП 2 – 13,0% і 8,8% відповідно), пороки серця – 8,8% (у ГП 1 і ГП 2 – 12,5% і 12,2% відповідно); варикозне розширення вен – 17,7% (у ГП 1 і ГП 2 – 6,3% і 5,7% відповідно). Під час вагітності були виявлені захворювання серцево-судинної системи у 3,9% жінок віком понад 40 років. Хронічні захворювання травного тракту і гепатобіліарної системи діагностували у 17,2% жінок віком понад 40 років (у ГП 1 і ГП 2 – 12,0% і 9,5% відповідно); захворювання нирок і сечовивідних шляхів – в 11,0% (у ГП 1 і ГП 2 – 6,7% і 8,8% відповідно). Серед ендокринних захворювань переважало ожиріння – у 43,6% (у ГП 1 і ГП 2 – 28,3% і 22,3% відповідно) і тиреоїдна патологія – у 5,7% (у ГП 1 і ГП 2 – 2,5% і 1,4% відповідно). Хронічні захворювання органів дихання мали 14,8% (у ГП 1 і ГП 2 – 15,0% і 14,2% відповідно), офтальмологічну патологію – 14,1% (у ГП 1 і ГП 2 – 13,4% і 12,4% відповідно). Крім того, серед жінок віком понад 40 років 0,5% мали шизофренію і 0,4% – епілепсію. Оперативні втручання в анамнезі зафіксовано у 24,2% жінок віком понад 40 років (у ГП 1 і ГП 2 – 9,6% і 9,1% відповідно), шкідливі звички – у 0,8% (у ГП 1 і ГП 2 – 0,9% і 0,8% відповідно).

Отже, група жінок віком понад 40 років мала найбільшу частоту соматично обтяженого анамнезу за рахунок захворювань серцево-судинної системи, травного тракту і ендокринної патології. Поєднану екстрагенітальну патологію мали 65,4% жінок віком понад 40 років (у ГП 1 і ГП 2 – 45,7% і 31,5% відповідно).

Частота безпліддя в анамнезі у жінок віком понад 40 років була у 3 рази вище порівняно з жінками віком 30–39 років і більш ніж у 15 разів вище порівняно з жінками 20–29 років – 18,4% (у ГП 1 і ГП 2 – 6,0% і 1,1% відповідно); невиношування вагітності в анамнезі були майже в два рази частіше порівняно з ГП 1 і більш ніж у 2,5 рази порівняно з ГП 2 – 29,3%; 15,2% і 11,2%; вагітності, що не розвиваються, – 4,9% (у ГП 1 і ГП 2 – 4,4% і 1,2% відповідно); медичні аборти – 62,5% (у ГП 1 і ГП 2 – 55,1% і 41,3% відповідно) і позаматкові вагітності – 2,0% (у ГП 1 і ГП 2 – 3,0% і 0,7% відповідно).

У групі первородящих віком понад 40 років безпліддя в анамнезі мали більше 1/3 жінок – 37,6% (у ГП 1 і ГП 2 – 16,2% і 1,7% відповідно), з них з первинним безпліддям – 23,1% (у ГП 1 і ГП 2 – 12,0% і 1,3% відповідно); з вторинним – 13,2% (у ГП 1 і ГП 2 – 3,8% і 1,2% відповідно) і безпліддя у чоловіка – 1,3% (у ГП 1 і ГП 2 – по 0,4% відповідно).

У групі повторнородящих віком понад 40 років безпліддя в анамнезі мали 10,9% (у ГП 1 і ГП 2 – по 0,9%), з них первинне безпліддя – у 3,4%, вторинне – в 7,5% (у ГП 1 і ГП 2 – по 0,9%); невиношування вагітності – 30,1% (у ГП 1 і ГП 2 – 16,7% і 11,3% відповідно); вагітності, що не розвиваються, – 5,8% (у ГП 1 і ГП 2 – 2,3% і 0,9% відповідно); медичні аборти – 72,8% (у ГП 1 і ГП 2 – 64,2% і 49,8% відповідно) і мертвородження – 2,5% (у ГП 1 і ГП 2 – 1,1% і 0,5% відповідно). Висока частота перенесених абортів у групі повторнородящих жінок віком понад 40 років спричинила і велику частоту вторинного безпліддя у цій групі. Інтервал між останніми пологами у групі повторнородящих жінок віком понад 40 років становив $12,7 \pm 0,3$ року (у ГП 1 і ГП 2 – $8,1 \pm 0,2$ і $5,0 \pm 0,1$ року відповідно).

У групі багатонароджуючих жінок віком понад 40 років безпліддя в анамнезі фіксували у 4,7% (у ГС 2 – 4,7%); невиношування вагітності – у 22,4% (у ГП 1 і ГП 2 – 16,5% і 12,9% відповідно); медичні аборти – у 75,3% (у ГП 1 і ГП 2 – 54,1% і 41,2% відповідно); мертвородження в анамнезі – у 7,1% (у ГП 1 і ГП 2 – 4,7% і 2,4% відповідно). Інтервал між останніми пологами у групі багатонароджуючих жінок віком понад 40 років становив $7,3 \pm 0,5$ року (у ГП 1 і ГП 2 – $4,4 \pm 0,3$ і $2,4 \pm 0,1$ року відповідно).

Серед гінекологічних захворювань у жінок віком понад 40 років переважали хронічні запальні захворювання жіночих статевих органів – у 23,5% (у ГП 1 і ГП 2 – 21,3% і 17,1% відповідно); міома матки – у 18,8% (у ГП 1 і ГП 2 – 5,0% і 0,8% відповідно); ендометріоз – у 3,7% (у ГП 1 і ГП 2 – 0,4% і 0,1% відповідно); кісти і кістоми яєчників – у 2,9% (у ГП 1 і ГП 2 – 2,8% і 2,1% відповідно); синдром полікістозних яєчників – в 1,3% (у ГП 1 і ГП 2 – 0,5% і 0,1% відповідно) і дисфункціональні розлади менструального циклу – у 9,2% (у ГП 1 і ГП 2 – 4,5% і 4,3% відповідно). Аномалії розвитку матки зустрічалися в 0,4% лише серед жінок віком понад 40 років. Крім того, патологію шийки матки в анамнезі діагностували у 26,0% жінок віком понад 40 років (у ГП 1 і ГП 2 – 28,3% і 23,4% відповідно). Поєднану гінекологічну патологію мали 15,5% жінок віком понад 40 років.

Отже, група жінок віком понад 40 років мала украй несприятливий акушерсько-гінекологічний анамнез порівняно з групою жінок 30–39 років і особливо порівняно з 20–29-річними пацієнтками. Особливо обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез мали первородящі жінки віком понад 40 років за рахунок більшої

частоти безпліддя, міоми матки і дисфункціональних порушень менструально-оваріального циклу. Ці чинники, мабуть, багато в чому визначили настання і виношування вагітності у пізньому віці.

Результати проведених досліджень свідчать, що кожна третя жінка віком понад 40 років була розроджена оперативним шляхом. Частота вживання акушерських щипців і вакуум-екстракції плода становила 0,7% (у ГП 1 і ГП 2 – 0,3% і 0,1% відповідно). Показаннями для накладення вихідних акушерських щипців і вакуум-екстракції у жінок віком понад 40 років стала гостра гіпоксія плода у двох випадках – у багатонароджуючої і повторнородячої жінки, і в одному випадку – передчасне відшарування плаценти у первородячої. Показаннями для планового накладення вихідних акушерських щипців з метою виключення потуг у жінок віком понад 40 років в одному випадку була міопія високого ступеня в повторнородячої, в другому – рестеноз ревматичної мітральної вади серця після комісуротомії у повторнородячої. У ГП 1 (30–39 років) показаннями для накладення акушерських щипців стали: в першому випадку некомпенсована вроджена вада серця у первородячої, в другому – дистрес плода у первородячої. У ГП 2 (20–29 років) показаннями стала вроджена вада серця у первородячої.

Частота кесарева розтину у первородящих віком понад 40 років була у 2 рази вище порівняно з 30–39-річними і більш ніж у 6 разів вище, ніж у групі жінок віком 20–29 років – 66,7% (у ГП 1 – 33,3% і в ГП 2 – 9,8%). Порівняно з цим частота операції кесарева розтину в екстремому порядку у цій групі не мала достовірних відмінностей щодо груп порівняння і становила 4,7% (у ГП 1 і ГП 2 – 5,1% і 3,8% відповідно).

У повторнородящих жінок віком понад 40 років частота кесарева розтину була у 2 рази вище порівняно з 30–39-річними жінками і в 3 рази вище порівняно з 20–29-річними – 24,3% (у ГП 1 – 11,8% і в ГП 2 – 6,8%), причому відсоток екстремого кесарева розтину у цій групі жінок достовірно вище, ніж у групах порівняння – 5,0% (у ГП 1 – 1,8% і в ГП 2 – 1,4%).

У групі багатонароджуючих жінок частота кесарева розтину достовірно не відрізнялася від груп порівняння – 15,3% (у ГП 1 – 8,2% і в ГП 2 – 7,1%), проте більшість операцій були виконані в екстремому порядку – 11,8% (у ГП 1 – 3,5% і в ГП 2 – 2,4%). Кесарів розтин у плановому порядку зазвичай проводили за поєднаними показаннями.

У структурі показань до кесарева розтину у первородящих жінок віком понад 40 років переважали екстрагенітальні захворювання – 38,5%; безпліддя – 44,2%; прееклампсія – 30,8% та патологія пуловини – 15,4%. З числа запланованих кесарева розтину в екстремому порядку було виконано 46 (29,5%) унаслідок передчасного розриву плодових оболонок при неготових пологових шляхах. В екстремому порядку у первородящих віком понад 40 років виконано 11 операцій кесарева розтину.

Показання для екстремі операції абдомінального розродження:

- аномалії пологової діяльності, несприятливі медикаментозній терапії – в 3 випадках;
- дистрес плода – в 3 випадках;
- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти – в 2 випадках;
- прееклампсія – в 3 випадках.

Порівняно з цим у структурі показань до операції кесарева розтину у повторнородящих жінок віком понад 40 років переважали екстрагенітальні захворювання – 42,1%; рубець на матці – 33,6%; прееклампсія – 23,1%; безпліддя – 19,6% і крупний плід – 13,1%. З числа запланованих операцій кесарева розтину в екстреному порядку було виконано 26 (24,3%) унаслідок передчасного розриву плодових оболонок. В екстреному порядку у повторнородящих жінок віком понад 40 років виконано 22 операції кесарева розтину.

Показання для екстреної операції кесарева розтину:

- аномалії пологової діяльності, невіддатливі медикаментозній корекції – у 8 випадках (2 – при індукованих пологах);
- дистрес плода – в 3 випадках;
- клінічно вузький таз – в 2 випадках;
- патологія пуповини – в 6 випадках.

У групі багатонароджуючих жінок віком понад 40 років виконано 13 операцій кесарева розтину: 3 планових і 10 екстрених. Показаннями для екстреної операції кесарева розтину були: аномалії пологової діяльності, невіддатливі медикаментозній корекції – в 2 випадках; гостра гіпоксія плода – в 1 випадку; передчасне відшарування нормально розташованої плаценти – в 2 випадках; клінічно вузький таз – в 2 випадках і патологія пуповини – в 3 випадках.

Крововтрата під час кесарева розтину у жінок віком понад 40 років у середньому становила $658,21 \pm 10,67$ мл (у ГП 1 – $567,32 \pm 10,71$ мл; $p < 0,05$ і в ГП 2 – $574,60 \pm 14,42$ мл; $p < 0,05$); у первородящих жінок віком понад 40 років – $661,24 \pm 13,75$ мл (у ГП 1 – $553,21 \pm 9,14$ мл; $p < 0,05$ і в ГП 2 – $552,20 \pm 17,64$ мл; $p < 0,05$); у повторнородящих жінок віком понад 40 років – $672,94 \pm 26,90$ мл (у ГП 1 – $576,92 \pm 22,41$ мл; $p < 0,05$ і в ГП 2 – $580,07 \pm 21,66$ мл; $p < 0,05$); у багатонароджуючих жінок віком понад 40 років – $683,31 \pm 66,01$ мл (у ГП 1 – $667,32 \pm 60,28$ мл; $p > 0,05$ і в ГП 2 – $663,33 \pm 61,46$ мл; $p > 0,05$). Вищу крововтрату у жінок віком понад 40 років під час кесарева розтину можна пояснити необхідністю розширення її об'єму.

Показаннями для розширення об'єму кесарева розтину у жінок віком понад 40 років були: міома матки – консервативна міомектомія – виконано у 25 жінок віком понад 40 років і надпихову ампутацію матки без придатків – у 7 жінок з множинною міомою матки. Крім того, суправагінальна ампутація матки без придатків виконано в 2 випадках у результаті дійсного приросту плаценти і в 2 випадках – з приводу матки Кувелера у результаті передчасного відшарування нормально розташованої плаценти. Трубну стерилізацію виконано у 4 (2,6%) первородящих жінок віком понад 40 років; 31 (30,0%) повторнородящою віком понад 40 років і 3 (23,1%) багатонароджуючих жінок віком понад 40 років. У ранній післяопераційний період у 4 жінок віком понад 40 років розвинулась гіпотонічна кровотеча і в 1 випадку виконано релaparотомію та екстирпацію матки.

У ГП 1 показаннями для розширення об'єму операції кесарева розтину слугували: 1 – наявність матки Кувелера в результаті передчасного відшарування нормально розташованої плаценти – виконана екстирпація матки; 2 – множинна міома матки – виконана надпихова ампутація матки. У ГП 2 – в 1 випадку виконано екстирпацію матки з приводу атонічної післяпологової кровотечі.

ВИСНОВКИ

Отже, як продемонстрували результати проведених досліджень, оперативне розродження жінок старше 40 років є актуальним науковим завданням сучасного акушерства. Висока частота розродження шляхом операції кесарева розтину і вимушеної гістеректомії вимагає розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-реабілітаційних заходів для пацієнток цієї групи.

Кесарево сечення у женщин позднего репродуктивного возраста с патологией пуповины С. О. Добарин

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что оперативное родоразрешение женщин старше 40 лет является актуальной научной задачей современного акушерства. Высокая частота родоразрешения путем операции кесарева сечения и вынужденной гистеректомии диктует необходимость разработки алгоритма диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий для пациенток этой группы.

Ключевые слова: кесарево сечение, поздний репродуктивный возраст, патология пуповины.

Caesar section for the women of late genesial age with pathology of umbilical cord S.O. Dobarin

Results of the lead researches testify, that operative delivery women than 40 years are more senior is an actual scientific problem of modern obstetrics. High frequency delivery by operation cesarean sections and compelled hysterectomy dictates necessity of development of algorithm of diagnostic and medical-rehabilitation actions for patients of this group.

Key words: cesarean sections, late genesial age, pathology of umbilical cord.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Байни Р.Л., Сперов Л. Клиническое руководство по охране здоровья пожилых женщин. Первичная и профилактическая помощь / Пер. с англ. – М.: Медицина, 2018. – 523 с.
2. Каюпова Л.С. Репродуктивные потери у первородящих 30 лет и старше / Материалы научного форума «Новые технологии в акушерстве и гинекологии». – М., 2014. – С. 166–167.
3. Abu-Heija A.T., Jallad M.F., Abykteish F. Maternal and perinatal outcome of pregnancies after age of 45 // J. Obstet. Gynaecol. Res. – 2019. – Vol. 26. – № 1. – P. 27–30.
4. Kirchengast S., Hertman B. Advanced maternal age is not only associated with newborn somatometrics but also with the mode of delivery // Ann.Hum.Biol. – 2018. – Vol. 30. – № 1. – P. 1–12.

Вплив ретрохоріальної гематоми у I триместрі та аномалій розташування плаценти на ендокринологічні особливості фетоплацентарного комплексу

В.В. Козаченко

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

Результати проведеного гормонального скринінгу свідчать про зниження функціональної активності плаценти у жінок із ретрохоріальними гематомами у I триместрі та аномальним розташуванням плаценти, що є патологічним типом адаптації плода і свідчить про доклінічні порушення його стану. Варіант аномального розташування плаценти безпосередньо впливає на стан фетоплацентарного комплексу, найбільш виражені зміни ($p < 0,01$) і великий ступінь тяжкості плацентарної дисфункції спостерігаються при низькій локалізації плаценти. Виділено три типи ендокринної дисфункції фетоплацентарного комплексу. Для уточнення стану плода найбільш важливий вміст естріолу і альфа-фетопротейну.

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

Ключові слова: ретрохоріальна гематома, аномальне розташування плаценти, ендокринологічний статус.

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

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

Мета дослідження: аналіз впливу ретрохоріальної гематоми (РХГ) у I триместрі вагітності та аномалій розташування плаценти на ендокринологічні особливості фетоплацентарного комплексу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проспективно спостерігалися 148 жінок (основна група) з АРП та РХГ. Низька плацентация виявлена при ультразвуковому дослідженні (УЗД) у терміні 14–16 тиж вагітності. Згідно з класифікацією аномалій плацентации і варіантів міграції плаценти, критерієм включення пацієнток в основну групу було розташування плаценти (у 14–16 тиж) на відстані менше 2 см від внутрішнього зівва шийки матки.

У контрольну групу увійшли 60 практично здорових вагітних з нормальною плацентацией.

З 16-го тижня вагітності здійснювали УЗ-контроль процесу міграції з аналізом положення і відстані нижнього полюса плаценти щодо внутрішнього зівва. Отримавши різноманітність фізичних і функціональних параметрів процесу міграції і плацентации, а також клінічних характеристик обстежуваних пацієнток, нам представилося доцільним поділ варіантів міграції плацентации відносно внутрішнього зівва шийки матки.

Були виділені наступні підгрупи:

- 1 підгрупа – 29 (19,6%) пацієнток з повним і неповним передлежанням плаценти; процес міграції був відсутній.
- 2 підгрупа – 55 (37,2%) жінок з низьким розташуванням плаценти у результаті неповної (незавершеної) міграції (нижній край плаценти нижче 5 см від внутрішнього зівва).
- 3 підгрупа – 64 (43,2%) вагітні, в яких в результаті повної (завершеної) міграції плацента перемістилася у верхні відділи матки (нижній край плаценти на 5 см вищій внутрішнього зівва).

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

Для оцінювання ендокринологічного статусу фетоплацентарного комплексу (ФПК) чотирикратно досліджували вміст плацентарного протеїну, який асоціюється з вагітністю (РАРР-а) β -субодиниці хоріонічного гонадотропіну людини (ХГЛ), альфа-фетопротейну (АФП), естріолу в I, II і III триместрах в основній і контрольній групах.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У діагностиці гормональної функції фетоплацентарної системи важливий комплексний підхід. Зміна концентрації одного гормону не завжди є ознакою плацентарної дисфункції (ПД). Підтвердженням останнього служить повторне визначення концентрації одного гормону або зниження рівня не менше двох гормонів ФПК. Лише порушення кореляції між рівнями плодових і плацентарних гормонів свідчить про ендокринну дисфункцію ФПК.

У вагітних основної і контрольної груп проведено чотирикратне дослідження (10–14 тиж, 16–20, 24–28 і 32–36 тиж вагітності) рівня плацентарного протеїну, який асоціюється з вагітністю (РАРР-а) β -субодиниці хоріонічного гонадотропіну людини (β -ХГЛ), альфа-фетопротейну (АФП) і естріолу в наступні терміни вагітності: у I триместрі (10–14 тиж), у II триместрі (16–20 тиж) і в III триместрі

(24–28 і 32–36 тиж) вагітності. При інтерпретації отриманих даних за верхню межу норми вважали відхилення концентрації гормонів, що у два рази перевищують середньоарифметичне значення для даного терміну вагітності (2 МОМ), за нижню межу норми – в два рази менші середньоарифметичного показника (0,5 МОМ).

Рівень РАРР-А при нормальній плацентації на ранніх термінах гестації майже не визначається і поступово наростає паралельно розвитку ембріона, а в основній групі значення РАРР-а підвищені спочатку. Достовірно великим був рівень РАРР-а у I і II триместрах при низькому розташуванні ($p < 0,01$) і міграції плаценти ($p < 0,05$), що корелювало з клінікою загрози переривання вагітності в даного контингенту (залежність пряма, сильна і достовірна; $r_{xy} = + 0,76$; $p < 0,05$). Можна передбачити, що гіперсекреція трофобласту є його компенсаторною реакцією на порушення процесів імплантації.

Виявлений також кореляційний зв'язок між підвищеним рівнем РАРР-а у III триместрі при низькій плацентації ($p < 0,01$) і передлежанням плаценти ($p < 0,05$) з частотою ЗРП (залежність пряма, виражена і достовірна; $r_{xy} = + 0,80$; $p < 0,05$). Гормональна гіперфункція плаценти скоріше стала компенсаторною реакцією на порушення МПК, яке підтверджується даними доплерометричних досліджень.

Активний синтез β -ХГЛ у жінок з нормальним розташуванням плаценти спостерігається у I триместрі; потім рівень гормону знижується і залишається постійним до кінця вагітності. Середні показники β -ХГЛ у пацієток основної групи визначалися нижчим контрольних ($p > 0,05$). Можливо, спочатку низькі показники ХГЛ і обумовлюють порушення імплантації.

У жінок основної групи визначено і нижчий вміст АФП ($p > 0,05$), який може свідчити про білковосинтетичну дисфункцію печінки плода на тлі ЗРП.

Концентрація естріолу в крові пацієток з аномаліями плацентації вже в I триместрі вагітності була достовірно нижче за наявності передлежання плаценти ($p < 0,05$) і низького її розташування ($p < 0,01$), при міграції плаценти – в 32–36 тиж ($p < 0,05$), побічно свідчивши про дистрес і ЗРП.

При аналізі вмісту основних гормонів фетоплацентарної системи у сироватці крові вагітних (16–20 і 24–28 тиж), у 25 (16,9%) жінок основної групи концентрація гормональних показників була в межах нормальних значень. В усіх інших випадках були виявлені неоднорідні відхилення вмісту гормонів у бік підвищення або зниження. Підвищений рівень естріолу відзначений у 29 (19,6%) пацієток, знижений зустрічався у два рази частіше – у 58 (39,2%) жінок. Середні показники вмісту естріолу при аномаліях плацентації визначені на 15–35% нижче за середні значення контрольної групи.

Вміст АФП визначений вищим нормального у 27 (18,2%) жінок, нижче – у 60 (40,5%). Проте статистично достовірної зміни АФП при вагітності на фоні АРП порівняно із середніми показниками (медіанами) виявлено не було.

Рівень β -ХГЛ у 59 (39,9%) пацієток був знижений, у 16 (10,8%) – підвищений. Середні показники вмісту β -ХГЛ у вагітних основної групи зареєстровані на 20–40% нижче середніх.

З урахуванням закономірностей розвитку адаптаційного процесу від початкового підвищення функціональної активності до його виснаження, у вагітних з аномаліями плацентації виділено три типи порушень ендокринної регуляції фетоплацентарної системи:

- 1) гіперфункція: підвищення рівня одного/декількох гормонів;
- 2) дисфункція (початкова недостатність):
 - підвищення плацентарних (РАРР-а; β -ХГЛ),
 - зниження фетальних (естріол, АФП) показників;
- 3) гіпофункція (хронічна, компенсована недостатність): зниження рівня гормонів плацентарних і фетальних на 30–50%.

Зниження концентрації гормонів на 80–90% при підвищенні рівня АФП свідчить про виснаження ФПК (тяжка, субкомпенсована недостатність).

При гормональній дисфункції, за нашими даними, спостерігали тенденцію до зниження величин фетометрії (порівняно з фізіологією). Достовірно зменшення середніх величин фетометричних показників зареєстроване у вагітних з гіпофункцією ФПК. Це підтверджує припущення про те, що гормональна гіпофункція ФПК є найбільш несприятливою: ЗРП, діагностована у 25 (16,9%) вагітних основної групи, у 22 (14,9%) випадках поєднувалася зі зниженою ендокринною регуляцією ФПК.

ВИСНОВКИ

Результати проведеного гормонального скринінгу свідчать про зниження функціональної активності плаценти у жінок із АРП та РХГ, які є патологічним типом адаптації плода і свідчить про доклінічні порушення його стану. Варіант АРП безпосередньо впливає на стан ФПК, найбільш виражені зміни ($p < 0,01$) і великий ступінь тяжкості ПД спостерігаються при низькій локалізації плаценти. Виділено три типи ендокринної дисфункції ФПК. Для уточнення стану плода/ФПК найбільш важливий вміст естріолу і АФП. Так, при стражданні плода, обумовленому ПД, знижується продукція естріолу печінкою плода, що побічно доводить прогрес ПД і наявність ЗРП.

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

Влияние ретрохориальной гематомы в I триместре и аномалий расположения плаценты на эндокринологические особенности фетоплацентарного комплекса В.В. Козаченко

Результаты проведенного гормонального скрининга свидетельствуют о снижении функциональной активности плаценты у женщин с ретрохориальными гематомами в I триместре и аномальным расположением плаценты, которая является патологическим типом адаптации плода и свидетельствует о доклинических нарушениях его состояния. Вариант аномального расположения плаценты непосредственно влияет на состояние фетоплацентарного комплекса, наиболее выраженные изменения ($p < 0,01$) и большую степень тяжести плацентарной дисфункции наблюдаются при низкой локализации плаценты. Выделены три типа эндокринной дисфункции фетоплацентарного комплекса. Для уточнения состояния плода наиболее важное значение имеет содержание эстриола и альфа-фетопротеина. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: ретрохориальная гематома, аномальное расположение плаценты, эндокринологический статус.

Influence of retrochorial haematoma in I trimester and anomalies of location placenta on the endocrinology features of fetoplacental complex.
V.V. Kozachenko

The results of conducted hormonal screening testify to the decline of functional activity of placenta for women with retrochorial haematomas in I trimester and anomalous location placenta which is the pathological type of adaptation of fruit and testifies to preclinical violations of his state. Variant anomalous location placentas directly influences on the state of fetoplacental complex, most expressed changes ($p < 0,01$) and large degree of weight of placenta disfunction observed at low localization of placenta. Three types of endocrine disfunction of fetoplacental are selected to the complex. For clarification of the state of fruit the most essential value has maintenance of estriol and alpha-fetoprotein. The got results must be taken into account at development of algorithm of diagnostic and treatment-and-profilactic measures.

Key words: retrochorial haematoma, misplaced of placenta, endocrinology status.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Безнощенко Г.Б. Организация скрининга в перинатальном периоде у женщин с низким прикреплением плаценты // Омский научный вестник. – 2017. – № 3. – С. 164–165.
2. Медяникова И.В. Особенности течения беременности и родов при аномалиях плацентации // Вестник Кузбасского научного центра: Материалы IX-й научно-практической конференции «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии». – Кемерово, 2017. – № 4. – С. 86–89.
3. Тимофеева И.В. Факторы риска возникновения аномального расположения плаценты // Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы гинекологической эндокринологии и репродуктивное здоровье»: Тезисы докладов. – Омск, 2017. – С. 59–62.

УДК 618.36-06:162-67-132

Вплив ретрохоріальної гематоми у I триместрі вагітності на перебіг гестації

I.M. Кошова

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

У результаті даних досліджень проведено оцінювання перебігу II і III триместрів вагітності та наслідки пологів, частота розвитку затримки росту плода, плацентарної дисфункції, дистресу плода і перинатальна захворюваність у вагітних із загрозою переривання і ретрохоріальною гематомою в I триместрі вагітності. На підставі даних дослідження продемонстрована ефективність комплексного патогенетичного лікування, яка дозволяє знизити частоту репродуктивних втрат, сприяє пролонгації вагітності і покращує перинатальну захворюваність та результати.

Ключові слова: ретрохоріальна гематома, вагітність, пологи.

Патогенез передчасного переривання вагітності вивчений недостатньо. У результаті дії різних ушкоджувальних чинників (гормональних, генетичних, імунологічних і інших) в ділянці трофобласта (або плаценти) розвиваються локальні гормональні порушення й імунологічні реакції, які призводять до розвитку цитотоксичних дій на трофобласт, що і зумовлює відшарування хоріону (плаценти) [1, 2]. Можливі наслідки невиношування вагітності недостатньо вивчені:

- плацентарна дисфункція (ПД),
- затримка розвитку плода (ЗРП),
- передчасні пологи.

Як відомо, пренатальна оцінка стану фетоплацентарного комплексу заснована на вивченні багатьох параметрів:

- дослідження матково-плацентарного кровотоку (доплерометрії),
- плацентографії,
- кардіотокографії (КТГ) [3, 4].

Метод ультразвукової доплерометрії, за допомогою якого здійснюють прямі виміри кровотоку у різних судинних зонах системи мати–плацента–плід у динаміці, дозволяє оцінювати стан матково-плацентарного кровотоку і має важливе діагностичне і прогностичне значення. Оцінювання відповідності товщини і мери зрілості плаценти терміну гестації, особливостей її структури має велике значення в діагностиці плацентарної дисфункції і входить в алгоритм стандартного УЗД плода [5].

Оскільки точність інформації КТГ підвищується зі збільшенням гестаційного терміну, проводити це дослідження краще всього з 30 тиж вагітності. Остаточний діагноз встановлюється з урахуванням взаємодоповнюючих даних комплексного дослідження: ехографії, КТГ і доплерометрії [1–5].

Високочутливим методом діагностики ретрохоріальної гематоми є ультразвукове сканування, що дозволяє з високою точністю встановлювати наявність, локалізацію, розміри гематоми, динаміку перебігу процесу [3, 4]. Завданнями лікаря в даній ситуації є не лише визначення основної причини втрати вагітності, але й проведення адекватної реабілітації і обґрунтованої прегравідарної підготовки з метою забезпечення нормального перебігу і сприятливого перинатального результату у подальшій вагітності.

Отже, враховуючи значну поширеність етіологічних чинників і багатоступінчастий патогенез звичної втрати вагітності, актуальність і своєчасність даного дослідження стає очевидною.

Мета дослідження: аналіз особливостей перебігу вагітності і пологів, оптимізація діагностики і лікування вагітних з ретрохоріальною гематомою.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставлених мети і завдань було проспективно обстежено 100 вагітних. Вік вагітних становив від 18 до 44 років (у середньому – $28,08 \pm 3,5$ року). В основну групу увійшли 70 пацієнток, вагітність яких ускладнилася клінікою загрози переривання вагітності. Основна група була розділена на дві підгрупи.

Підгрупа 1.1 (n=40) – першовагітні жінки, з виявленою клінікою загрози переривання вагітності й ультразвукових ознак ретрохоріальної гематоми. Середній вік становив $26,64 \pm 2,5$ року.

Підгрупа 1.2 (n=30) – повторновагітні жінки з клінікою загрози переривання вагітності і ультразвуковими ознаками ретрохоріальної гематоми як при спостережуваній вагітності, так і в анамнезі (дані щодо раніше ускладнених загрозою переривання вагітностях, передчасні пологи). Середній вік становив $31,34 \pm 5,7$ року.

До контрольної групи (n=30) увійшли вагітні без ознак загрози переривання вагітності, як при даній вагітності, так і в анамнезі. Середній вік становив $27,82 \pm 3,3$ року.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що всіх вагітних із загрозою переривання і утворенням ретрохоріальної гематоми, особливо з обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом, слід віднести в групу ризику ранніх репродуктивних втрат, ускладненого перебігу II і III триместру вагітності і пологів. Невиношування вагітності (43,4%), звична втрата вагітності (>3 – 23,1%), артифіційний аборт (30,0%), ЗЗОМТ (21,4%), короткий інтергестаційний період до одного року (23,3%) є чинниками ризику виникнення і прогресу загрозового викидня з формуванням ретрохоріальної гематоми.

Важливими ехографічними параметрами, що характеризують несприятливий розвиток ембріона і екстраембріональних структур у вагітних із загрозою переривання і ретрохоріальної гематоми у I триместрі вагітності, є:

- відставання КТР ембріона (41,6%),
- збільшення об'єму ретрохоріальної гематоми (17,1%),

- брадикардія ембріона (14,3%),
- зміна діаметра і структури жовткового мішка (24,3%),
- хоріону (8,6%),
- регрес і гіпофункція жовтого тіла (8,6%),
- термін вагітності (до 6 тиж) при виявленні гематоми (у першовагітних – 8%, у повторновагітних з ОАГА – 30%),
- гемодинамічні порушення у міжворсинчастому просторі (60,0 і 76,7% відповідно).

Істотно збільшує ризик ускладненого перебігу вагітності і мимовільного викидня поєднання великого об'єму гематоми з її корпоральною локалізацією, гіпертонус матки, низька концентрація ХГЛ.

У вагітних з обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом із загрозою переривання і утворенням ретрохоріальної гематоми у I триместрі у 10 разів частіше спостерігалися репродуктивні втрати (порівняно з вагітними без обтяженого акушерсько-гінекологічного анамнезу), в 1,5 – удвічі частіше ускладнений перебіг вагітності з розвитком синдрому затримки розвитку плода (12,8 і 33,3% відповідно), фетоплацентарна недостатність (7,7 і 23,8%), гіпоксія плода (8,3%), порівняно з вагітними без обтяженого акушерсько-гінекологічного анамнезу. Проведення своєчасної патогенетичної терапії сприяє пролонгації вагітності у пацієнток із загрозою переривання і ретрохоріальною гематомою у 85,7% спостережень у I триместрі.

Розроблені клінічно значимі ехографічні, доплерометричні, лабораторні критерії оцінювання стану ембріона/плода, фетоплацентарної системи на ранніх термінах гестації дозволяють виділити групу ризику відносно несприятливого перебігу і результату вагітності при загрозовому перериванні вагітності з формуванням ретрохоріальної гематоми.

ВИСНОВКИ

У результаті даних досліджень проведено оцінювання перебігу II і III триместрів вагітності і результату пологів, частота розвитку затримки зростання плода, плацентарної дисфункції, дистресу плода і перинатальної захворюваності у вагітних із загрозою переривання і ретрохоріальною гематомою в I триместрі вагітності. На підставі даних дослідження продемонстровано ефективність комплексного патогенетичного лікування, яка дозволяє понизити частоту репродуктивних втрат, сприяє пролонгації вагітності і покращує перинатальну захворюваність і результати.

Влияние ретрохориальной гематомы в I триместре беременности на течение гестации И.М. Кошечая

В результате данных исследований проведена оценка течения II и III триместров беременности и исходы родов, частота развития задержки роста плода, плацентарной дисфункции, дистресса плода и перинатальная заболеваемость у беременных с угрозой прерывания и ретрохориальной гематомой в I триместре беременности. На основании

данных исследования показана эффективность комплексного патогенетического лечения, что позволяет снизить частоту репродуктивных потерь, способствует пролонгированию беременности и улучшает перинатальную заболеваемость и результаты.

Ключевые слова: ретрохориальная гематома, беременность, роды.

Influence of retrohorial haematoma in 1 trimester of pregnancy on motion of gestation

I.M. Koshova

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

Key words: retrohorial hematoma, pregnancy, childbirth.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамченко В.В. Практическое акушерство. Книга вторая / В.В. Абрамченко. – СПб.: НОРМИЗДАТ, 2018. – 880 с.
2. Агаджанова А.А. Современные методы терапии больных с привычным невынашиванием беременности / А.А. Агаджанова // Русский медицинский журнал. – 2019. – № 1. – С. 3–10.
3. Агеева М.И. Допплерометрические исследования в акушерской практике / М.И. Агеева. – М.: Видар, 2018. – 112 с.
4. Айламазян Э.К. Акушерство: национальное здоровье / Э.К. Айламазян, В.Е. Радзинский, Г.М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 1200 с.
5. Алтынник Н.А. Нормативные значения копчико-теменного размера и толщины воротничкового пространства плода в ранние сроки беременности / Н.А. Алтынник, М.В. Медведев; под ред. Медведева М.В. – М.: РАВУЗДПГ, Реальное время, 2018. – С. 7–32.
6. Анастасьева В.Г. Морфофункциональные нарушения фетоплацентарного комплекса при плацентарной недостаточности / В.Г. Анастасьева. – Новосибирск, 2017. – 507 с.

УДК 618.53:573

Роль генетичних чинників у прогнозуванні тактики ведення II триместра вагітності

Д.В. Куфловський

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

Проведено комплексне клініко-лабораторне та функціональне обстеження 359 жінок з плацентарною дисфункцією. Встановлено, що основними клінічними факторами ризику перинатальних втрат є початкова екстрагенітальна і генітальна патологія; ускладнений перебіг попередніх вагітностей і вікові особливості. Під час аналізу прогностичної ефективності різноманітних лабораторних і функціональних методів дослідження встановлена найбільш висока пряма корелятивна залежність перинатальних втрат і середнього показника стану плода, рівня естріолу в сечі і кортизолу у периферичній крові, а також ступеня дозрівання плаценти.

Ключові слова: генетичні чинники, прогнозування, II триместр вагітності.

Багато наукових колективів України займаються проблемою перинатальної смертності, проте помітних поліпшень цього показника не можна відзначити протягом останніх років [1, 3, 5]. Виділяють різноманітні фактори, що не дозволяють суттєво знизити рівень перинатальної патології в країні: погіршення матеріально-технічного забезпечення рододомічних установ, зміна екологічної ситуації, зростання соматичної захворюваності тощо [2, 4]. Не можна не відзначити і ступінь вираженості основної акушерської патології, що сприяє зростанню перинатальної смертності:

- передчасні пологи,
- пізні гестози,
- анемія вагітних,
- фетоплацентарна недостатність тощо [4, 5, 7].

Відомі в цьому напрямку наукові роботи, які присвячені вирішенню окремих питань щодо зниження перинатальної смертності при кожному конкретному варіанті акушерської і екстрагенітальної патології. Фундаментальні наукові роботи, що стосуються вирішення усього комплексу даної проблеми в Україні відсутні, що, природно, викликає визначені труднощі при проведенні як організаційних, так і медичних заходів. На нашу думку, одним із найменш вирішених питань даної проблеми є розроблення сучасної методики прогнозування перинатальних втрат.

Мета дослідження: встановлення значущості генетичних чинників у прогнозуванні тактики ведення II триместра вагітності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети була розроблена нова методика прогнозування перинатальних втрат на підставі комплексного клініко-лабораторного і

функціонального обстеження (плацентографічний, фетометричний, доплерометричний, кардіотокографічний, морфологічний, бактеріологічний і ендокринний статус) 359 вагітних з діагнозом «плацентарна дисфункція».

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

З метою розроблення метода ефективного прогнозування перинатальних втрат у жінок з діагнозом «плацентарна дисфункція» були поставлені дві задачі:

1. Виявити статистичну залежність даних клініко-лабораторних і функціональних методів дослідження від наслідку пологів для новонароджених.

2. Розробити метод прогнозування ступеня індивідуального ризику пологів для плода і медичний алгоритм вибору оптимального методу розродження.

Не викликає сумнівів прогностична ефективність ультразвукового дослідження в акушерстві. Проте, на нашу думку, величезний інтерес представляє зіставлення стану плаценти з діагностованою затримкою розвитку плода, а також зв'язок цих даних зі станом новонародженого. Результати дослідження свідчать, що при передчасному дозріванні плаценти (у 27,5% випадків) можна припускати задовільний результат для плода, а при відставанні її дозрівання (36,4%) – дистрес плода та асфіксію новонародженого і перинатальні втрати.

З позицій сучасного акушерства проведення нестресового тесту (через кардіотокографію) у III триместрі вагітності є обов'язковою умовою для повноцінного обстеження. Надалі середні показники стану плода (ПСП), виявлені при дослідженні, порівнювали з наслідком пологів для новонародженого. Одержані результати свідчать про пряму корелятивну залежність ($r=+0,75$) між ПСП та ступенем тяжкості гіпоксії плода, що дає право включити ПСП до комплексу прогностичних даних.

Незважаючи на публікації, що є у вітчизняній літературі, про високий ступінь інформативності доплерометричних досліджень, одержані нами результати стану гемодинаміки фетоплацентарного комплексу не виявили суттєвої різниці у показниках кривих швидкостей кровотоку (КШК) у цуповинних і маткових судинах залежно від стану новонародженого. Визначена лише незначна тенденція зниження КШК у судинах плода відповідно до ступеня тяжкості гіпоксії, але ці дані статистично недостовірні ($p>0,05$).

Отже, це може свідчити про недостатню інформативність даного методу в оцінюванні антенатального дистресу і прогнозуванні перинатальних втрат для широкого використання в практичній охороні здоров'я. Поряд з цим доплерометричні дослідження доцільно проводити при диференційованій діагностиці ступеня вираженості порушень мікроциркуляції у системі мати–плацента–плід, а також при індивідуальному підборі медикаментозних заходів для профілактики та лікування плацентарної дисфункції.

Під час аналізу різних ендокринологічних показників функціонального стану фетоплацентарного комплексу встановлено, що у жінок з високим перинатальним ризиком спостерігається достовірне зниження, починаючи з 20-го тижня вагітності, в сироватці крові рівня естріолу (з $13,6\pm 1,2$ до $8,5\pm 0,6$ нмоль/л; $p<0,05$), прогестерону (з $221,3\pm 17,5$ до $173,8\pm 15,8$ нмоль/л; $p<0,05$) та плацентарного лактогену (з $97,6\pm 9,7$ до $71,3\pm 5,2$ нмоль/л; $p<0,05$) при одночасному підвищенні рівня кортизолу та альфа-фетопротеїну ($p<0,05$). Ці зміни зберігаються до кінця вагітності.

Найбільшу інформативність має рівень естріолу в сечі (14242 ± 131 мкг/добу при 18421 ± 172 мкг/добу у контрольній групі; $p<0,05$) та кортизолу у периферичній крові ($282,4\pm 16,4$ нмоль/л проти $368,2\pm 24,2$ нмоль/л; $p<0,05$). Підтвердженням цьому є пряма корелятивна залежність між зниженням вмісту естріолу у сечі ($r=+0,71$) та кортизолу у периферичній крові ($r=+0,75$) та ступенем тяжкості дистресу плода. Саме ці два ендокринологічних показники можуть бути широко використані в практичній охороні здоров'я для прогнозування перинатальних втрат.

Для створення системи прогнозування перинатальних втрат обрано ймовірний наслідок, що найбільш повно відображає всі клінічні, лабораторні та функціональні параметри, одержані на етапі попередніх досліджень. Як основу математичного моделювання використовували послідовну процедуру розпізнавання образів, що витікає з методу Байєрса і, на нашу думку, найбільш широко прийнята для прогностичних моделей у клінічній медицині.

Як показник зв'язку між ознаками використано коефіцієнт парної кореляції Пірсона. Була побудована квадратна матриця розміром 90×90 (число вивчених показників). Кожний елемент матриці уявляє собою коефіцієнт кореляції різних параметрів. Всього було вивчено близько 40 000 коефіцієнтів кореляції. Високо корелятивними вважались ознаки, парний коефіцієнт кореляції яких був більше 0,6 за модулем. У результаті було визнано високо корелятивними лише 16 з 90 ознак (17,8%), які були покладені в основу даної прогностичної методики.

Для широкого застосування розробленої методики в будь-якому акушерському стаціонарі запропоновано простий і доступний бальний підхід для оцінювання ступеня перинатального ризику. Процес прогнозування розподіляється на два етапи. На першому етапі необхідно адекватно оцінити ступінь перинатального ризику і відкоригувати варіант допологової підготовки. На другому етапі важливо передбачити збільшення антенатального дистресу або розвиток інтранатальної гіпоксії, що дозволить своєчасно змінити тактику розродження.

Отже, багатоаспектний аналіз перебігу вагітності, пологів і раннього неонатального періоду у жінок з діагнозом «плацентарна дисфункція» дозволив розробити ефективну методику прогнозування перинатального ризику, що можна реально використовувати в акушерській практиці. На її підставі чітко визначено медичний алгоритм тактики лікаря щодо вагітних із різноманітним ступенем дистресу плода і можна цілеспрямовано вибрати оптимальний варіант розродження. Клінічне випробування бального методу прогнозування протягом останніх трьох років показало його високу чутливість (92,4%) і специфічність (87,7%), що дозволяє досягти високої ефективності.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними клінічними факторами ризику перинатальних втрат є початкова екстрагенітальна (82,7%) і генітальна патологія (52,8%); ускладнений перебіг попередніх вагітностей (репродуктивні втрати, прееклампсія, аномалії пологової діяльності, кесарів розтин) – 38,1% і вікові особливості (до 18 і старше 35 років) – 28,9%. Водночас поєднання різноманітних факторів становить $2,5\pm 0,2$ на одну жінку. Під час аналізу прогностичної ефективності різноманітних лабораторних і функціональних методів дослідження встановлена найбільш висока пряма корелятивна залежність перинатальних втрат

і середнього показника стану плода ($r=+0,75$); рівня естріолу в сечі ($r=+0,71$) і кортизолу в периферичній крові ($r=+0,75$), а також ступеня дозрівання плаценти (передчасне - $r=+0,71$ і відставання - $r=+0,70$).

Роль генетических факторов в прогнозировании тактики ведения II триместра беременности
Д.В. Куфловский

Проведено комплексное клинико-лабораторное и функциональное обследование 359 женщин с плацентарной дисфункцией. Установлено, что основными клиническими факторами риска перинатальных потерь являются исходная экстрагенитальная и генитальная патология; осложненное течение предыдущих беременностей и возрастные особенности. При анализе прогностической эффективности различных лабораторных и функциональных методов исследования установлена наиболее высокая прямая коррелятивная зависимость перинатальных потерь и среднего показателя состояния плода, уровня эстриола в моче и кортизола в периферической крови, а также степени созревания плаценты.

Ключевые слова: генетические факторы, прогнозирование, II триместр.

A role of genetic factors is in prognostication of tactic of conduct to the II trimester of pregnancy
D.V. Kuflovskiy

The complex clinic-laboratory and functional inspection 359 women with placental failure is carried out. Fixed, that the basic clinical risk factors perinatal losses is the initial extragenital and genital pathology; the complicated flow of the previous pregnancies and age features. At analysis of prognostic efficacy of various laboratory and functional methods of research the highest direct correlative dependence perinatal losses and average parameter of a state of a fetus fixed; a level of a theelol in urine and hydrocortisone in a peripheric blood, and also degree of a maturing of a placenta.

Key words: genetic factors, forecasting, II trimester of pregnancy.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Богатирьова Р.В. Демографічна ситуація в Україні і проблеми медико-генетичної служби // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – № 1. – С. 72–74.
2. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивні втрати (клінічні та медико-соціальні аспекти). – М., 2017. – 188 с.
3. Венцківський Б.М. Роль планування сім'ї у зниженні материнської та перинатальної захворюваності в Україні // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2013. – № 2. – С. 52–54.
4. Гойда Н.Г., Суліма О.Г. Перинатальна патологія у новонароджених на сучасному етапі // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2013. – № 4. – С. 15–17.
5. Голота В.Я. Роль жіночої консультації в антенатальній охороні плода в сучасному акушерстві // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2013. – № 3. – С. 31–33.
6. Маркин Л.Б. Рациональное ведение родов // Медико-социальные проблемы семьи. – 2013. – № 1. – С. 103–106.
7. Шунько Є.Є. Сучасні клінічні, вірусологічні та імунологічні аспекти перинатальної патології // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2013. – № 1. – С. 23–24.

УДК 618.11-003.4-006.2.03-092.12-053.81/84:618.17/5

Провідні причини розвитку кіст та доброякісних пухлин яєчників у жінок репродуктивного віку

А.В. Бойко

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

Мета дослідження: підвищення ефективності прогнозування кіст та доброякісних пухлин яєчників у жінок репродуктивного віку на підставі встановлення основних факторів ризику.

Матеріали та методи. Було проведено ретроспективний аналіз 500 операційних протоколів і гістологічних висновків на предмет відповідності клінічного і патоморфологічного діагнозу об'єму оперативного лікування. Усіх жінок було розподілено на відповідні підгрупи: 284 жінок – кісти яєчників, 216 пацієнток – доброякісні пухлини яєчників. Загальноклінічні методи дослідження проводили згідно із запропонованою картою ВООЗ (2015), що включає дані щодо репродуктивного анамнезу, наявності гінекологічних і екстрагенітальних захворювань, терапії, що проводиться, загальному об'єктивному обстеженню, спеціальному гінекологічному обстеженню і лабораторним методам дослідження.

Результати. До групи високого ризику щодо захворюваності кістами і доброякісними пухлинами яєчників належать хворі з високою частотою доброякісних захворювань шийки матки (OR=7,32) і тіла матки (OR=6,23), безпліддя (OR=2,77), запальних захворювань органів малого таза (OR=2,39), з порушеннями менструального циклу (OR=2,3); з високою частотою ангіні і вірусних інфекцій (OR=6,55), захворюваннями щитоподібної залози (OR=6,4), печінки (OR=4,59) і верхніх дихальних шляхів (OR=4,32), що не використовують раціональну контрацепцію (OR=2,09).

Заключення. Отримані результати необхідно враховувати при прогнозуванні кіст та ДПЯ у жінок репродуктивного віку.

Ключові слова: кісти та доброякісні пухлини яєчників, репродуктивний вік, провідні причини.

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

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

ності і порушенню репродуктивного здоров'я у жінок, що підкреслює не лише медичний, але й соціальний і економічний аспекти даної патології [5–7]. До сьогодні не систематизовані дані по рівню захворюваності, оцінюванні чинників ризику, ранньої діагностики, своєчасному лікуванню і реабілітації репродуктивного здоров'я.

Не дивлячись на проведені дослідження, присвячені вивченню репродуктивного здоров'я жінок з кістами і ДПЯ [1–7], на сьогодні не вирішена проблема ефективного прогнозування кіст та ДПЯ у жінок репродуктивного віку.

Мета дослідження: підвищення ефективності прогнозування кіст та доброякісних пухлин яєчників у жінок репродуктивного віку на підставі встановлення основних факторів ризику.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети був проведений ретроспективний аналіз 500 операційних протоколів і гістологічних висновків на предмет відповідності клінічного і патоморфологічного діагнозу об'єму оперативного лікування. Усіх жінок було розподілено на відповідні підгрупи:

- кісти яєчників – 284 жінок,
- ДПЯ – 216 пацієнток.

Загальноклінічні методи дослідження проводили згідно із запропонованою картою ВООЗ (2018), що включає дані щодо репродуктивного анамнезу, наявності гінекологічних і екстрагенітальних захворювань, терапії, що проводиться, загальному об'єктивному обстеженню, спеціальному гінекологічному обстеженню і лабораторним методам дослідження.

Для виявлення прогностичних чинників ризику щодо розвитку кіст і ДПЯ ретроспективно був проведений аналіз анамнестичних, клінічних і ехографічних даних, результатів томографії, лабораторних і морфологічних досліджень.

Для статистичного оброблення результатів дослідження використовували загальноприйнятні параметричні і непараметричні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У результаті проведення ретельного статистичного аналізу серед соматичної патології привертала увагу висока частота перенесених гострих респіраторних захворювань, вірусних інфекцій у жінок із кістами яєчників (92,3%) ($p < 0,001$). Із перенесених соматичних захворювань патологія печінки і жовчовивідних шляхів (ЖВШ) достовірно частіше ($p = 0,01$) зустрічалася в жінок із ДПЯ (48,1%). На захворювання ендокринної системи (патологія щитоподібної залози) і метаболічні порушення (ожиріння II і III ступеня) також найчастіше ($p < 0,001$) страждали хворі з ДПЯ (у 30,2% і 26,7% відповідно). У підгрупі кіст яєчників захворювання ендокринної системи частіше зустрічалися серед хворих із полікістозними яєчниками (у 13,3% і 53,5% відповідно) і з простими кістами яєчника (у 23,7% і 14,2% відповідно).

Оцінювання характеру попередніх оперативних втручань на органах черевної порожнини, малого таза й інших ділянок продемонструвала, що між основними підгрупами достовірних відмінностей під час аналізу частоти окремих видів оперативних втручань виявлено не було ($p > 0,05$). Резекцію яєчників у обстежених хво-

рих в анамнезі фіксували у 12,1% хворих. Серед жінок із кістами були це пацієнтки з кістами жовтого тіла (14,5%) і ендометріозом яєчників (14,3%). У підгрупі ДПЯ понад 66% випадків становили хворі зі зрілими кістозними тератомами (17,1%). Тубектомія і сальпінговаріоєктомія в анамнезі були у жінок як із кістами яєчників, так і з ДПЯ (9,4% і 11,1% відповідно) ($p = 0,47$).

Проведене аналітичне дослідження у хворих із кістами і ДПЯ дозволило виявити цілу низку чинників, що впливають на їхнє виникнення. Для жінок із кістами і ДПЯ були виявлені прогностичні чинники ризику.

Найбільш значущими чинниками ризику є:

- доброякісні захворювання матки і шийки матки,
- безпліддя,
- порушення менструального циклу,
- запальні захворювання придатків матки,
- перенесені раніше оперативні втручання на органах малого таза.

Серед екстрагенітальної патології були:

- висока частота ангін і вірусних інфекцій,
- захворювання печінки,
- захворювання верхніх дихальних шляхів,
- патологія щитоподібної залози.

Узагальнюючи результати доопераційного ехографічного дослідження органів малого таза, слід зазначити високу діагностичну цінність методу в диференціальній діагностиці кіст (94,7%) і ДПЯ (88,4%). Під час проведення кольорового доплерівського картирування у жінок із кістами і ДПЯ були отримані ознаки доброякісності процесу:

- відсутність внутрішньопухлинного кровотоку (99,3%),
- середній рівень резистентності судин при периферичному кровотоку різної інтенсивності (45,6%).

Магнітно-резонансна томографія після УЗД була проведена 28 хворим за наступними показаннями:

- розміри новоутворень яєчників менше 2 см і неможливість виявити новоутворення при УЗД ($r = 0,32$; $p < 0,001$),
- гетерогенність внутрішніх структур новоутворень за даними УЗД ($r = 0,16$; $p = 0,001$), що знайшло підтвердження при оперативному лікуванні ($r = -0,13$; $p < 0,001$).

Загальний аналіз значень онкомаркера СА-125 серед усіх хворих продемонстрував, що, не дивлячись на великий розкид величин, перевищення СА-125 відзначено у 9,2% хворих з ендометріозом яєчників і епітеліальними пухлинами яєчників ($p < 0,001$), перевищення дискримінаційних значень СА-19-9 ($p < 0,001$) у 32,5% пацієнток з епітеліальними пухлинами яєчників.

Під час дослідження гормонального профілю встановлено, що у хворих із фолікулярними кістами яєчників виявлено знижену секрецію ЛГ ($p < 0,001$) при підвищеному рівні ФСГ ($p = 0,05$) у I фазу менструального циклу, достовірно зниження прогестерону в лютеїнову фазу менструального циклу спостерігали? у 20,0% хворих. У пацієнток з ендометріозом яєчників виявлено збільшення концентрації ФСГ при зниженні базальної секреції ЛГ у I фазі циклу і різкому

збільшенні концентрації ЛГ у II фазі циклу в 3,5 разу ($p < 0,0001$) на тлі зниження рівня ФСГ в 2,5 разу.

Рівень прогестерону у II фазу менструального циклу характеризувався як у край низькими, так і високими значеннями ($p < 0,0001$). У хворих із кістами жовтого тіла відзначено не лише порушення співвідношення ЛГ/ФСГ у бік збільшення показників ФСГ по відношенню до ЛГ, але і монотонний рівень ФСГ і відсутність позитивної тенденції до зростання рівня ЛГ у динаміці менструального циклу. У зв'язку з цим рівень естрадіолу мав тенденцію до незначного зростання у II фазі менструального циклу, а рівень прогестерону в 26,67% ($p < 0,001$) хворих був нижче за нижню межу норми. При ДПЯ фіксували збільшення значень ФСГ при всіх видах пухлин у II фазі менструального циклу в 1,5–2 разу. Крім того, у хворих з герміногенними пухлинами рівень ЛГ був вищий в 1,5 разу верхньої межі норми. У край низькі значення прогестерону були зафіксовані у хворих із герміногенними пухлинами.

ВИСНОВКИ

Отже, у хворих із кістами і доброякісними пухлинами яєчників (ДПЯ) виявлено низку загальних патогенетично значущих ознак порушення репродуктивної функції і соматичного здоров'я, головними з яких є:

- порушення менструального циклу (кісти яєчників – 57,5%, доброякісні пухлини – 44,9%);
- висока частота запальних захворювань органів малого таза (кісти яєчників – 42,2%, доброякісні пухлини – 35,9%), частіше після штучних абортів (кісти яєчників – 50,5%, доброякісні пухлини – 40,7%);
- безпліддя різного генезу (кісти яєчників – 36,5%, доброякісні пухлини – 22,2%);
- перенесені раніше оперативні втручання на органах малого таза і черевної порожнини (кісти яєчників – 36,5%, доброякісні пухлини – 37,6%) і захворювання печінки (кісти яєчників – 38,6%, доброякісні пухлини – 48,1%).

До групи високого ризику розвитку кіст і доброякісних пухлин яєчників належать хворі з високою частотою доброякісних захворювань шийки матки (OR=7,32) і тіла матки (OR=6,23), безпліддя (OR=2,77), запальних захворювань органів малого таза (OR=2,39), з порушеннями менструального циклу (OR=2,3); з високою частотою ангіні і вірусних інфекцій (OR=6,55), захворюваннями щитоподібної залози (OR=6,4), печінки (OR=4,59) і верхніх дихальних шляхів (OR=4,32), що не використовують раціональну контрацепцію (OR=2,09).

Отримані результати необхідно враховувати при прогнозуванні кіст та ДПЯ в жінок репродуктивного віку.

Главные причины развития кист и доброкачественных опухолей яичников у женщин репродуктивного возраста А.В. Бойко

Цель исследования: повышение эффективности прогнозирования кист и доброкачественных опухолей яичников у женщин репродуктивного возраста на основе установления основных факторов риска.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ 500 операционных протоколов и гистологических заключений на предмет соответствия клинического и патоморфологического диагноза объему оперативного лечения. Все женщины были разделены на соответствующие подгруппы: кисты яичников – 284 женщин и доброкачественные опухоли яичников – 216 пациенток. Общеклинические методы исследования проводились согласно предложенной карте ВОЗ (2015), включающей в себя данные по репродуктивному анамнезу, наличию гинекологических и экстрагенитальных заболеваний, проводимую терапию, общее объективное обследование, специальное гинекологическое обследование и лабораторные методы исследования.

Результаты. В группу высокого риска по заболеваемости кистами и доброкачественными опухолями яичников входят больные с высокой частотой доброкачественных заболеваний шейки матки (OR=7,32) и тела матки (OR=6,23), бесплодия (OR=2,77), воспалительных заболеваний органов малого таза (OR=2,39), с нарушениями менструального цикла (OR=2,3), с высокой частотой ангина и вирусных инфекций (OR=6,55), заболеваниями щитовидной железы (OR=6,4), печени (OR=4,59) и верхних дыхательных путей (OR=4,32), не использующие рациональную контрацепцию (OR=2,09).

Заключение. Полученные результаты необходимо учитывать при прогнозировании кист и доброкачественных опухолей яичников у женщин репродуктивного возраста.

Ключевые слова: кисты и доброкачественные опухоли яичников, репродуктивный возраст, главные причины.

Principal reasons of cysts and benign tumors of ovaries at women of genesial age A. V. Boyko

The objective: to increase forecasting effectiveness of cysts and benign tumors of ovaries at women of genesial age on the basis of establishment of major factors of risk.

Materials and methods. Was carried out the retrospective analysis of 500 operational protocols and the histological conclusions regarding compliance of the clinical and pathomorphologic diagnosis to the volume of expeditious treatment. All women were divided into the corresponding subgroups: cysts of ovaries – 284 women and benign tumors of ovaries – 216 patients. All-clinical methods researches were conducted according to the offered card of WHO (2015), including data on the genesial anamnesis, existence of the gynecologic and extragenital diseases, carried-out therapy, the general objective inspection, special gynecologic inspection and laboratory methods of research.

Results. In group of high risk on case rate cysts and benign tumors of ovaries treat patients with high frequency benign diseases of uterus cervix (OR=7,32) and body of the womb (OR=6,23), sterility (OR=2,77), inflammatory diseases of organs of small basin (OR=2,39), with disturbances of menstrual cycle (OR=2,3), with high frequency anginas and virus infections (OR=6,55), diseases of thyroid gland (OR=6,4), liver (OR=4,59) and the top respiratory tracts (OR=4,32), not using rational contraception (OR=2,09).

Conclusion. The received results needs to be considered when forecasting cysts and benign tumors of ovaries at women of genesial age.

Key words: cysts and benign tumors of ovaries, genesial age, principal reasons.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Зварич Л.І., Луценко Н.С., Шаповал О.С., 2015. Частота функціональних кіст яєчників у жінок репродуктивного віку в структурі гінекологічної патології // Сучасні медичні технології : 2 : 3 : 79–83.
2. Кузнецова Е.П., 2018. Современные представления об этиологии и патогенезе опухолевидных образований и доброкачественных опухолей яичников // Саратовский научно-медицинский журнал : 6 : 3 : 552–558.
3. Резниченко Г.И., Шаповал О.С., 2015. Особенности реализации репродуктивной функции у женщин с доброкачественными опухолевидными образованиями яичников // Здоровье женщины : 2 (98) : 104–107.
4. Серебренникова К.Г., Кузнецова Е.П., Халилов Р.З., 2018. Факторы риска развития опухолевидных образований и доброкачественных опухолей яичников // Уральский медицинский журнал : 6 (71) : 111–115.
5. Шаповал О.С., 2016. Кісти яєчників. Аналіз структури патології у жінок репродуктивного віку / О.С. Шаповал // Scientific journal "ScienceRise: Medical Science" : 9 (5) : 75–79.
6. Shapoval O., 2016. Clinical and Diagnostic Parallels, Therapeutical Strategies in Benign Ovarian Tumor-Like Formations // The Science Advanced : Issue 02 : DOI: 10.15550/ASJ.2016.02.027 : 27–33.
7. Vorontsova L.L., Shapoval O.S., 2019. 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 : 1 : 5 : 75–86.

УДК 618.13-071:611.96

Клінічні аспекти неспроможності тазового дна

Т.Г. Войток

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

Результати проведених досліджень свідчать, що клінічні особливості неспроможності тазового дна мають суттєве значення при встановленні діагнозу. Ретельний аналіз клініко-анамнестичних особливостей дозволяє виділити групу ризику для подальшого детального обстеження та обрання тактики хірургічного лікування.

Ключові слова: неспроможність тазового дна, клініка.

Останніми роками в клінічну практику введений термін «синдром неспроможності тазового дна» (НТД), суттю якого є дефект тазового дна на будь-якому рівні [1, 2]. Синдром НТД розвивається в репродуктивному віці, виявляючись, в першу чергу, зяянням статевої щілини, рецидивуючими дизбіозами піхви, хронічними запальними захворюваннями тазових органів, хворобами шийки матки, маніфестуючи пролапсами тазових органів в період пери- і постменопаузи. Найчастіше обговорюваним є питання про пріоритетну роль акушерської травми промежини як пускового механізму в розвитку НТД [3, 4]. Водночас деякі дослідники пов'язують формування НТД з акушерською травмою промежини, що є наслідком проведених оперативних втручань [5]. Інші вважають, що акушерські щипці і маса плода не відіграють суттєвої ролі в розвитку НТД, а патологічні зміни тазового дна можуть бути діагностовані навіть після фізіологічних пологів без ускладнень [1–3].

Не дивлячись на збільшення числа наукових публікацій у даному напрямку, не можна вважати усі питання повністю вирішеними, особливо в аспекті клінічних проявів НТД.

Мета дослідження: аналіз клінічних симптомів НТД у жінок репродуктивного віку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети дослідження було вивчено стан здоров'я 100 пацієнток репродуктивного віку, що звернулися у зв'язку з плановим профілактичним обстеженням.

Критерієм включення у дослідження був репродуктивний вік, критерієм виключення – вагітність на момент обстеження.

У всіх обстежених жінок програма дослідження включала:

- клініко-анамнестичний аналіз;
- антропометричне дослідження;

- оцінювання сексуальної функції за допомогою опитувальника «Індекс жіночої сексуальної функції» (FSFI);
- дослідження бактеріоскопії вагінального вмісту;
- визначення рН середовища піхви;
- тест аміну;
- дослідження мікробіоценозу піхви;
- цитологічне дослідження мазків з шийки матки;
- кольпоскопію;
- ультразвукове дослідження органів малого таза;
- пальпаторне оцінювання стану промежини.

Пальпаторне оцінювання стану промежини проводили за допомогою спеціального гінекологічного дослідження. Насамперед вимірювали довжину передньої промежини. При огляді виявляли рубець на шкірі промежини, гемороїдальні вузли, дилатацію сечівника та анального утворення, фіксували підтікання сечі і явища анальної інконтиненції у спокої і при напруженні. Порівнювали можливість візуалізації шийки матки зі статевої щілини у спокої і при напруженні, її дистопію відносно статевої щілини, оцінювали зяяння статевої щілини у спокої і при натуженні.

Після огляду проводили пальпацію промежини. Після введення вказівного пальця у піхву великий палець позиціювали в ділянці промежинного шва. Між досліджуваними пальцями оцінювали товщину промежини за трьома критеріями:

- нормальна,
- стоншена,
- шкірно-слизова пластинка.

Далі пальпаторно оцінювали перинеальний тонус, для чого великий палець по черзі встановлювали зліва і праворуч від промежинного шва, а пацієнтку просили напружити тазове дно. Міру скорочення м'язів промежини визначали суб'єктивно: нормальний тонус, тонус понижений, тонус відсутній.

Для виявлення ступеня дистопії м'язів тазового дна у піхву вводили один, потім два пальці правої руки, збільшуючи відстань між ними. Пацієнтку просили стискувати введені пальці м'язами промежини. Мінімальна позиція, за якої дослідник відчував тонус промежини, відображала ступінь дистопії м'язів тазового дна.

На підставі наявності або відсутності зяяння статевої щілини (патогномонічної ознаки НТД) були сформульовані дві групи:

- перша група – 50 жінок з наявністю НТД,
- друга група – 50 жінок без НТД.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У результаті проведеного дослідження зяяння статевої щілини як патогномонічної ознаки зареєстроване у всіх жінок з НТД. У 36,0% жінок було виявлено зяяння статевої щілини у спокої, а в 64,0% – при напруженні.

Під час аналізу середнього віку обстежених жінок у групах відмінностей виявлено не було ($p > 0,05$). Середній вік пацієнток у першій групі становив $34,7 \pm 3,2$ року, у другій групі – $34,2 \pm 3,1$ року. Проте слід зазначити, що при збільшенні ступеня вираженості НТД достовірно збільшувався вік жінок. Отже, патологічні

зміни тазового дна посилюються з часом, а сам вік жінок не впливає на розвиток НТД.

Всупереч чеканням у групі з ознаками НТД не виявлено більше жінок, що займаються важкою фізичною працею: аналіз трудової діяльності не виявив достовірних відмінностей по групах ($p > 0,05$).

Аналіз сексуальної функції довів жіночу сексуальну дисфункцію у 26,0% жінок з НТД, що достовірно більше, ніж у групі без ознак НТД – 10,0%, ($p \leq 0,05$).

Серед екстрагенітальних захворювань в обох групах переважали хвороби серцево-судинної системи. Групи достовірно не розрізнялися за хворобами органів дихання, опорно-рухового апарату, щитоподібної залози ($p > 0,05$), і, як не дивно, органів травлення. Хвороби сечостатевої системи діагностувалися у 24,0% пацієнток з НТД і 12,0% – у групі без НТД. Кожна четверта жінка у першій групі страждала хронічним циститом (24,0%).

Розгляд особливостей менструальної функції не виявив достовірних міжгрупових відмінностей у віці менархе, тривалості і продовження менструації ($p > 0,05$), так само як і за показниками віку початку статевого життя і використання методів контрацепції ($p > 0,05$).

Аналіз гінекологічної захворюваності засвідчив, що в її структурі переважали незапальні хвороби піхви (36,0%), при цьому порушення біоценозу піхви виявлені у 78,0% жінок з НТД. Рецидивуючі вагініти виявлені у 28,0% жінок, запальні хвороби шийки матки – у 26,0%. Хвороби шийки матки були виявлені у половини обстежених жінок (50,0%), при цьому хронічний цервіцит – у 36,0% жінок в групі з НТД і в 22,0% – в групі без НТД.

Під час вивчення акушерського анамнезу виявлено, що максимальна кількість вагітностей була у жінок з НТД, середнє число вагітностей у цій групі становило $2,4 \pm 0,6$, що було достовірно більше ($p \leq 0,05$). У групі без ознак НТД кількість жінок після перших і повторних пологів значно не відрізнялося, тоді як у групі з НТД було достовірно більше жінок після повторних травматичних пологів – 70,0% ($p \leq 0,05$).

Найчастішим результатом вагітностей, що не закінчилися пологами, був медичний аборт (44,0%). Кількість жінок, що виконали медичний аборт у групі з НТД становила 46,0%, у групі без НТД – 44,0%, достовірних відмінностей при цьому у групах не виявлено ($p > 0,05$).

В анамнезі у кожної десятої пацієнтки був мимовільний викидень (10,0%). У групі з НТД мимовільне переривання вагітності виявлене у 12,0% жінок, що достовірно частіше, ніж у другій групі ($p \leq 0,05$). Можливо, вагітність у цих жінок наставала на тлі НТД, яка з'явилася одним з чинників, що послужили причиною мимовільних викиднів.

Традиційно пологи і травма промежини розглядаються як провокуючий чинник, що запускає весь механізм формування НТД. І хоча акушери-гінекологи у всьому світі продовжують пошуки оптимального методу розродження, який би знизив кількість травм тазового дна, загальна кількість травм в пологах не зменшується.

У результаті проведеного дослідження було виявлено, що в обох групах переважали пологи через природні пологові шляхи. Частка жінок, що народжували

через природні пологові шляхи, становила відповідно 80,0% у групі з НТД і 76,0% – у групі без НТД. Аналіз методів розродження не виявив достовірних відмінностей серед груп ($p > 0,05$).

Аналізуючи травматичні пошкодження в пологах встановлено, що сумарна частота травм промежини серед досліджуваного контингенту становила 56,0%, з них 62,0% жінок було травмовано в перших пологах, а 38,0% – при повторних. У структурі перинеальних травм у пологах переважали розриви промежини, які фіксували у 30,0% жінок з НТД і в 20,0% пацієнток без НТД. Друге місце структури травм тазового дна посідали епізіо- і перинеотомії. Розтин промежини в пологах перенесли 32,0% жінка в групі з НТД і 16,0% без НТД. При цьому розриви стінок піхви і розтин промежини достовірно частіше зустрічалися у жінок з НТД ($p \leq 0,05$).

Аналіз стану промежини виявив НТД у 26,0% жінок, що не мали в анамнезі травми тазового дна, у 16,0% пацієнток відзначали лише розриви задньої стінки піхви. Під час аналізу стану тазового дна залежно від часу, що минув після травматичного пошкодження в пологах, виявлена кореляційна залежність між станом тазового дна і часом, що минув після травматичних пологів. Гірший стан промежини виявлений у жінок з НТД, тобто після пологів, ускладнених травмою промежини більше 5 років тому.

ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що клінічні особливості неспроможності тазового дна мають суттєве значення при встановленні діагнозу. Ретельний аналіз клініко-анамнестичних особливостей дозволяє виділити групу ризику для подальшого детального обстеження та обрання тактики хірургічного лікування.

Клинические аспекты несостоятельности тазового дна

Т.Г. Войток

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что клинические особенности несостоятельности тазового дна имеют существенное значение при установлении диагноза. Тщательный анализ клинико-анамнестических особенностей позволяет выделить группу риска для последующего детального обследования и избрания тактики хирургического лечения.

Ключевые слова: *несостоятельность тазового дна, клиника.*

Clinical aspects of insolvency of pelvic bottom

T.G. Voytok

The results of the conducted researches testify that the clinical features of insolvency of pelvic bottom have substantial value at raising of diagnosis. The careful analysis of clinical-anamnestical features allows to select a risk group for the subsequent detailed inspection and electing of tactic of surgical treatment.

Key words: *insolvency of pelvic bottom, clinic.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Апокина А.Н., Коннон Р., Тигиева А.В. Морфологические и иммуногистохимические критерии тяжести пролапса гениталий // Ульяновский медико-биологический журнал. – 2018. – № 3. – С. 146–150.
2. Гладчук І.З. Сучасні аспекти генітального пролапсу // Здоровье женщины. – 2017. – № 4. – С. 45–49.
3. Завадина Е.В. Состояние влагалищного биотопа у пациенток репродуктивного возраста, страдающих несостоятельностью тазового дна // Вестник РУДН, Сер. «Медицина. Акушерство и гинекология». – 2013. – № 5. – С. 146–150.
4. Процепко О.О. Тактика хірургічного лікування неспроможності тазового дна // Здоровье женщины. – 2018. – № 6. – С. 39–44.
5. Токтар Л.Р., Тигиева А.В. Несостоятельность тазового дна у пациенток репродуктивного возраста // Материалы IX Национального конгресса «Пластическая хирургия». – М., 2018. – С. 123–124.

УДК 618.1-06:618.19

Клініко-патогенетичні аспекти різних форм дисплазії грудних залоз

С.Є. Гладенко

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

Мета дослідження: вивчення аспектів патогенезу дисплазії грудних залоз (ДГЗ) без та фоні генітальної патології у жінок перименопаузального віку.

Матеріали та методи. Було проведено обстеження 100 пацієток перименопаузального віку з діагнозом ДГЗ. До групи порівняння увійшли 50 жінок. Разом із загальноприйнятими методами, фізикальне і ультразвукове дослідження грудних залоз, доплерографію з колірним доплерівським кватруванням кровотоку в артеріях паренхіми, гормональне дослідження, за показаннями – інтраопераційну біопсію і морфологічні методики.

Результати. Дослідження рівнів молекулярно-біологічних маркерів продемонструвало, що для виявлення проліферативної активності в грудних залозах у хворих на ДГЗ доцільно проводити динамічне кількісне визначення. Підвищення понад 20% декількох маркерів, наприклад ІЛ-6, sFas ІЛ-1β, є прямим свідченням для проведення біопсії з подальшим цитологічним дослідженням отриманого матеріалу для діагностики проліферативного фенотипу.

Заключення. Основними моментами патогенезу ДГЗ є клініко-анамнестичні дані, а також зміни цитокінового обміну та основних молекулярно-біологічних маркерів. Отримані результати необхідно використовувати під час розроблення комплексу діагностичних і прогностичних заходів.

Ключові слова: дисплазія грудних залоз, патогенез

Вивчення механізмів розвитку, своєчасна діагностика і лікування дисплазії грудних залоз (ДГЗ) важливі через дві основні обставини: по-перше, в частині 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 [1–4]. Дана інформація формує психологічну напруженість пацієток, призводить до проведення багаточисельних обстежень, повторних курсів комплексного консервативного лікування, оперативних втручань. Усі ці обставини є причиною дезадаптації хворих соціально активного віку [5–7]. Водночас дані про патогенез ДГЗ є недостатніми і суперечливими, що диктує необхідність вивчення цього дуже важливого наукового завдання.

Мета дослідження: вивчення аспектів патогенезу ДГЗ без та фоні генітальної патології у жінок перименопаузального віку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети були обстежені 100 пацієток перименопаузального віку з діагнозом ДГЗ.

Критерії включення у дослідження:

- перименопаузальний вік;
- наявність клінічних, ультразвукових, морфологічних ознак ДГЗ.

Критерії виключення з дослідження:

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

До групи порівняння увійшли 50 жінок.

Критерії включення у групу порівняння:

- перименопаузальний вік;
- відсутність клінічних симптомів захворювання грудних залоз;
- відсутність гіперпластичних процесів в інших органах репродуктивної системи.

Обстеження разом із загальноприйнятими методами включало фізикальне і ультразвукове дослідження грудних залоз, доплерографію з колірним доплерівським картируванням (КДК) кровотоку в артеріях паренхіми, гормональне дослідження, за показаннями – інтраопераційну біопсію і морфологічні методики. З метою кількісної оцінки інтенсивності мастальгії використовували візуально-аналогову шкалу, даних пальпації – бальну оцінку. Для оцінювання різних чинників ризику використовували метод логістичної регресії. Концентрації молекул адгезії родотеліо судин 1 типу (sVCAM-1), інтерлейкіну 6 (ІЛ-6), інтерлейкіну 1β (ІЛ-1β), розчинного Fas-антигену (sFas), лептину, інсуліноподібних чинників ризику (ІФР-2) і (ІФРСБ-3) визначали імуноферментним методом за допомогою стандартних наборів реактивів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У дослідженні виявлені особливості акушерсько-гінекологічного анамнезу хворих на ДГЗ. Порівняно зі здоровими жінками вони в анамнезі:

- в 1,3 разу рідше мали вагітності (67,0% порівняно з 88,0% у здорових жінок; $p < 0,01$);
- в 1,5 разу рідше – пологи (48,0% проти 74,0%; $p < 0,01$);
- у 2 рази рідше перша вагітність у них завершилася пологамі (24,0% проти 50,0%; $p < 0,05$).

Менша кількість пацієток з ДГЗ народжувала один раз (35,0% проти 62,0% у групі порівняння; $p < 0,01$). При цьому пацієтки з ДГЗ частіше перенесли більше ніж 3 штучних абортів (31,0% проти 6,0% у групі порівняння; $p < 0,001$). У пацієток з проліферативною формою ДГЗ порівняно з непроліферативною у 2 рази рідше була частота пологів ($31,6 \pm 9,8$ і $57,4 \pm 6,3$ відповідно; $p < 0,05$), у 46–50 років – в 1,5 разу рідше перша вагітність завершилася пологамі.

Зі збільшенням віку хворих на ДГЗ виявлено підвищення частоти супутніх гіперпластичних захворювань матки, патогенетично пов'язаних з функцією яєчників і рівнем статевих гормонів, зокрема міоми матки (з 5,8% до 40,3%; $p < 0,001$) і геніталь-

ного ендометріозу (з 8,7% до 35,6%; $p < 0,01$). У пацієнтів з проліферативною формою ДГЗ порівняно з такими, що мають непроліферативну форму, лейоміома матки діагностована частіше у 2,5 разу ($44,2 \pm 3,8\%$ і $18,2 \pm 2,1\%$ відповідно; $p < 0,01$). Отримані дані підтверджують спільність механізмів розвитку цих захворювань.

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

При однофакторному аналізі було розглянуто 34 чинники, значущими з них виявилися:

- наявність злоякісних новоутворень у сім'ї ($p = 0,000001$),
- порушення менструального циклу ($p = 0,00002$),
- поєднана гінекологічна патологія – генітальний ендометріоз і міома матки – ($p = 0,0004$),
- гіпопрогестеронемія ($p = 0,0005$),
- гіперестрогенемія ($p = 0,0006$),
- міома матки ($p = 0,002$),
- ранні менархе ($p = 0,0019$),
- стрес ($p = 0,0017$),
- пізня перша вагітність ($p = 0,0014$),
- куріння ($p = 0,0011$),
- три і більше аборти ($p = 0,001$),
- травма грудної залози ($p = 0,001$),
- переривання першої вагітності ($p = 0,01$),
- відсутність вагітностей ($p = 0,01$),
- перші пологи після 30–35 років ($p = 0,027$),
- гіпотиреоз ($p = 0,03$),
- відсутність післяпологової лактації ($p = 0,03$),
- ожиріння ($p = 0,04$),
- тривалий перебіг ДГЗ ($p = 0,04$).

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

Результати логістичної регресії довели, що обтяжена спадковість відносно злоякісних пухлин підвищує ризик розвитку проліферації у 86 разів, порушення менструальної функції – у 53,5 разу. Слід звернути увагу, що наявність міоми матки підвищує ризик розвитку проліферативних порушень у 14,4 разу, тоді як наявність ізольованого внутрішнього ендометріозу не є значущим чинником ризику. Іншими чинниками, що збільшують вірогідність розвитку проліферативних змін у грудних залозах у пацієнок з ДГЗ, є:

- гіпопрогестеронемія,
- гіперестрогенемія,

- міома матки,
- ранні менархе,
- пізня вагітність,
- куріння,
- багаточисельні аборти (> 3),
- травма грудної залози,
- стрес.

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

Звертає увагу наявність тенденції ($p = 0,06$) до статистичної достовірності збільшення рівня sVCAM при виявленні проліферативної активності. Так, при діагностиці проліферативної ДГЗ паралельно виявлено збільшення концентрації sVCAM ($p < 0,05$). Аналіз динаміки sVCAM у пацієнок з проліферативною формою ДГЗ залежно від виду гінекологічної патології продемонстрував, що достовірно збільшення середніх значень рівня маркера спостерігали лише у хворих на лейоміому матки.

Аналіз кореляційних зв'язків між sVCAM і іншими молекулярними маркерами у хворих на проліферативну ДГЗ виявив наступні тенденції до позитивної залежності: між sVCAM і лептином ($r = 0,35$; $p = 0,07$), а також між sVCAM і ІЛ-1в ($r = 0,54$; $p = 0,06$).

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

Вихідний вміст ІФРСБ-3 у сироватці крові хворих на ДГЗ був достовірно нижче ($p < 0,01$). У пацієнок з ДГЗ не відзначено достовірної залежності рівнів ІФР-II і ІФРСБ-3 від наявності і виду супутньої гінекологічної патології. Вихідні рівні маркерів у 12 пацієнок з проліферативною ДГЗ і 88 жінками, в яких надалі проліферація не виявлена, були аналогічними. Проте при виявленні проліферативного фенотипу середній вміст ІФР-II достовірно підвищився порівняно з вихідним рівнем ($p < 0,05$). У більшості цих жінок ДГЗ поєднувалася з лейоміомою матки.

Інгібітор апоптозу розчинний Fas-антиген початково виявляли не у всіх жінок, проте в сироватці крові хворих на ДГЗ його виявляли частіше (67,5%), ніж у здоро-

вих жінок (36%), при цьому середні значення маркера були достовірно вище ($p < 0,05$) порівняно з контрольною групою.

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

Проте під час діагностики проліферативного фенотипу було зафіксовано достовірне підвищення середньої концентрації sFas ($p < 0,05$). Найбільш значне підвищення середнього рівня маркера на етапі проліферації також відмічене у хворих на лейоміому матки.

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

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

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

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

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

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

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

Дослідження рівнів молекулярно-біологічних маркерів sVCAM-1, sFas ІФР-II і ІФРСБ-3, ІЛ-6 ІЛ-1 β і лептину показало, що для виявлення проліферативної активності в грудних залозах у хворих на ДГЗ доцільно проводити динамічне кількісне визначення таких маркерів як sVCAM-1, sFas ІЛ-1 β , ІЛ-6, ІФР-II і ІФРСБ-3. Оскільки підвищення вихідного рівня ІЛ-1 β на 26%, sFas – на 21%, ІЛ-6 – на 21%, sVCAM-1 – на 25% і більш свідчить про можливу проліферативну активність у груд-

них залозах, а одночасне підвищення декількох маркерів, наприклад ІЛ-6, sFas ІЛ-1 β , є прямим свідченням для проведення біопсії з подальшим цитологічним дослідженням отриманого матеріалу для діагностики проліферативного фенотипу.

ВИСНОВКИ

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

Отримані результати необхідно використовувати при розробленні комплексу діагностичних і прогностичних заходів.

Клинико-патогенетические аспекты разных форм дисплазии грудных желез

С.Е. Гладенко

Цель исследования: изучение аспектов патогенеза дисплазии грудных желез (ДГЖ) без и на фоне генитальной патологии у женщин перименопаузального возраста.

Материалы и методы. Было проведено обследование 100 пациенток перименопаузального возраста с диагнозом ДГЖ. В группу сравнения вошли 50 женщин. Наряду с общепринятыми методами проведено физикальное и ультразвуковое исследование грудных желез, доплерографию с цветным доплеровским картированием кровотока в артериях паренхимы, гормональное исследование, по показаниям – интраоперационную биопсию и морфологические методики.

Результаты. Исследование уровней молекулярно-биологических маркеров продемонстрировало, что для выявления пролиферативной активности в грудных железах у больных ДГЖ целесообразно проводить динамическое количественное определение, что при повышении более чем на 20% нескольких маркеров, например ІЛ-6, sFas, ІЛ-1 β , является прямым показанием для проведения биопсии с последующим цитологическим исследованием полученного материала для диагностики пролиферативного фенотипа.

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

Ключевые слова: дисплазия грудных желез, патогенез.

Clinical-pathogenetic aspects of different forms of dysplasia of sucklings glands

S.E. Gladenko

The objective: studying of aspects of pathogenesis of dysplasia of mammary glands without and a background of genital pathology at women of perimenopause age.

Materials and methods. Examination of 100 patients of perimenopause age about the diagnosis of dysplasia of mammary glands was conducted. The group of comparison was made by 50 women. Along with the standard methods, physical and ultrasonic researches of mammary glands, dopplerography with color Doppler mapping of a blood flow in parenchyma arteries, hormonal research, on displays - an intraoperative biopsy and morphological techniques.

Results. Research of levels of molecular and biological markers showed that for detection of proliferative activity in mammary glands at patients with dysplasia of mammary glands it is expedient to carry out dynamic quantitative definition and when rising more than for 20% of several markers, for example IL-6, sFas, IL-1 β , is the direct indication for carrying out biopsy with the subsequent cytologic research of the received material for diagnostics of proliferative phenotype.

Conclusion. Highlights of pathogenesis of dysplasia of mammary glands are clinical-anamnesic data, and also changes of a cytokines exchange and the main molecular and biological markers. The received results need to be used when developing complex of diagnostic and prognostic actions.

Key words: *dysplasia of mammary glands, pathogenesis.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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

УДК 618.14-002-007.6-039:611.664

Порівняльні аспекти клінічної симптоматики різних форм гіперпластичних процесів ендометрія

О.К. Ігнат'єва

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

Мета дослідження: встановлення клінічних особливостей різних форм гіперпластичних процесів в ендометрії у жінок у перименопаузальний період з урахуванням ролі хронічного ендометриту.

Матеріали та методи. Проведено клініко-лабораторне обстеження 100 пацієнок з матковими кровотечами різного характеру і наявністю ехографічних ознак патології ендометрія.

Результати. У пацієнок з поєднанням гіперплазії ендометрія і хронічного ендометриту і з реактивною гіперплазією, порівняно з гіперплазією без атипії і з атипією, наголошується більш ранній початок і вираженість клінічних симптомів захворювання, тривалість яких перевищує 2 роки. У жінок з простою і складною типовою та атипічною гіперплазією зв'язок між морфологічним варіантом патологічного процесу і патогномонічною клінічною симптоматикою відсутній. У структурі супутніх захворювань у пацієнок з наявністю хронічного ендометриту переважають (порівняно з гіперплазією без атипії і з атипією) запальні процеси органів малого таза, доброякісні захворювання шийки матки, гіперпластичні процеси ендометрія, що свідчить про виражений системний характер патології.

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

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

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

Висока частота зустрічання ГПЕ, відсутність належної ефективності від гормональної терапії, а також вірогідність їх у злоякісну пухлину ставить проблему розвитку і патогенетичного лікування ГПЕ у низку найбільш важливих сучасної медицини. Не дивлячись на значну кількість наукових досліджень щодо проблеми ГПЕ

не можна вважати усі питання повністю вирішеними, особливо щодо ролі хронічного ендометриту в розвитку даної патології.

Мета дослідження: встановлення клінічних особливостей різних форм ГПЕ у жінок у перименопаузальний період з урахуванням ролі хронічного ендометриту.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

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

Критерії включення пацієнок у дослідження:

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

Критерії виключення пацієнок із дослідження:

- наявність поліпів ендометрія,
- діагностована міома матки з діаметром вузлів >5 см і субмукозна локалізація міоматозних вузлів,
- наявність аденоміозу II–III ст.

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

- 1-а група – жінки з простою гіперплазією ендометрія без атипії,
- 2-а група – пацієнтки зі складною гіперплазією ендометрія без атипії,
- 3-я група – жінки із гіперплазією атипії,
- 4-а група – пацієнтки із ГПЕ у поєднанні з хронічним ендометритом,
- 5-а група – жінки з хронічним ендометритом і реактивною гіперплазією ендометрія.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Свідченням до екстреної госпіталізації пацієнок була наявність маткової кровотечі різної інтенсивності і тривалості. Основним свідченням до планової госпіталізації слугувала наявність ехографічних ознак патології ендометрія.

Звертає увагу, що у 20,0% пацієнок із простою і складною гіперплазією ендометрія без атипії зміни ендометрія були діагностовані на підставі даних УЗД і клінічно себе не проявляла. Це слугувало свідченням до планової госпіталізації. Усі пацієнтки з поєднанням простої гіперплазії і хронічного ендометриту (100%) і

переважна більшість жінок з гіперплазією атипії ендометрія (90,0%) і хронічним ендометритом з реактивною гіперплазією (95,0%) були госпіталізовані в екстреному порядку з діагнозом «Маткова кровотеча перименопаузального періоду».

Майже у кожній другій жінки із ГПЕ без і з атипією наголошувалися рясні менструації: при простій гіперплазії без атипії – 40,0%, складній гіперплазії без атипії – 45,0%, з атипією – 45,0%. У 35,0%, 40,0% і 40,0% випадків відповідно менструації були тривалими – більше 7 днів. Проте звертає увагу, що у 4-й і 5-й групах достовірно частіше (майже у 2 рази) спостерігали меноррагії – 90,0% і 95,0% (рясні менструації) і 70,0% і 75,0% (тривалі менструації).

Ациклічні кровотечі були характерні для гіперплазії атипії ендометрія і достовірно частіше зустрічалися порівняно з іншими групами пацієнок – у 55,0%.

Порушення менструального циклу за типом нерегулярних менструацій відзначено у кожній другій пацієнтки з простою і складною гіперплазією ендометрія без атипії 40,0% і 55,0% і достовірно частіше у жінок з гіперплазією атипії і поєднанням простої гіперплазії з хронічним ендометритом – 70,0% і 65,0% відповідно. При цьому тривалість порушення менструального циклу за наявності простої і складної гіперплазії ендометрія без атипії у середньому становила 0,5 року до 1,5 року, а у пацієнок 3-ї, 4-ї і 5-ї груп – від 1 до 6 років.

Отже, частота зустрічання і характер скарг у пацієнок з простою гіперплазією ендометрія без атипії достовірно не відрізнялися від групи зі складною гіперплазією без атипії. Основними скаргами у жінок з гіперплазією атипії ендометрія були нерегулярні менструації (70,0%), слабкість (60,0%), ациклічні кровотечі (55,0%), рясні менструації (45,0%) і тривалі менструації (40,0%).

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

Слід зазначити, що перенесені багаточисельні внутрішньоматкові втручання передували і можливо сприяли розвитку у пацієнок основної групи патології ендометрія. Наявність невиношування і вагітності, що не розвивається, у цих пацієнок можуть свідчити про гормональні порушення, що теж могло призвести або бути віддзеркаленням патології ендометрія.

Під час оцінювання репродуктивної функції пацієнок було відзначено, що найчастіше первинне і вторинне безпліддя зустрічалось у пацієнок з гіперплазією атипії ендометрія – 5,0% і 5,0%.

У жінок зі складною гіперплазією ендометрія без атипії і гіперплазією атипії у 2 рази частіше порівняно з пацієнтками з простою гіперплазією без атипії фіксували пологи одні або двоє. За останніми показниками репродуктивного статусу ці три групи не мали статистично значущих відмінностей.

У 4-й групі спостережень відзначена найвища частота проведених штучних абортів (50,0%). При цьому достовірно частіше зустрічалися випадки штучного пе-

ривання вагітності і вишкрібання матки з приводу мимовільних викиднів і вагітності, що не розвивається, виконані більше 2 разів – 30,0%, 20,0% і 5,0% відповідно.

У пацієнок з хронічним ендометритом і реактивною гіперплазією ендометрія у три рази частіше, ніж у 1-й і 2-й групах фіксували штучний аборт в анамнезі, вроблений більше двох разів.

Пацієнтки 4-ї групи (поєднання простої гіперплазії ендометрія і хронічного ендометриту) частіше за інших використовували бар'єрний метод контрацепції. Кожна десята зі всіх обстежуваних жінок основної групи мала вказівки в анамнезі на використання внутрішньоматкової контрацепції. При цьому в групах, де в подальшому були діагностовані гіперплазія атипії ендометрія і хронічний ендометрит, частота їх вживання була декілька вище.

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

Аналіз отриманих даних свідчить про те, що найчастіше гінекологічні захворювання зустрічалися у пацієнок з простою гіперплазією ендометрія без атипії у поєднанні з хронічним ендометритом і жінками з хронічним ендометритом і реактивною гіперплазією – доброякісна патологія шийки матки (80,0% і 75,0% відповідно), порушення менструального циклу (90,0% і 75,0%), урогенітальна інфекція (85,0% і 95,0%). Крім того, у цих групах спостережень відзначена найбільша кількість випадків верифікованого раніше хронічного ендометриту – 10,0% і 20,0%.

ГПЕ спостерігали в анамнезі у кожної п'ятої пацієнтки 4-ї групи (20,0%) і з однаковою частотою – в 1,5 разу рідше – у 3-й і 5-й групах. У кожної четвертої пацієнтки з представлених сукупностей в анамнезі з високою частотою наголошувалися інфекції нижніх відділів статевої системи. На перенесений запальний процес у придатках матки з однаковою частотою (25,0%) вказали жінки 1-ї, 2-ї, 3-ї і 4-ї груп, рідше дана патологія відзначена у пацієнок 5-ї групи.

У кожної другої пацієнтки 2-ї і 4-ї груп в анамнезі були вказівки на гормональну терапію (55,0% і 55,0% відповідно), що проводилася. Рідше така терапія наголошувалася у групі пацієнок з хронічним ендометритом і реактивною гіперплазією ендометрія – 45,0%. За наявності простої гіперплазії ендометрія без атипії і простої гіперплазії у поєднанні з хронічним ендометритом гормональне лікування було призначено кожній четвертій жінці – 25,0% і 25,0% відповідно.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що у пацієнок з поєднанням гіперплазії ендометрія і хронічного ендометриту і з реактивною гіперплазією, порівняно з гіперплазією без атипії і з атипією, наголошується більш ранній початок і вираженість клінічних симптомів захворювання, тривалість яких перевищує 2 роки. У жінок з простою і складною типовою і атиповою гіперплазією зв'язок між морфологічним варіантом патологічного процесу і патогномічною клінічною симптоматикою відсутній.

У структурі супутніх захворювань у пацієнок з наявністю хронічного ендометриту переважають (порівняно з гіперплазією без атипії і з атипією) запальні про-

цеси органів малого таза, доброякісні захворювання шийки матки, гіперпластичні процеси ендометрія, що свідчить про виражений системний характер патології.

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

Сравнительные аспекты клинической симптоматики различных форм гиперпластических процессов эндометрия

О.К. Игнатьева

Цель исследования: анализ клинических особенностей различных форм гиперпластических процессов в эндометрии у женщин в перименопаузальном периоде с учетом роли хронического эндометрита.

Материалы и методы. Проведено клинико-лабораторное обследование 100 пациенток с маточными кровотечениями различного характера и/или наличием эхографических признаков патологии эндометрия.

Результаты. У пациенток с сочетанием гиперплазии эндометрия и хронического эндометрита и с реактивной гиперплазией, по сравнению с гиперплазией без атипии и с атипией, отмечается более раннее начало и выраженность клинических симптомов заболевания, длительность которых превышает 2 года. У женщин с простой и сложной типичной и атипичной гиперплазией связь между морфологическим вариантом патологического процесса и патогномичной клинической симптоматикой отсутствует. В структуре сопутствующих заболеваний у пациенток с наличием хронического эндометрита преобладают (по сравнению с гиперплазией без атипии и с атипией) воспалительные процессы органов малого таза, доброкачественные заболевания шейки матки, гиперпластические процессы эндометрия, что свидетельствует о выраженном системном характере патологии.

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

Ключевые слова: гиперпластические процессы эндометрия, клиника, различные формы.

Comparative aspects of clinical symptomatology of various forms of hyperplastic processes in endometrium

O.K. Ignat'eva

The objective: to establish clinical features of various forms of hyperplastic processes in endometrium at women in the perimenopause period taking into account role of chronic endometritis.

Materials and methods. Clinical-laboratory examination of 100 patients with uterine bleedings of various character and/or existence the echographical of symptoms of pathology in endometrium is conducted.

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

clinical symptomatology is absent. In structure of accompanying diseases at patients with existence of chronic endometritis inflammatory processes of organs of small basin, benign diseases of cervix of uterus, hyperplastic processes in endometrium that testifies to the expressed systemic character of pathology prevail (in comparison with hyperplasia without atypia and with atypia). **Conclusion.** The received results needs to be considered when developing algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions at women with hyperplastic processes in endometrium, including, and against a chronic endometritis.

Key words: hyperplastic processes in endometrium, clinic, various forms.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Доброхотова Ю.Э., 2016. Современные подходы к терапии гиперпластических процессов эндометрия // Эффективная фармакотерапия : 24-30.
2. Кондриков Н.И., 2018. Патология матки. М.: Практическая медицина : 176.
3. Сидорова И.С., 2017. Гиперпластические процессы эндометрия: особенности клиники и терапии // Врач : 3 : 40-42.
4. Чернуха Г.Е., 2018. Гиперплазия эндометрия: перспективы развития проблемы // Акушерство и гинекология : 4 : 11-16.
5. Amezcua C A., 2018. Apoptosis may be an early event of progestin therapy for endometrial hyperplasia.// USA. Gynecol-Oncol. : 79(2) : 169-176.
6. Buckley C.H., 2019. Biopsy pathology of endometrium. NY.:Arnold. : 126
7. Eckert L.O., 2018. Endometritis. The clinical-pathologic syndrome //Am. J. Obstet Gynecol : 186 (4): 690-5.

УДК 618.17-008.8-039-06:618.11-089

Вплив органозберігальних операцій на яєчниках на менструальну функцію жінок репродуктивного віку

О.М. Іщак

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

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

Матеріали та методи. Досліджували морфофункціональний стан яєчників у 100 пацієнок з простою серозною цистаденомою (n=50) і зрілою тератоною (n=50) до і після органозберігальних операцій (кістектомія, резекція). З урахуванням об'єму проведеного оперативного втручання, обстежених було розподілено на три групи. У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, ендокринологічні, біохімічні, морфологічні та статичні методи.

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

Заключення. Отримані дані необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів.

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

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

Різноманітність клінічних проявів, труднощі диференціальної діагностики призводять до збільшення кількості оперативних втручань на яєчниках, втраті працездатності і порушенню репродуктивного здоров'я у жінок, що підкреслює не лише медичний, але й соціальний та економічний аспект даної патології [5–7]. До сьогодні не систематизовані дані щодо впливу органозберігальних операцій на яєчниках на особливості менструальної функції жінок.

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

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

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Згідно з поставленою метою, був досліджений морфофункціональний стан яєчників у 100 пацієнок з простою серозною цистаденомою (СЦА) (50 жінок) і зрілою тератою (ЗТ) (50 жінок) до і після органозберігальних операцій (кістектомія, резекція). Паралельно оцінювали менструальну і репродуктивну функцію. Оперативне втручання всім пацієнткам виконували лапароскопічним доступом за загальноприйнятою методикою.

З урахуванням об'єму виконаного оперативного втручання, обстежених було розподілено на три групи.

До 1-ї групи увійшли 50 пацієнок, в яких вилучення пухлини не супроводжувалося видаленням яєчкової тканини, що надалі було підтверджене гістологічно і розцінене як кістектомія.

До 2-ї групи увійшли 50 обстежених, в яких, за відсутності впевненості у повноцінному видаленні капсули утворення, була виконана економна резекція яєчника. Водночас резекцію частіше виконували у пацієнок з простою СЦА 56,0%, ніж із ЗТ яєчника (44,0%).

До 3-ї (контрольної) групи було включено 30 здорових жінок зів'язаних за віком, з регулярним менструальним циклом, що мають спонтанну овуляцію і не отримували гормональну терапію протягом 1,5 року.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, ендокринологічні, біохімічні, морфологічні та статичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

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

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

Приводом для госпіталізації слугувало виявлення об'ємного утворення в ділянці придатків матки при профілактичному огляді і ультразвуковому скануванні. За екстремними свідченнями з клінікою гострого живота госпіталізовані 12,0% хворих, останні пацієнтки поступили у плановому порядку – 88,0%.

Під час вступу до стаціонару характер скарг обстежених хворих був неспецифічний. Так, найчастішою скаргою обстежених був біль у нижніх відділах живота різного ступеня вираженості (78,0%). Больовий синдром був найбільш вираженим у пацієнок із СЦА. Слід зазначити, що величина яєчкової утворення перевищувала 75–120 мм у діаметрі, і біль, мабуть, був обумовлений порушенням живлення в капсулі утворення. Другою за частотою скаргою було порушення мен-

струального циклу – 14,0%. Порушення функції сусідніх органів (дизурія, закрепи), збільшення живота в об'ємі спостерігалися у кожній десятої хворої (10,0%).

Клінічні прояви захворювання під час госпіталізації були відсутні у 22,0% хворих, в яких новоутворення яєчників діагностовані при профілактичному огляді гінеколога або з'явилися випадковою знахідкою під час ультразвукового дослідження.

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

Оцінюючи менструальну функцію в обстежених пацієнок, були виявлені ті або інші порушення залежно від морфологічної структури утворення як в становленні менархе, так і в регулярності менструальної функції. Регулярний менструальний цикл був у більшості пацієнок із ЗТ (86,0%). Серед усіх видів порушення менструальної функції у всіх хворих переважала гіпоменорея і альгоменорея. Мізерні менструації відзначені у 2 рази частіше у пацієнок із СЦА, порівняно з хворими із ЗТ.

На хворобливий характер менструації частіше вказували обстежені із СЦА (16,0%), ніж із ЗТ (10,0%).

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

Згідно з отриманими результатами, більшість вагітностей в анамнезі були у пацієнок із СЦА (68,0%). Серед них у кожній третій фіксували артіфіційні аборти – 33,8%. Число мимовільних абортів в 1,7 рази вище в обстежених із СЦА, ніж із ЗТ. Збільшення частоти абортів у співвідношенні до частоти пологів вище у пацієнок із ЗТ – 28,0% і 20,0% відповідно.

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

Звертає увагу значний відсоток пацієнок, що оберігаються від вагітності, як у спостережуваних із СЦА – 36,0%, так і із ЗТ – 26,0%.

Вивчення гінекологічного анамнезу у хворих з пухлинами яєчника виявило наявність гінекологічних захворювань у більшості обстежених – 60,0%. Найчастішою гінекологічною патологією були запальні захворювання матки і придатків матки, які зустрічалися у 36,0% пацієнок. Кожна третя хвора (32,0%) тривалий час (від 2 міс до 1,2 року) отримувала антибактеріальну терапію і фізіолікування в амбулаторних умовах. Утворення яєчників в анамнезі констатували у кожній шостій хворої (16,0%). Водночас на відміну від пацієнок із ЗТ, найчастіше в обстежених із СЦА зустрічалися захворювання шийки матки (псевдоерозія, лейкоплакія, поліп слизової оболонки каналу шийки матки, ерозійний ектропіон) – 12,0% і 22,0%; патологія ендометрія (залозисто-кістозна гіперплазія ендометрія, залозисто-фіброзний поліп ендометрія) – 6,0% і 10,0% відповідно.

На відсутність гінекологічних захворювань вказували 40,0% обстежених, з них 22,0% пацієнток тривалий час (більше 5 років) не спостерігалися у гінеколога.

Найчастішою соматичною патологією зафіксовано захворювання травного тракту (хронічний гастродуоденіт, виразкова хвороба, хронічний коліт), які зустрічалися у 62,0% пацієнток. Захворювання гепатобіліарної системи діагностовані у кожній четвертій хворій (24,0%) і не розрізнялися за групами. Гіпертонічна хвороба виявлена у 30,0% обстежених, варикозне розширення вен нижніх кінцівок – у 16,0% пацієнток. Порушення жирового обміну найчастіше зустрічалось у пацієнток із СЦА – 10,0% порівняно із ЗТ – 6,0%.

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

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

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

Так, регулярний менструальний цикл до оперативного втручання був у переважній більшості жінок з нормальним оваріальним резервом (підгрупа А) як у 1-й групі – 80,0%, так і в 2-й – 68,0%. Тривалість його становила 28–30 днів, тривалість менструації – 3–5 днів. У спостережуваних з помірно зниженим оваріальним резервом (підгрупа Б) регулярний цикл зафіксований у кожній другій пацієнтки в обох групах (50,5% і 48,3%), з низьким оваріальним резервом (підгрупа В) – лише у кожній четвертій (24,3% і 26,1%). Переважаючим порушенням менструального циклу було його укорочення до 21–25 днів переважно у підгрупі В.

Ациклічні кров'яні виділення переважали також у спостережуваних з підгрупи В: у 1-й групі – у 3,1%, у 2-й групі – у 6,8%, з приводу чого в 4,9% хворих раніше виконано роздільне діагностичне вискоблювання слизової оболонки матки під контролем гістероскопії. Результати гістологічного дослідження свідчили про наявність гіперпластичного процесу ендометрія у всіх пацієнток. Хворобливі менструації виявлені у 10,0% хворих 1-ї групі і в 16,0% – 2-ї групи незалежно від показників оваріального резерву.

Аналізуючи менструальну функцію після оперативного лікування, нами виявлена залежність порушень менструального циклу від змін в доопераційному періоді. Проведена характеристика тривалості менструального циклу через 3 міс після органозберігальних операцій з урахуванням об'єму виконаної операції і оваріального резерву свідчить, що кількість пацієнток з менструальним циклом 21–25 днів збільшилася у хворих із ЗТ і СЦА в 1,3 і 1,4 разу відповідно. При цьому в обстежених зі зниженим оваріальним резервом (підгрупа В) спостерігався укорочений менструальний цикл у більшості хворих як в 1-й групі (54,0%), так і в 2-й групі – 64,0%. У пацієнток з помірним зниженням оваріального резерву (підгрупа Б) даний вигляд порушення

зустрічався у 2 рази рідше, з незмінним оваріальним резервом (підгрупа А) – у 3 рази. Збільшення тривалості менструального циклу відзначено у пацієнток із ЗТ і СЦА незалежно від рівня зниження оваріального резерву.

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

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

Так, через 6 міс після оперативного втручання кількість пацієнток з тривалістю циклу 21–25 днів в обстежених з підгрупи Б і В стало достовірно більше ($p < 0,05$). Було відзначено збільшення спостережуваних з тривалістю циклу 21–25 днів у підгрупі Б в 1,5 разу, а серед пацієнток підгрупи В – в 1,6 разу порівняно з попереднім дослідженням через 3 міс, становлячи 15,5% і 31,7% відповідно.

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

При вивченні характеристики менструального циклу через 12 міс після операції була досліджена виявлена раніше позитивна кореляційна залежність між ступенем зниження оваріального резерву і порушенням менструального циклу за типом укорочення, олігоменореї. Серед всіх порушень у пацієнток з помірно зниженим оваріальним резервом (підгрупа Б) і низьким оваріальним резервом (підгрупа В) переважало укорочення менструального циклу (17,6% і 30,7%) і опсоменорея (32,1% і 40,1%). Згідно з отриманими даними, ациклічні кров'яні виділення спостерігали в 7,2% у 1-й групі у хворих із ЗТ і в 24,0% у 2-й групі з СЦА, з приводу чого всім спостережуваним виконано гістероскопію з подальшим роздільним діагностичним вискоблюванням слизової оболонки матки. Гістологічне дослідження отриманого матеріалу свідчило про залозисто-кістозну гіперплазію ендометрія, залозисту гіперплазію і залозисто-фіброзний поліп.

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

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

ВИСНОВКИ

Отже, узагальнення отриманих результатів дозволило визначити, що частота порушень менструальної функції у жінок після операцій на яєчниках обумовлена як порушеннями до операції, так і наслідком оперативного втручання. Значний відсоток змін менструального циклу до операції (46,0% зі зрілою тератомаю і 54,0% з простою серозною цистаденомаю), згідно з нашими даними, прямопропорційно корелює з рівнем зміни оваріального резерву.

У післяопераційний період відзначено збільшення кількості пацієнток з порушенням менструальної функції в 1,3–1,4 разу більшою мірою після резекції яєчника. Серед усіх видів порушень менструального циклу переважали укорочення циклу і олігоменорея. Отримані дані необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів.

Влияние органосберегающих операций на яичниках на менструальную функцию женщин репродуктивного возраста

О.М. Ищак

Цель исследования: анализ особенностей менструальной функции женщин после органосохраняющих операций на яичниках.

Материалы и методы. Было исследовано морфофункциональное состояние яичников у 100 пациенток с простой серозной цистаденомой (50 женщин) и зрелой тератомой (50 женщин) до и после органосохраняющих операций (кистэктомия, резекция). С учетом объема выполненного оперативного вмешательства обследованные были распределены на три группы. В комплекс проведенных исследований были включены клинические, эндокринологические, биохимические, морфологические и статические методы.

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

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

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

Influence of organ-preserving operations is on ovaries on the menstrual function of women of genesial age

O.M. Ishchak

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

Materials and methods. We investigated morfofunctionale condition of ovaries at 100 patients with a simple serous cystadenoma (50) and a mature teratoma (50) – before organ-preserving

operations (cystectomy, resection). Taking into account the volume of the executed operative measure, surveyed were distributed on 3 groups. The complex of the conducted researches included clinical, endocrinologic, biochemical, morphological and static methods.

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

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

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

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Зварич Л.І., Луценко Н.С., Шаповал О.С., 2015. Частота функціональних кіст яєчників у жінок репродуктивного віку в структурі гінекологічної патології // Сучасні медичні технології : 2 : 3 : 79–83.
2. Кузнецова Е.П., 2018. Современные представления об этиологии и патогенезе опухолевидных образований и доброкачественных опухолей яичников // Саратовский научно-медицинский журнал : 6 : 3 : 552–558.
3. Резниченко Г.И., Шаповал О.С., 2015. Особенности реализации репродуктивной функции у женщин с доброкачественными опухолевидными образованиями яичников // Здоровье женщины : 2 (98) : 104–107.
4. Серебренникова К.Г., Кузнецова Е.П., Халилов Р.З., 2018. Факторы риска развития опухолевидных образований и доброкачественных опухолей яичников // Уральский медицинский журнал : 6 (71) : 111–115.
5. Шаповал О.С., 2016. Кісти яєчників. Аналіз структури патології у жінок репродуктивного віку / О.С. Шаповал // Scientific journal "ScienceRise: Medical Science" : 9 (5) : 75–79.
6. Shapoval O., 2016. Clinical and Diagnostic Parallels, Therapeutical Strategies in Benign Ovarian Tumor-Like Formations // The Science Advanced : Issue 02 : DOI: 10.15550/ASJ.2016.02.027 : 27–33.
7. Vorontsova L.L., Shapoval O.S., 2015. 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 : 1 : 5 : 75–86.

УДК 618.39-085-06:618.17-008.8]-053.6-055.23-084

Профілактика порушень менструальної функції у дівчат-підлітків після артифіційних абортів

О.А. Ковалишин

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

Результати проведених досліджень продемонстрували, що проблема артифіційних абортів у дівчат-підлітків є досить серйозною і вимагає комплексного підходу з вирішенням не лише медичних, а й психологічних аспектів. Використання запропонованого алгоритму лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів дозволяє нормалізувати стан місцевого імунітету, стан мікробіоценозу статевих доріг і знизити частоту вірусносійства і вірусно-бактеріальних контамінацій. Зрештою це сприяє зниженню частоти патологічних змін і підготовки репродуктивної системи дівчат до майбутнього материнства.

Ключові слова: дівчатка-підлітки, артифіційні аборти, профілактика, реабілітація.

Останніми роками, не дивлячись на зниження народжуваності, наголошується стійке зростання кількості вагітностей і пологів серед дівчаток [1, 3]. Загально-визнаним є той факт, що вагітність в юному віці є серйозним випробуванням, оскільки перебігає в умовах функціональної незрілості організму і неадекватності адаптаційних механізмів [1, 3]. Під час вагітності у підлітків набагато частіше спостерігаються такі ускладнення, як ранні і пізні гестози, невиношування і недоношування, а смертність серед матерів-підлітків 13–17 років у 5–8 разів вище, ніж у загальній популяції [1–5]. Крім того, гестаційний період перебігає найчастіше на тлі складної соціальної ситуації, як правило, вагітність не планована і не бажана. Багато підлітків вирішуються на кримінальне втручання, особливо на великих термінах вагітності, у стаціонар такі пацієнтки поступають пізно і в тяжкому стані. Основними причинами летального результату в даній групі є кровотечі і гнійно-септичні ускладнення [3].

За даними ВООЗ, у світі щорічно реєструють від 30 до 40 млн абортів, причому 15% з них виконуються у II триместрі вагітності з високим рівнем ранніх і відстрочених ускладнень. Не дивлячись на значне число наукових повідомлень з проблеми, що вивчається, не можна вважати всі питання повністю вирішеними. У першу чергу це стосується профілактики ранніх і відстрочених ускладнень, а також реабілітації репродуктивної функції після артифіційного переривання вагітності у дівчат-підлітків. Усе зазначене вище свідчить про актуальність вибраного наукового напрямку.

Мета дослідження: зниження частоти порушень менструальної функції у дівчат-підлітків після артифіційних абортів на основі комплексного вивчення стану системного імунітету, мікробіоценозу піхви і психоемоційного статусу, а також розроблення і впровадження алгоритму лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети і завдань проведено комплексне клініко-лабораторне, функціональне і психологічне обстеження 100 дівчат-підлітків, яких було розподілено на дві групи:

- 1-а група (основна) – 50 юних жінок, які перервали вагітність до 12 тиж і отримували поетапну методику лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів;
- 2-а група (порівняння) – 50 сексуально неактивних підлітків аналогічного віку, які не мали статевих контактів.

Етапи лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів для дівчаток-підлітків після артифіційних абортів:

1-й етап - центр планування сім'ї:

медичні аспекти:

- обстеження на захворювання, що передаються статевим шляхом;
- санація осередків генітальної і екстрагенітальної інфекції;
- формування груп ризику щодо розвитку післяабортних ускладнень;
- оцінювання стану мікробіоценозу статевих шляхів і за необхідності – корекція.

психологічні аспекти:

- консультація медичного психолога.

2-й етап – гінекологічне відділення:

медичні аспекти:

- диференційований вибір методу абортів;
- переривання вагітності, адекватне знеболення, місцева гіпотермія;
- активне ведення післяабортного періоду (утеротоніки, спазмолітики, антибактеріальні препарати, імунокоректори, фізіотерапія);
- стаціонарне спостереження не менше доби для виявлення ранніх післяабортних ускладнень.

психологічні аспекти:

- консультація медичного психолога.

3-й етап – центр планування сім'ї:

медичні аспекти:

- контрольний огляд через 3 дні і диспансерне спостереження протягом 3 міс;
- при виникненні ускладнень корекція за загальноприйнятими методиками;
- корекція мікробіоценозу статевих шляхів протягом 1–2 міс;
- імунокорекція протягом 2–3 міс;
- індивідуальний підбір засобів і методів контрацепції.

психологічні аспекти:

- консультація медичного психолога.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, психологічні, мікробіологічні, імунологічні і статистичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними спонукальними мотивами для початку статевого життя у дівчат-підлітків (середній вік – 14,9±0,3 року) є «закоханість, кохання» у 66,0%; «цікавість і інтерес» – у 34,0% і «насильство в тому або іншому вигляді» – у 10,0% дівчат-підлітків. У 34,0% випадків підлітки знаходяться у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння. Під час першого статевого акту половина (52,0%) дівчат не використовують засоби і методи контрацепції, що зумовлює вимушену операції артіфіційного абортів.

Основними мотивами для переривання вагітності у дівчат-підлітків є негативне відношення до вагітності в сім'ї, партнера, прагнення не обтяжувати своє особисте життя, відсутність умов для виховання дитини, бажання продовжити навчання і роботу.

У зв'язку з перериванням вагітності юні жінки випробували:

- жалість по відношенню до себе 40,0%;
- спустошеність – 38,0%;
- байдужість – 18,0%;
- роздратування – 8,0%;
- «душевний біль» – 6,0%.

У першу добу після артіфіційного абортів почуття провини переживали 42,0% пацієнок; пригнічення – 34,0%; полегшення – 20,0% і байдужість – 14,0% дівчат-підлітків.

Стан системного імунітету у сексуально-активних дівчат-підлітків перед перериванням вагітності характеризується наявністю імунного дисбалансу з боку як клітинного (зниження хелперної субпопуляції і підвищення супресорів), так і гуморального імунітету (зменшення кількості В-лімфоцитів на тлі збільшення кількості «активних» в-клітин), що відбувається за рахунок високого рівня інфекцій, які передаються статевим шляхом.

У дівчат-підлітків з раннім початком статевого життя фіксують порушення мікробіоценозу статевих шляхів, які характеризуються зниженням кількості лактобацил; біфідобактерій і молочнокислих стрептококів на тлі одночасного збільшення таких мікроорганізмів, як ешерихії, протей, гриби роду Candida, стафілококи, мікоплазми і уреплазми. Частота вірусно-бактерійних контамінацій у вигляді двох варіантів інфекції становить 38,0% і 3 інфекції – відповідно 28,0%.

Психоемоційний стан підлітків, що переривають вагітність, характеризується високим рівнем реактивної тривожності, зміною характерологічних особливостей (стенічність, нестійкість психоемоційних реакцій при високій ригідності і мужності характеру), що призводить до неадекватної поведінки.

Характерна для підлітків активно-оборонна позиція і агресивність з ерготропним типом реагування змінювалася після переривання вагітності, що переживається як тяжка психічна травма, пасивно-споглядальна, з високою емоційною лабільністю, що призводить до депресивних реакцій у рамках адаптаційного синдрому.

Використання пропонованого алгоритму лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів сприяє низькому рівню післяабортних ускладнень, відновленню репродуктивної функції, імунної системи, стану мікробіоценозу статевих шляхів і нормалізації психоемоційного стану підлітків.

ВИСНОВКИ

Отже, як продемонстрували результати проведених досліджень, проблема артіфіційних абортів у дівчат-підлітків є досить серйозною і вимагає комплексного підходу з вирішенням не лише медичних, а й психологічних аспектів. Використання запропонованого алгоритму лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів дозволяє нормалізувати стан місцевого імунітету, стан мікробіоценозу статевих шляхів і знизити частоту вірусносійства і вірусно-бактерійних контамінацій. Зрештою це сприяє зниженню частоти патологічних змін і підготовки репродуктивною системою дівчат до майбутнього материнства.

Підлітки, що перервали вагітність, у зв'язку з масовістю даного явища потребують тривалої психотерапевтичної допомоги, розуміння й участі як з боку батьків, педагогів, колективу учнів, так і з боку лікарів.

Отримані результати дозволяють рекомендувати розроблений алгоритм для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Профілактика порушень менструальної функції у дівчаток-подростків після артіфіціальних абортів О.А. Ковалишин

Результати проведених досліджень показали, що проблема артіфіціальних абортів у дівчаток-подростків являється достатньо серйозною і потребує комплексного підходу з рішенням не тільки медичних, але й психологічних аспектів. Використання запропонованого алгоритму лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів дозволяє нормалізувати стан місцевого імунітету, стан мікробіоценозу статевих шляхів і знизити частоту вірусносійства та вірусно-бактеріальних контамінацій. В кінцевому итоге це сприяє зниженню частоти патологічних змін і підготовки репродуктивною системою дівчаток к майбутньому материнству.

Ключевые слова: дівчатка-подростки, артіфіціальні абортів, профілактика, реабілітація.

Girls-teenagers have a prophylaxis of violations of menstrual function after artificial abortions O.A. Kovalishin

Results of the lead researches have shown, that the problem artificial abortions at girls-teenagers is enough serious and demands the complex approach with the decision not only medical, but also psychological aspects. Use of offered algorithm treatment-and-prophylactic and rehabilitation actions allows to normalize a condition of local immunity, a condition microbiocenose sexual ways and to lower frequency virus and viral-bacterial contominations. Finally it promotes decrease in frequency of pathological changes and preparations reproductive system of girls to the future motherhood.

Key words: girls-teenagers, artificial abortions, preventive maintenance, rehabilitation.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вовк І.Б. Сучасні функціональні методи дослідження в дитячій та підлітковій гінекології // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2013. – № 4. – С. 36–38.
2. Волобуев Н.О. Ранняя реабилитация репродуктивной функции у юных женщин после позднего выкидыша // Тихоокеанский Медицинский журнал. – 2018. – № 3. – С. 44–46.
3. Гуркин Ю.А., Соломкина Н.Ю., Кропотин П.Н. Перспективы реабилитации в детской гинекологии // Пути развития современной гинекологии. – М., 2015. – С. 94–98.
4. Старцева Н.В., Приходченко О.В. Эндометриоз у подростков // Пермский медицинский журнал. – 2019. – № 4. – С. 3–5.
5. Шабанова Л.Ф., Ландина О.Ю., Куликов А.М. Оценка эффективности реабилитации при соматических заболеваниях у подростков // Международный журнал иммунореабилитации. – 2017. – № 4. – С. 53–55.

УДК 618.11-00571-036.82:001.8

Реабілітація після апоплексії яєчника як метод профілактики невиношування вагітності

Е.О. Козуб

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

Мета дослідження: наукове обґрунтування необхідності 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 гематою формою. У комплексі проведених досліджень були включені гормональні, ехографічні, функціональні, морфологічні та статистичні методи.

Результати. Через 1 місяць після апоплексії яєчника клінічних проявів у жінок виявлено не було. Проте дані додаткових методів дослідження виявили низку змін, що були присутні у пацієток 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 перелічене вище було підставою для проведення комплексу реабілітаційної терапії.

Заключення. 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 оцінювання гормонального профілю, церебральної гемодинаміки, ультразвукове дослідження органів малого таза з доплерометрією яєчникових артерій. Залежно від виявлених порушень необхідно призначати відповідну реабілітаційну терапію як профілактику невиношування вагітності.

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 «апоплексія яєчника» розуміли розрив домінуючої фолікула, що характеризується больовим синдромом і кровотечею у черевну порожнину, то на сьогодні – це крововилив в яєчник, що супроводжується порушенням цілісності його тканини і у низці випадків 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, його залишки знаходять у кожному яєчнику, а в 70% випадків центральне ядро жовтого тіла буває просочено кров'ю [5–7]. При цьому досі 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], в 41,9% випадків після захворювання спостерігається безпліддя, яке зумовлене не лише травмою яєчника, але й виникненням спайкового процесу в органах малого таза в 99,8%, та формуванням ретенційних кіст яєчника в 87% випадках.

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 рецидиву 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 його ролі у структурі гінекологічної захворюваності визначило актуальність проблеми і послужило підставою для проведення справжнього дослідження.

Мета дослідження: наукове обґрунтування необхідності 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 у дослідження:

- наявність АЯ;

- згода пацієнтки у клінічному дослідженні.

Критерії виключення із дослідження:

- наявність позаматкової вагітності;

- підкрут кісти і кістоми 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 методи.

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 у правому яєчнику (64,0%), що пояснюється його анатомічною і фізіологічною особливістю: а.ovarica відходить від аорти, велика кількість венозних судин, топографічна близькість апендикса.

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

Частота супутньої соматичної патології серед пацієнок становила 62,0%. Під час аналізу окремих нозологій було відзначено, що хворі I групи достовірно частіше скаржилися на раніше перенесені захворювання сечовивідних шляхів (хронічний пієлонефрит, цистит) (рI-II<0,05), тоді як пацієнти II групи – на хронічний тонзиліт (рI-II<0,05).

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

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

Зазначені вище дані були розцінені як найбільш значущі чинники ризику розвитку АЯ. Вони спричинюють гормональну дезадаптацію, патоморфологічні зміни в яєчниках, що є необхідною умовою для виникнення крововиливу в яєчник.

У 60,0% випадків обстежені відзначили початок захворювання після різного напруження організму:

- статевий акт (частіше у I групі, рI-II<0,05),
- фізичне навантаження,
- стрес.

Проте, на наш погляд, зазначені 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 зумовлюють кровонаповнення тазових органів, підвищення тиску в судинах і викликають порушення їхньої цілісності.

У більшості випадків захворювання виникало у другій фазі менструального циклу, у 22,0% – у перiovуляторний період. Переважання хворих саме в ці періоди зумовлене 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 (рI-II<0,05).

Дослідження гормонального профілю пацієнок під час госпіталізації виявило, що в патогенезі даної патології певне місце посідає підвищена секреція гонадотроп-

них гормонів і пролактину. Проте були виявлені не лише високі концентрації гормонів центрального генезу, але у 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 вегето-судинними розладами, зумовленими 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 в 62,0% пацієнток 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 зведненні піхви була виявлена в 76,0% випадків, з достовірним переважанням в I групі ($pI-II < 0,05$).

Характер пунктату, 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 показанням для їхнього хірургічного лікування в екстреному порядку (100%). Обстежені з больовою формою підлягали консервативній терапії: у 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 – у 20,0%, фолікулярної кісти – у 8,0%.

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

Отже, використання додаткових методів дослідження значною мірою сприяє встановленню правильного діагнозу. У 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 у I групі, яєчникова дисфункція у II групі.

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

Аналіз ЕЕГ показав, що пацієнтки, які перенесли апоплексію яєчника, в порівнянні з контрольною групою мали загально-мозкові прояви легкого ступеня функціонального характеру (альфа-активність низького індексу, з нечіткою модуляцією або її відсутністю, зладжена зональних відмінностей).

Церебральна гемодинаміка в обстежених пацієнток обох груп захворювання характеризувалася підвищеними параметрами реоенцефалограми (РЕГ) у I фазі мен-

струального циклу і переважно підвищеним індексом пульсового кровонаповнення у II фазі менструального циклу, а також утрудненим венозним відтоком у II групі.

Отже, через 1 міс після АЯ клінічних проявів у жінок не 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 було 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 оцінювання гормонального профілю, церебральної гемодинаміки, УЗД органів малого таза з доплерометрією яєчникових артерій. Залежно від виявлених порушень необхідно призначати відповідну реабілітаційну терапію як метод профілактики невиношування вагітності у майбутньому.

Реабилитация после апоплексии яичника как метод профилактики невынашивания беременности

Э.О. Козуб

Цель исследования: научное обоснование необходимости 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 геморрагической формой и II группа – 30 женщин с болевой формой. В комплекс проведенных исследований были включены гормональные, эхографические, функциональные, морфологические и статистические методы.

Результаты. Спустя 1 мес после апоплексии яичника клинических проявлений у женщин не 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 вышеперечисленное 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 профиля, церебральной гемодинамики, ультразвуковое исследование органов ма-

лого таза с доплерометрией яичниковых артерий. В зависимости от выявленных нарушений необходимо назначать соответствующую терапию как профилактику невынашивания беременности.

Ключевые слова: апоплексия яичника, реабилитация, невынашивание беременности.

Rehabilitation after the apoplexy of ovary as a method of 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 hyperestrogeny 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 as a method of prophylaxis of unmaturing of pregnancy.

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., 2018. 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., 2018. 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., 2019. Invecchia mentoe controllo gipofisario della funzione gonadica // G. Gerontol.:41: 8: 293-298.
6. Purdy R.H., Grant K.A., 2018. Behavioral effect of neuroactive steroids related to alcohol deperendence 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 618.14-089.87-056.52:611-018.46:577.1

Вплив надлишкової маси тіла на стан кісткової тканини та фосфорно-кальцієвий обмін при постгістеректомічному синдромі

В.В. Костіков

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

На підставі вивчення щільності кісткової тканини і фосфорно-кальцієвого обміну можна дійти висновку щодо наявності підвищення процесів резорбції і ремоделювання (з переважанням процесів резорбції) у пацієнок після хірургічного лікування (гістеректомія без і з додатками) на тлі виключення або зниження функції яєчників, що призводить до зменшення щільності кісткової тканини. Отримані результати необхідно використовувати при розробленні комплексу діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів.

Ключові слова: надлишкова маса тіла, постгістеректомічний синдром, кісткова тканина, фосфорно-кальцієвий обмін.

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

Не дивлячись на незначне число післяопераційних ускладнень у ранній післяопераційний період, віддалені наслідки гістеректомії, виконаної в репродуктивному віці вивчені недостатньо, що призводить до незначної ефективності використовуваних реабілітаційних заходів. Особливу увагу, на нашу думку, слід приділити змінам стану кісткової тканини і показникам фосфорно-кальцієвого обміну у жінок репродуктивного і перименопаузального віку.

Мета дослідження: вивчення стану кісткової тканини і фосфорно-кальцієвого обміну при постгістеректомічному синдромі у жінок перименопаузального періоду.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети було обстежено 150 жінок перименопаузального періоду, середній вік яких становив $46,9 \pm 1,1$ року. 120 жінкам з різними гінеко-

логічними захворюваннями була проведена гістеректомія. Пацієнти були розподілені на три групи:

- 1-а клінічна група – 60 пацієнток, яким була виконана гістеректомія без придатків;
- 2-а клінічна група – 60 пацієнток після гістеректомії з придатками;
- група контролю – 30 жінок без оперативного лікування в анамнезі.

Стан кісткової тканини і фосфорно-кальцієвого обміну оцінювали за змістом естрогену, швидкості розповсюдження ультразвуку в дистальному метаепіфізі променевої кістки, концентрації кальцію і фосфору в сироватці крові, екскреції кальцію в сечі і активності лужної фосфатази в сироватці крові по загальноприйнятим методикам.

Під час оцінювання соматичного статусу було виявлено високу частоту екстрагенітальної патології. Так, у 1-й групі на одну пацієнтку доводилося 2,5±0,2 захворювань, у 2-й групі – 2,1±0,2. Частіше зустрічалися захворювання серцево-судинної системи (гіпертонічна хвороба), ожиріння, гіперплазія щитоподібної залози, патологія травного тракту (хронічні гастрити, дискінезія жовчовивідних шляхів і хронічний холецистит).

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Дефіцит естрогену, що виникає в організмі жінки після природної або хірургічної менопаузи, призводить до порушення нормальної функції остеобластів і остеокластів – кістковоутворюючих і кістковоруйнуючих клітин. Внаслідок чого прискорюється втрата кісткової маси і порушується мікроархітектоніка кісткової тканини, що призводить до збільшення крихкості кістки і ризику переломів.

Було вирішено з'ясувати особливості метаболізму кісткової тканини у жінок у перименопаузальний період після гістеректомії без і з придатками. Результати дослідження щільності променевої кістки у жінок досліджуваних груп через рік після оперативного лікування продемонстрували наступне: В обох клінічних групах швидкість проходження ультразвуку в дистальному метаепіфізі променевої кістки достовірно нижче, ніж у групі контролю ($p < 0,05$).

Динаміка зміни щільності кісткової тканини свідчить, що зниження показників відбувається вже через 3 міс після операції. До кінця року зниження досягає 8% у 1-й групі і 10% у 2-й групі, при цьому достовірних відмінностей в досліджуваних групах не виявлено ($p > 0,05$).

По мірі вираженості ожиріння жінки досліджуваних груп були розділені на три підгрупи відповідно з ІМТ по Кетле.

У 1-й клінічній групі ІМТ був:

- менше 25 – у 30 жінок,
- від 25 до 30 – у 20 жінок,
- більше 30 – у 10 жінок.

У 2-й групі ІМТ був:

- менше 25 – у 18 жінок,
- від 25 до 30 – у 24 жінок,
- більше 30 – у 18 жінок.

Результати ехо-остеометричного дослідження виявили достовірно зниження швидкості проходження ультразвуку через променеву кість у жінок після гістеректомії з придатками або без придатків, що свідчить про процеси демінералізації кісткової тканини, що фіксується вже у перший рік після операції.

Власне дослідження виявило гіперкальцемію у 1-й групі в 11,7% пацієнтів, у 2-й групі в 21,7%, гіперфосфатемію в 1-й групі в 13,3% і в 2-й групі – у 28,3% хворих відповідно.

Середні показники загального кальцію і фосфору в сироватці крові клінічних і контрольної груп знаходилися у рамках фізіологічних норм. Проте рівень цих іонів у сироватці крові у жінок після операції достовірно вище, ніж в неоперованих ($p < 0,05$). Це, ймовірно, свідчить про підвищення резорбтивної активності кісткової тканини. Нормальні середні значення рівнів кальцію і фосфору у післяопераційних хворих обумовлені компенсаторним функціонуванням регуляторних систем, що забезпечують стабільний екстрацелюлярний кальцій – фосфатний гомеостаз.

Механізм його украй складний і значні метаболічні порушення можуть виникнути без явних флюктуацій у сироваткових рівнів кальцію і фосфору. У зв'язку з цим частенько важливішим є визначення екскреції кальцію з сечею.

Аналіз даних про виділення кальцію з добовою сечею довів, що у жінок після хірургічного лікування в обох групах спостерігається достовірно підвищена екскреція кальцію з добовою сечею (гіперкальциурія), причому, у жінок після гістеректомії з яєчниками, екскреція кальцію в сечі достовірно вище, ніж у 1-й групі ($p < 0,05$).

Виявлена гіперкальциурія є додатковим підтвердженням вимивання з кісткової тканини мінеральних елементів – прискореній резорбції. У зв'язку з цим особливий інтерес уявляє питання про стан в обстежуваних жінок процесів остеосинтезу.

З цією метою у сироватці крові хворих була визначена активність лужної фосфатази, яка на сьогодні розглядається як маркер синтезу структурних елементів матриксу кістки і функції остеобластів.

Отримані дані підтверджують значне збільшення активності досліджуваного ензиму у прооперованих жінок, що свідчить про посилення утворення кісткового матриксу, тобто активації процесів ремоделювання.

Аналіз стану фосфорно-кальцієвого обміну і активності лужної фосфатази продемонстрував, що всі виявлені і описані вище міні параметрів, що вивчаються, реєструються вже у перший рік після оперативного лікування, причому більше вони виражені у 2-й групі (після гістеректомії з придатками).

Проведений аналіз залежності стану фосфорно-кальцієвого обміну від тяжкості постгістеректомічного синдрому і постоваріоектомічного синдрому таких не виявив.

У пацієнток з легким, середнім і тяжким ступенем тяжкості постгістеректомічного і постоваріоектомічного синдромів, статистично значущих відмінностей у вмісті лужної фосфатази не виявлено ($p > 0,05$).

ВИСНОВКИ

Отже, на підставі вивчення щільності кісткової тканини і фосфорно-кальцієвого обміну можна зробити висновок про наявність підвищення процесів резорбції і ремоделювання (з переважанням процесів резорбції) у пацієнток після хірургічно-

го лікування (гістеректомія без і з придатками) на тлі виключення або зниження функції яєчників, що зумовлює зменшення щільності кісткової тканини.

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

Влияние избыточной массы тела на состояние костной ткани и фосфорно-кальциевый обмен при постгистерэктомическом синдроме
В.В. Костиков

На основании изучения плотности костной ткани и фосфорно-кальциевого обмена, можно сделать вывод о наличии повышения процессов резорбции и ремоделирования (с преобладанием процессов резорбции) у пациенток после хирургического лечения (гистерэктомию без и с придатками) на фоне исключения или снижения функции яичников, что приводит к уменьшению плотности костной ткани. Полученные результаты необходимо использовать при разработке комплекса диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: избыточная масса тела, постгистерэктомический синдром, костная ткань, фосфорно-кальциевый обмен.

Influence of surplus mass of body on the state of bone fabric and phosphorus-calcium exchange at a posthysterectomy syndrome
V. V. Kostikov

On the basis of studying density of a bone fabric and phosphorus-calcium exchange, it is possible to draw a conclusion about presence of increase of processes rezorbption and remodeling (with prevalence of processes rezorbption) at patients after surgical treatment (hysterectomy without and with appendages) on a background of deenergizing or decrease in function ovaries, that results in reduction of density of a bone fabric. The received results are necessary for using by development of a complex of diagnostic, treatment-and-prophylactic and rehabilitation actions.

Key words: surplus mass of body, posthysterectomy syndrome, a bone fabric, phosphorus-calcium exchange.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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

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

Сучасні причини розвитку поєднання дисплазії грудних залоз та міоми матки у жінок перименопаузального віку

О.Ю. Крук

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

Мета дослідження: вивчення основних причини розвитку поєднання дисплазії грудних залоз із міомою матки у жінок перименопаузального віку.

Матеріали та методи. Була сформована група, в яку увійшли 50 пацієнок с дисплазією грудних залоз (25 жінок з дифузною та 25 жінок із локалізованими формами) та міомою матки. Була 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 вигляді абсолютної або відносної гіперестрогенії, більш виражені у пацієнок з локалізованими формами. Порушення нормального менструального циклу виявляються 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, причини, 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, у частини пацієнок 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 пацієнок, призводить до проведення багаточисельних обстежень, повторних курсів комплексного консервативного лікування, оперативних втручань. Усі ці обставини є причиною дезадаптації хворих соціально активного віку [5–7]. Водночас дані про патогенез ДГЗ у поєднанні із ММ є недостатніми і суперечливими, що диктує необхідність вивчення цього дуже важливого наукового завдання.

Мета дослідження: вивчення сучасних аспектів розвитку поєднання ДГЗ з ММ у жінок перименопаузального віку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети сформована група, що складається з 50 пацієнток з ДГЗ (25 жінок з дифузною формою ДГЗ та 25 жінок із 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 ГЗ; сонографічних досліджень статевих органів і ГЗ;
- цитологічного і гістологічних методів із застосуванням біопсії пункції та математичного оброблення.

Критерії включення у дослідження:

- перименопаузальний вік;
- наявність клінічних, ультразвукових, морфологічних ознак ДГЗ та ММ.

Критерії виключення з дослідження:

- підозра або підтвердження злоякісного процесу у ГЗ;
- вагітність;
- післяпологовий період;
- лактація;
- використання 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 перименопаузального віку 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;
- мале число пологів в анамнезі (1 пологи).

Найбільш характерними особливостями жінок перименопаузального віку 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;
- двоє та більше 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% пацієнток з ДГЗ у поєднанні з ММ.
3. Ультразвукове дослідження малого таза не виявило достовірних відмінностей між досліджуваними підгрупами: ознаки аденоміозу – у 20% пацієнток, ехо-камера – ознаки хронічних запальних захворювань матки і придатків в 16%, функціональні кісти 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. Рентгеномамографічне дослідження виявило відсутність достовірних відмінностей між досліджуваними підгрупами: зміни, характерні для дифузної ДГЗ та ММ мали 76% пацієнток, для локалізованих форм ДГЗ – 94%.
6. При ультразвуковому дослідженні ГЗ не виявлено достовірних відмінностей між підгрупами: дифузні зміни фіксували у 100%, локалізовані форми у 74%.

ВИСНОВКИ

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

Порушення нормального менструального циклу виявляють у 76% хворих, дисбіотичні процеси статевих органів – у 46% жінок з ДГЗ. Отримані результати необхідно використовувати під час розроблення комплексу діагностичних і прогностичних заходів.

Современные причины развития сочетания дисплазии грудных желез и миомы матки у женщин перименопаузального возраста

О.Ю. Крук

Цель исследования: анализ основных причин развития сочетания дисплазии грудных желез с миомой матки у женщин перименопаузального возраста.

Материалы и методы. Была сформирована группа, состоящая из 50 пациенток с дисплазией грудных желез (25 женщин с дифузной 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 виде абсолютной или относительной гиперэстрогении, более выраженные у пациенток с локализованными формами. Нарушения нормального менструального цикла выявляют 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, причины, перименопаузальный возраст.

Modern reasons of development of combination of dysplasia of mammary glands and hysteromyoma at women of perimenopause age

O. Yu. Kruk

The objective: to study основні причини розвитку поєднання of dysplasia of mammary glands with hysteromyoma at women of perimenopause age.

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, reasons, perimenopause age.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Тобі де Вільєрс, Татарчук Т.Ф. 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 Т.Ф., Калугина Л.В. К вопросу о профилактике и терапии гормонозависимых гиперпролиферативных заболеваний у женщин. Здоровье женщины. 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. 2015;1(21):64-7.
6. Каминский ВВ, Прокопович ЕВ. Новые аспекты в лечении лейомиомы матки, ассоциированной с эндометриозом. Здоровье женщины. 2017;3(119):32-5.
7. Прудніков П.М. Поєднання аденоміозу і гіперпластичних процесів матки: удосконалена тактика діагностики та лікування. Здоровье женщины. 2017; 7(123):132-34.

УДК 618.11-007.251-089

Вплив різних форм апоплексії яєчника на зміни функціонального стану яєчників

П.М. Патєй

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

Мета дослідження: аналіз впливу різних форм апоплексії яєчників на функціональний стан яєчників.

Матеріали та методи. Було проведено клініко-лабораторне та інструментальне обстеження 65 пацієнток з апоплексією яєчника, яким вперше було проведено лапароскопію. Ці пацієнтки були включені у проспективне дослідження і розподілені на дві групи залежно від використаного під час операції методу гемостазу. До 1-ї групи увійшли 35 хворих, гемостаз яким здійснювали за допомогою біполярної коагуляції, до 2-ї групи – 30 хворих, кровотеча з яєчника в яких була зупинена за допомогою накладення швів.

Результати. Результати проведених досліджень свідчать, що використання гемостазу під час операцій у пацієнток з апоплексією яєчника, яким би способом його ні проводили (біполярний струм або накладання швів), призводить до втрати частини оваріального резерву. До більших втрат оваріального резерву призводить використання для зупинки кровотечі біполярної електрохірургії.

Заключення. Отримані результати необхідно враховувати як при оперативному лікуванні жінок з апоплексією яєчника, так і при відновленні репродуктивної функції.

Ключові слова: апоплексія яєчника, функціональний стан яєчників.

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

Мета дослідження: аналіз впливу різних форм апоплексії яєчника на зміни функціонального стану яєчників.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено клініко-лабораторне обстеження 140 жінок, з яких 65 хворих АЯ, що вперше піддалися лапароскопічним операціям. Ці пацієнтки були включені у проспективне дослідження і розподілені на

дві групи залежно від використаного під час операції методу гемостазу. До 1-ї групи увійшли 35 хворих, гемостаз яким здійснювали за допомогою біполярної коагуляції, у 2-у групу – 30 хворих, кровотеча з яєчника в яких була зупинена за допомогою накладення швів. У ту або іншу групу хворі відбиралися «сліпим» методом.

У дослідження включали хворих зі стабільними показниками гемодинаміки перед втручанням і тривалістю госпіталізації не більше 24 год. Усі операції були виконані однією і тією самою хірургічною бригадою.

Критерії виключення з дослідження:

- внутрішньочеревна кровотеча унаслідок розриву доброякісної пухлини або ендометріюїдної кісти яєчника;
- наявність в анамнезі оперативних втручань на яєчниках;
- вживання комбінованих оральних контрацептивів або вживання методів стиmulяції суперовуляції екзогенними гонадотропінами менш ніж за 3 міс до операції.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік пацієнток у 1-й групі становив $30,8 \pm 3,2$ року, у 2-й групі – $31,35 \pm 2,95$ року, тобто статистично не розрізнявся ($p > 0,05$).

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

Найчастіше серед перенесеної гінекологічної патології зустрічалися захворювання запальної етіології. Серед них переважали інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) (70%), гострий і підгострий неспецифічний сальпінгоофорит (45%) і ерозія шийки матки (46%). Жодних інших порожнинних гінекологічних операцій у хворих 1-ї та 2-ї груп не було, окрім розродження шляхом кесарева розтину, частота якого у групах статистично не відрізнялася і становила від 10,5% до 14,3% ($p > 0,05$).

Переважає більшість жінок у групах (85,7–100%) до операцій жили статевим життям ($p > 0,05$). Більш ніж 80% жінок у групах були у шлюбі (цивільному, церковному або фактичному) і велика частина їх сексуальних контактів відбувалася з одним статевим партнером.

Частка жінок, що жили статевим життям і на момент операції (у випадках одноразово оперованих – останньої) тих, що планували настання вагітності у найближчі 5 років, були у 1-й і 2-й групах – 26,7% і 25,0% відповідно.

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

вірусних захворювань і ангіні, а також куріння. Значних відмінностей у менструальній функції між групами виявлено не було.

Для уточнення попереднього діагнозу АЯ, встановленого на підставі даних анамнезу, фізикального і бімануального дослідження, виконували ехографічне обстеження органів малого таза. У всіх хворих була виявлена вільна рідина у порожнині тазу позаду матки. Кількість вільної рідини у хворих 1-ї групи коливалася від 150 і до 430 мл (у середньому – $300,64 \pm 26,87$ мл), у 2-й групі – від 250 і до 390 мл (у середньому – $292,92 \pm 24,51$ мл; $p > 0,05$).

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

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

Остаточний діагноз у всіх хворих досліджуваних груп і групи порівняння був встановлений у ході діагностичної лапароскопії.

Показання до проведення діагностичної лапароскопії:

- виявлені клінічні ознаки внутрішньочеревної кровотечі (біль, наявність симптомів роздратування очеревини, зниження рівня гемоглобіну у крові);
- наявність вільної рідини у матково-ректальному поглибленні у кількості, що перевищує 100 мл за даними ехографії;
- наявність крові у черевній порожнині, підтверджена результатами кульдоцентезу;
- відсутність ефекту від консервативної гемостатичної терапії, що проводиться;
- необхідність диференціальної діагностики з іншими захворюваннями черевної порожнини, що виявляються симптоматикою «гострого живота».

Усі хворі мали стабільні показники гемодинаміки до втручання, а тривалість їх госпіталізації не перевищувала 24 год.

Після підтвердження діагнозу АЯ усім хворим було здійснено оперативне лікування. Тривалість операції визначали як проміжок часу між початком першого розрізу шкіри черевної стінки і закінченням накладення шва на останню шкірну рану.

Під час оцінювання тривалості операції, а також тривалості етапу здійснення гемостазу була виявлена статистично значущі відмінності між досліджуваними групами. Так, тривалість оперативного втручання у 1-й групі варіювала від 20 до 45 хв і в середньому становила $26,9 \pm 8,7$ хв, тоді як у 2-й групі вона коливалася від 25 до 60 хв і в середньому була значно більшою – $39,5 \pm 9,5$ хв ($p < 0,05$). Слід зазначити, що середня тривалість здійснення гемостазу у 2-й групі, що становила $11,3 \pm 2,8$ хв, також була більшою, ніж у 1-й групі ($6,6 \pm 3,5$ хв), що і відобразилось на відмінностях у загальній тривалості операції ($p < 0,05$).

Об'єм операційної крововтрати становив у 1-й групі від 150 до 1800 мл (у середньому $498,4 \pm 150,8$ мл) і від 100 до 1900 мл у 2-й групі (у середньому $415,3 \pm 134,0$ мл). Відмінності в середньому об'ємі крововтрати не мали ні клінічного, ні статистичного значення ($p > 0,05$).

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

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

Рівні антиміюлерова гормону (АМГ) досліджувалися до операції, а також в 1, 3 і 6-у менструальному циклі після втручання. Статистично значущих відмінностей середніх рівнів АМГ у передопераційний період у 1-й і 2-й досліджуваних групах і групі порівняння не було ($p > 0,05$). Передопераційний рівень АМГ у 1-й групі становив 2,81–4,9 (у середньому – $3,79 \pm 0,67$ нг/мл), у 2-й групі – 2,58–6,0 (у середньому – $3,94 \pm 0,7$ нг/мл). У всіх групах рівень АМГ був оцінений як високий.

Середні рівні АМГ, визначені у 1, 3 і 6 менструальних циклах після операції, були нижчі передопераційних в обох досліджуваних групах.

Середній рівень АМГ у 1 циклі після операції був статистично значуще нижче у 1-й групі (1,6–3,96; у середньому – $2,85 \pm 0,65$ нг/мл), ніж у 2-й групі (2,51–4,13; у середньому – $3,38 \pm 0,55$ нг/мл).

Надалі відзначено значне зниження рівня АМГ у 1-й групі протягом шести менструальних циклів до 56,2% від його передопераційного рівня ($p < 0,05$). Так, рівень АМГ у 1-й групі у 3 циклі становив 1,37–3,4 (у середньому – $2,33 \pm 0,63$ нг/мл), а в 6 циклі – 1,0–3,35 (у середньому – $2,13 \pm 0,68$ нг/мл; $p < 0,05$).

У 2-й групі середні рівні АМГ були статистично значущо нижче (2,51–4,13; у середньому – $3,38 \pm 0,55$ нг/мл) у 1 циклі після операції; 2,13–3,75 (у середньому – $2,96 \pm 0,52$ нг/мл) у 3 циклі; 1,8–3,7 (у середньому – $2,6 \pm 0,57$ нг/мл) у 6 циклі, проте перевищували відповідні показники у 1-й групі ($p < 0,05$). Тенденція до значного зниження рівня АМГ, починаючи з третього менструального циклу після операції, у 2-й групі відсутня. До 6 циклу доля втрат середнього рівня АМГ становила у цій групі 34%.

Дані про втрату ОР, отримані у процесі дослідження АМГ, повністю підтвердилися і при дослідженні числа антральних фолікулів (ЧАФ), найменшим цей показник був у 1-й групі (3–7, у середньому – $5,3 \pm 1,1$ у 1 циклі; 2–7, у середньому – $4,6 \pm 1,1$ у 3 циклі; 2–7, у середньому – $4,3 \pm 1,1$ у 6 циклі) ($p < 0,05$).

ЧАФ знизилася у 1-й групі протягом 6 циклів на 19%. У 2-й групі ЧАФ було значно нижче (3–9, у середньому – $6,4 \pm 1,3$ у 1 циклі; 2–8, у середньому – $6,2 \pm 1,4$ у 3 циклі; 2–8 у середньому – $5,5 \pm 1,3$ у 6 циклі), ніж у групі порівняння ($p < 0,05$). У 2-й групі зниження ЧАФ до 6 циклу порівняно з передопераційним становила 14%.

Слід зазначити, що, рівень АМГ у 1-й групі відповідав середньому рівню, а в 2-й групі – високому. ЧАФ у 6 менструальному циклі у 1-й групі було низьким, а в 2-й групі відповідало середнім показникам.

Аналіз даних, отриманих під час дослідження ОР в оперованих хворих, дозволяє зробити деякі висновки. Здійснення гемостазу під час операцій у хворих АЯ, яким би способом воно не здійснювалося (біполярний струм або накладення швів), призводить до втрати частини ОР. До великих втрат ОР наводить використання для зупинки кровотечі біполярної електрохірургії.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що здійснення гемостазу при операціях у хворих з апоплексією яєчника, яким би способом воно не здійснювалося (біполярний струм або накладення швів), призводить до втрати частини оваріального резерву. До великих втрат оваріального резерву призводить використання для зупинки кровотечі біполярної електрохірургії.

Отримані результати необхідно враховувати як при оперативному лікуванні жінок репродуктивного віку з апоплексією яєчника, так і відновленні репродуктивної функції, у тому числі і з використанням допоміжних репродуктивних технологій.

Влияние разных форм апоплексии яичника на изменение функционального состояния яичников

П.М. Пате́й

Цель исследования: анализ влияния разных форм апоплексии яичников на функциональное состояние яичников.

Материалы и методы. Было проведено клинико-лабораторное и инструментальное обследование 65 больных с апоплексией яичника, которых первый раз оперировали лапароскопическим доступом. Эти пациентки были включены в проспективное исследование и разделены на две группы в зависимости от использованного во время операции гемостаза. В 1-ю группу вошли 35 больных, гемостаз которым осуществляли с помощью биполярной коагуляции, во 2-ю группу – 30 больных, кровотечение из яичника у которых было остановлено с помощью наложения швов.

Результаты. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что осуществление гемостаза во время операций у больных с апоплексией яичника, каким бы способом оно ни осуществлялось (биполярный ток или наложение швов), приводит к потере части овариального резерва. К большим потерям овариального резерва приводит использование для остановки кровотечения биполярной электрохирургии.

Заключение. Полученные результаты необходимо учитывать как при оперативном лечении женщин с апоплексией яичника, так и при восстановлении репродуктивной функции.

Ключевые слова: апоплексия яичника, функциональное состояние яичников.

Influence of different forms of apoplexy of ovary is on changing of the functional state of ovaries

P.M. Patey

The objective: to study influence of different forms of apoplexy of ovaries on the functional state of ovaries.

Materials and methods. Clinical-laboratory and tool examination of 65 patients with an apoplexy of an ovary whom the first time operated with laparoscopic access was conducted. These patients were included in prospective research and divided into two groups depending on the hemostasis used during operation. 1 group included 35 patients, hemostasis with which carried out by means of bipolar coagulation, into the 2nd group - 30 patients, bleeding from ovary was stopped by means of suture.

Results. Results of the conducted researches testify, that hemostasis exercise at operations at patients with it was carried out by an apoplexy of the ovary, whatever way (bipolar current or

suture), leads to loss of part of an ovariale reserve. To larger losses of ovariale reserve leads use for a stopping of bleeding of bipolar electrosurgery.

Conclusion. The received results need to be considered as at expeditious treatment of women with an ovary apoplexy, and at restoration of genesial function.

Key words: *ovary apoplexy, functional state of ovaries.*

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., 2018. Invecchia mentoe controllo gipofisario della funzione gonadica // G. Gerontol.:41: 8: 293-298.
6. Purdy R.H., Grant K.A., 2019. Behavioral effect of neuroactive steroids related to alcohol deperendence 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 618.14-006:611.664:618.173-036-07-08-039.71

Вікові аспекти діагностики та лікування проліферативних процесів ендометрія

Ю.М. Садигов, В.А. Шамрай

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер

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

Матеріали та методи. Було обстежено 213 пацієнтки постменопаузального віку з наявністю проліферативних процесів ендометрія. Усім пацієнткам проводили загальноклінічне (клінічний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, гемостазіограма), лабораторне (дослідження рівня рецепторів до статевих гормонів) та інструментальне обстеження.

Результати. Дані, отримані при виконанні ехографії, яку виконували усім спостережуваним після абляції ендометрія, підтвердили високу безпеку такого щадного методу малоінвазивної хірургії, як електрохірургічна абляція. За даними ультразвукового дослідження органів малого таза у перші дві доби після операції свідчило про відсутність будь-яких ускладнень, під час контрольних ультразвукових обстежень статевих органів у більш віддалені терміни виявлена наявність в обстежених наявність збережених вогнищ ендометрія, які мали доброякісний характер. Це підтверджує високу ефективність, малу травматичність і хорошу переносимість абляції і гістерорезектоскопії. Дані методи хірургічних втручань є гідною альтернативою традиційним методам лікування пацієнток літньої вікової групи з доброякісною патологією матки, особливо в обтяжених супутньою соматичною патологією, за наявності протипоказань до оперативного лікування і гормонотерапії.

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

Ключові слова: *проліферативні процеси ендометрія, вік, діагностика, лікування.*

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

Сучасний перелік лікувальних засобів при проліферативних процесах тіла матки включає в себе механічне видалення патологічного ендометрія, його абляцію,

гормонотерапію, гістеректомію лапароскопічним, вагінальним та абдомінальним шляхами [5, 6]. Вибір методу лікування та його застосування також залежить від супутньої соматичної патології, а особливі складності виникають при лікуванні жінок старшої вікової групи через високий рівень ускладнень при оперативному втручанні та анестезії [7].

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

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

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

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

Усіх спостережуваних було розподілено на три групи:

- 1-а (основна) група – 118 пацієнток віком від 60 до 82 років;
- 2-а (група порівняння) – 95 спостережуваних віком від 46 до 59 років;
- контрольна група – 30 жінок без гінекологічної патології.

Усі жінки постменопаузального віку зіставні за віком і супутньою соматичною патологією.

Критерії включення у дослідження:

- жінки, що ще менструують;
- жінки, у яких діагностовано наявність атипії.

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

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

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

Провідними методами лікування проліферативних процесів ендометрія були наступні:

- гістерорезектоскопія;
- електрохірургічна абляція ендометрія.

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

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

- комплексний естрогенний препарат, який містить рослинні компоненти, вітаміни та органічні сполуки у загальноприйнятій дозі протягом 3 міс;
- препарат кальцію холекальциферолу у загальноприйнятій дозі протягом 3 міс;
- комплексний вітамінний препарат направленої дії для постменопаузального періоду у загальноприйнятій дозі протягом 3 міс.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

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

Розподіл обстежених хворих залежно від тривалості постменопаузального періоду представлений у табл. 1.

Як видно з даних, представлених у табл. 1, у 3 пацієнток основної групи постменопаузальний період варіював від 2 до 5 років. Такий нетривалий постменопаузальний період визначався пізнім настанням менопаузи – $57,0 \pm 0,3$ року. Найбільша тривалість постменопаузального періоду понад 26 років спостерігалася у 13 (11,0%) пацієнток основної групи.

Таблиця 1

Тривалість менопаузи у пацієнток основної групи і групи порівняння

Тривалість менопаузи, роки	Група обстежених пацієнток				Усього, n=213	
	Основна група, n=118		Група порівняння, n=95			
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
2-5	3	2,5	34	35,7*	37	17,4
6-9	12	10,2	31	32,6*	43	20,2
10-13	18	15,3	19	20,0	37	17,4
14-17	19*	16,1	9	9,5*	28	13,1
18-21	24*	20,3	2	2,1*	26	12,2
22-25	29	24,6	-	-	29	13,6
26 і більше	13	11,0	-	-	13	6,1

Примітка: * – відмінності достовірні порівняно з основною групою ($p < 0,05$).

Показаннями до госпіталізації була патологія ендометрія у пацієнок основної групи і групи порівняння, що була виявлена під час проведення УЗД органів малого таза – 70 (59,3%) і 67 (70,5%) відповідно; наявність кров'яних виділень зі статевих шляхів у постменопаузальний період – 24 (20,3%) і 16 (16,8%) відповідно, біль різного характеру – у 13 (11,0%) пацієнок основної групи і в 11 (11,6%) жінок групи порівняння.

Більшість хворих – 156 (73,2%) – були госпіталізовані в стаціонар з патологією ендометрія, виявлених за результатами УЗД; 57 (26,8%) пацієнок пред'являли ті або інші скарги.

Підстави для госпіталізації пацієнок основної і групи порівняння представлені в табл. 2.

За даними табл. 2, патологія ендометрія у пацієнок основної групи зустрічається в 1,1 разу частіше порівнянні з жінками групи порівняння. Рецидив патології ендометрія за даними УЗД у пацієнок основної групи і групи порівняння діагностований з однаковою частотою: 10,2% і 8,4% відповідно.

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

Результати проведених досліджень свідчать, що в структурі проліферативних процесів ендометрія у жінок постменопаузального віку переважали поліпи ендометрія (79,4%) порівняно з атрофією (10,8%) та гіперплазією ендометрія (9,8%). При цьому фіброзні поліпи були наявні у 45,1%, залозисто-фіброзні – у 34,3%

Таблиця 2

Показання для госпіталізації пацієнок основної групи і групи порівняння

Характер скарг обстежених пацієнок	Групи обстежених пацієнок				Усього, n=213	
	Основна група, n=118		Група порівняння, n=95			
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Проліферативні процеси ендометрія	118	100	95	100	213	100
Рецидив патології ендометрія	12	10,2	8	8,4	20	9,4
Патологія ендометрія поєднано з яєчниковими утвореннями	18	15,6	13	13,7	31	14,6
Кров'яні виділення зі статевих шляхів	37	31,3	23	24,2*	60	28,2
Біль різного характеру	3	2,5	5	5,3*	8	3,8

Примітка: * – відмінності достовірні порівняно з основною групою (p<0,05).

жінок відповідно. Залежно від віку пацієнок та тривалості постменопаузи достовірних відмінностей не спостерігали (p>0,05).

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

У жінок постменопаузального віку з проліферативними процесами ендометрія частота супутньої екстрагенітальної патології становить 100%. В її структурі частіше фіксують захворювання серцево-судинної системи (34,7%); варикозну хворобу (29,6%); надлишкову масу тіла (22,1%) та патологію травного тракту (20,7%). У порівняльному аспекті у жінок віком понад 60 років частіше зустрічалась варикозна хвороба (35,6% проти 22,1% у жінок віком від 46 до 59 років).

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

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

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

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

ВИСНОВКИ

Дані, отримані під час виконання усім пацієнткам ехографії після абляції ендометрія, підтвердили високу безпеку такого шадного методу малоінвазивної хірургії, як електрохірургічна абляції. Дані УЗД органів малого таза в перші дві доби після операції свідчили про відсутність будь-яких ускладнень. Під час контрольних ультразвукових обстежень статевих органів протягом 6 років виявлений факт наявності збережених вогнищ ендометрія, які мали доброякісний характер. Це підтверджує високу ефективність, малу травматичність і хорошу переносимість абляції і гістерорезектоскопії. Дані методи хірургічних втручань є гідною альтерна-

тивною традиційним методам лікування пацієнок літньої вікової групи з доброякісною патологією матки, особливо в обтяжених супутньою соматичною патологією, за наявності протипоказань до оперативного лікування і гормонотерапії.

Вековые аспекты диагностики и лечения пролиферативных процессов эндометрия Ю.М. Садигов, В.А. Шамрай

Цель исследования: повышение эффективности диагностики и лечения пролиферативных процессов эндометрия у женщин постменопаузального возраста на основе усовершенствования и внедрения алгоритма диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы. Были обследованы 213 пациенток постменопаузального возраста с наличием пролиферативных процессов эндометрия. Всем пациенткам проводили общеклиническое (клинический анализ крови, биохимический анализ крови, гемостазиограмма), лабораторное (исследование уровня рецепторов к половым гормонам) и инструментальное обследование.

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

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

Ключевые слова: пролиферативные процессы эндометрия, возраст, диагностика, лечение.

Age-old aspects of diagnostics and treatment of proliferative processes of endometrium Yu.M. Sadigov, V.A. Shamray

The objective: to increase efficiency of diagnostics and treatment of proliferative processes an endometrium at women of post-menopausal age on the basis of improvement and introduction of algorithm of diagnostic, treatment-and-prophylactic and rehabilitational actions.

Materials and methods. We surveyed 213 patients of the post-menopausal period with existence of proliferative processes an endometrium. To all patients carried out all-clinical (the clinical analysis of blood, the biochemical analysis of blood, hemostaziograma), laboratory (research of level of receptors to sexual hormones) and tool inspection.

Results. The data received at performance of echography by all observed after ablyation an endometrium, confirmed high safety of such sparing method of low-invasive surgery. According

to ultrasonic research of organs small to basin in the first two days after operation testified to lack of any complications, at control ultrasonic inspections of organs of genitalias in more remote terms taped existence at the kept centers surveyed existence an endometrium which had good-quality character. It confirms high efficiency, small injury and a good acceptability of ablyation and a hysterorezektoskopia. Dany methods of surgical interventions are alternative to traditional methods of treatment of patients of the senior age group with proliferative processes an endometrium, especially in cases burdened by accompanying somatic pathology and in the presence to expeditious abdominal operative treatment and hormonotherapy.

Conclusion. Use of advanced algorithm of diagnostic, treatment-and-prophylactic and rehabilitational actions allows to increase efficiency of treatment and prophylaxis development of recurrence.

Key words: proliferative processes an endometrium, diagnostics, treatment, age.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамьян Л.В. 2016. Эндометриозы: Руководство для врачей. М.: Медицина: 320.
2. Бохман Я.В. 2015. Руководство по онкогинекологии. СПб: Фолиант: 542.
3. Бреусенко В.Г. 2016. Значение современных методов диагностики патологии эндометрия у женщин в период постменопаузы. Российский вестник акушера-гинеколога:2:67-72.
4. Вихляева Е.М. 2014. Руководство по эндокринной гинекологии: Руководство для врачей. М.: МИА: 768.
5. Шамрай В.А., 2016. Гістероскопічна оцінка поєднаної патології матки в постменопаузальному періоді // Здоровье женщины : 1 : 146-150.
6. Шамрай В.А., 2016, Ендоскопічна діагностика поєднаної патології матки в постменопаузальному періоді // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика : Київ : 25 : 6 : 78-82.
7. Шамрай В.А., 2016. Поєднана патологія геніталій у жінок постменопаузального періоду: діагностика і тактика хірургічного лікування // Здоровье женщины : 6 : 56-59.

УДК 618.312-06:618.177-089.888.11

Вплив репродуктивного анамнезу на розвиток та перебіг позаматкової вагітності

В.А. Терехов

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

Результати проведених досліджень свідчать, що трубна вагітність у жінок з різним репродуктивним анамнезом має специфічні особливості. Так, основними клінічними симптомами трубної вагітності є затримка менструації (72,4%), біль у животі (77,3%) і кров'янисті виділення зі статевих шляхів (71,0%). Частота цих симптомів нижче у пацієнток після мікрохірургічних операцій на трубах і у жінок після допоміжних репродуктивних технологій. Діагностична цінність різних методів дослідження при обстеженні пацієнток з підозрою на трубну вагітність знаходиться в наступній послідовності: лапароскопія (1,0), визначення в сечі хоріонічного гонадотропіну (0,97), ультразвукове дослідження органів малого таза вагінальним датчиком (0,88) і червонотіочним датчиком (0,87), вишкрібання стінок порожнини матки (0,71), кульдоцентез (0,63) і гінекологічне обстеження (0,49).

Ключові слова: позаматкова вагітність, репродуктивний анамнез.

Позаматкова вагітність (ПВ) є важкою патологією, яка, не дивлячись на всі досягнення сучасної гінекології, представляє загрозу здоров'ю і життю жінки. У структурі причин материнської смертності в Україні ПВ становить 3–4%, що в 2–3 рази перевищує даний показник у країнах Європи [1–3]. При цьому трубна локалізація спостерігається у 95–98% випадків ПВ [1–3].

Основним методом лікування ПВ є оперативний, проте після операції у 40–60% випадків розвивається вторинне безпліддя, а в 10–15% – повторна ПВ [1–3]. До основних чинників ризику розвитку трубної вагітності належать раніше перенесені аборти і позаматкові вагітності, операції на маткових трубах, урогенітальні інфекції, наявність внутрішньоматкової контрацепції, статевий інфантилізм тощо [1–3].

Водночас деякі автори [1–3] вважають, що значне зростання ПВ пов'язане не лише з погіршенням гінекологічного здоров'я жінок, але й з широким впровадженням у практику нових репродуктивних технологій, а також зі значним поліпшенням діагностики унаслідок лабораторного визначення хоріонічного гонадотропіну у крові і сечі, лапароскопії (ЛС) і ультразвукового дослідження (УЗД) органів малого таза, особливо при вагінальному доступі.

Проте, не дивлячись на значне число наукових публікацій з проблеми ПВ, не можна вважати всі питання повністю вирішеними. У першу чергу, це стосується ПВ у жінок з різним репродуктивним анамнезом.

Усе викладене вище є підставою до проведення наукових досліджень у даному напрямі, що дозволить вивчити сучасні клініко-діагностичні аспекти ПВ у жінок з різним репродуктивним анамнезом.

Мета дослідження: вивчення основних клініко-діагностичних аспектів ПВ у жінок з різним репродуктивним анамнезом.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети і завдань був проведений аналіз клінічних спостережень за 227 пацієнтками, яким за екстремними свідченнями виконувалося лапароскопічне лікування ПВ. На сьогодні добре відомі переваги ендоскопічного лікування ПВ порівняно з традиційним лапаротомним методом, тому групи порівняння жінок, яким проводилося загальноприйняте лікування ПВ, у даному дослідженні немає.

Усі обстежувані пацієнтки були розподілені на три групи залежно від репродуктивного анамнезу:

- 1-а група – включено 35 жінок, в яких ПВ настала після допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ);
- 2-а група – увійшли 47 пацієнток з ПВ, що настала після мікрохірургічного втручання на маткових трубах;
- 3-я (контрольна) група – 145 пацієнток з ПВ, які до справжнього захворювання на постійному обліку у гінеколога не перебували.

Окрім загальноклінічного обстеження (збір анамнезу, загальний і гінекологічний огляд, лабораторні аналізи, ЕКГ, за необхідності консультації хірурга або терапевта) хворим проводили і додаткові методи дослідження – УЗД черевостіночним і вагінальним датчиками, кульдоцентез, вишкрібання порожнини матки, гормональну кольцитологію, вимір базальної температури, визначення ХГЛ у сечі, діагностичну і лікувальну ЛС. Окрім цього з метою уточнення етіологічного чинника ПВ у деяких пацієнток вивчали первинну документацію з аналізом попередніх клініко-анамнестичних даних, результатів гормонального лікування, гістеросальпінгографію, ЛС і результати попередніх мікробіологічних досліджень (хламідії, вірус простого герпесу, мікоплазми, уреоплазми і кандиди).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що від якості диспансерного спостереження прямо залежить клініка ПВ. Так, у 1-й групі у 94,3% жінок після ДРТ діагноз ПВ був встановлений до вступу в гінекологічний стаціонар – у 26 (74,3%) з 35 вагітність була непорушеною. У 2-й і 3-й групах цей показник був значно гірший – у 51,1% і 35,9 відповідно, а в цілому перед ЛС діагностовано непорушена ПВ в 91 (40,1%) із 227 пацієнток. Це свідчить про хороші діагностичні можливості і настороженість гінекологів щодо ПВ. Класична картина ПВ, описана в керівництві, була насамперед у хворих контрольної групи, які на спеціальному обліку у гінеколога раніше не перебували. У 2-й групі (після пластичних операцій на маткових трубах в анамнезі) і особливо у хворих 1-ї групи частіше клініка ПВ була змазаною, не явною. Такі «класичні» скарги при ПВ,

як затримка менструації, біль у животі і кров'янисті виділення зі статевих шляхів у пацієнток після ДРТ спостерігали відповідно в 54,3%; 31,4% і 25,8% випадках; у 2-й групі ці скарги фіксували декілька частіше – в 61,7%; 66,0% і 59,6% випадках відповідно; у 3-й групі – 72,4%; 77,3% і 71,0% відповідно що достовірно вище ($p < 0,05$).

Діагностичні процедури по цінності і мірі інформативності знаходяться в наступній послідовності:

- гінекологічний огляд,
- кульдоцентез,
- вишкрібання порожнини матки,
- УЗД,
- визначення у сечі ХГЛ,
- ЛС.

Під час гінекологічного огляду хворих 1-ї групи правильний діагноз був встановлений в 62,9% випадках; у 2-й групі – у кожної другої хворої, а в 3-й групі – у кожної третьої пацієнтки, тобто і цей показник безпосередньо залежав від попередньої інформованості лікарів про своїх хворих. Травматичні і морально тяжко переносимі жінкою кульдоцентез і вишкрібання порожнини матки у хворих 1-ї групи не проводили; у хворих 2-ї групи допомогли встановити діагноз ПВ відповідно в 59,4% і 71,9% пацієнток; у 3-й групі – відповідно в 67,9% і 70,4% жінок. При непорушеній ПВ ці процедури малоінформативні. Важливим методом є УЗД, що особливо проводиться одночасно черевностіночним і внутрішньовагінальним способом. Проте результати його багато в чому залежать від роздільної здатності апаратури, яку використовують у роботі. Додаткову інформацію щодо наявності вагітності в організмі несе аналіз рівня ХГЛ, проте невеликим методом є те, що він не дозволяє безпосередньо діагностувати ПВ. Встановленню правильного діагнозу ПВ сприяло застосування методу ЛС.

Саме ЛС допомогла остаточно встановити, що клінічно ПВ перебігала за типом трубного абортів у 62 (27,3%) із 227 пацієнток, а за типом розриву маткової труби – у 74 (32,6%) із 227 пацієнток. Якщо прогресуюча ПВ частіше діагностовано у хворих після ДРТ, рідше – у пацієнток 2-ї групи і ще рідше – у жінок 3-ї групи, то частота трубного абортів і розриву маткової труби були у зворотній послідовності у цих самих жінок. Тобто методом ЛС було також підтверджено, що своєчасність встановлення діагнозу, госпіталізації і лікування пацієнток з ПВ безпосередньо залежать від якості спостереження жінок у консультаціях.

Лише у підгрупі після ЕКЗ ПВ однаково часто була справа і зліва, а в інших жінок трубна вагітність локалізувалася у правій матковій трубі в 1,8 рази частіше, ніж зліва. Одночасно було виявлено, що ПВ в істмічному відділі труби у всіх групах зустрічалася приблизно з однаковою частотою (60–66%). Водночас частота локалізації в трубному відділі у жінок всіх груп зростала від 22,9% до 33,1%; а в матковому відділі – відповідно зменшувалася з 17,1% до 6,9%. Такі самі закономірності виявлені і при аналізі термінів ПВ: частота малих термінів (до 5 тиж вагітності) за групами у жінок знижувалася з 40% (у 1-й групі) до 9% (у 3-й групі). Навпаки, терміни ПВ більше 8 тиж у жінок після ДРТ зустрічалися зрідка (14,3%) і частіше у хворих 2-ї групи (19,2%) і особливо в 3-й групі (32,4%). Мабуть, ці зако-

номірності були зумовлені технічними особливостями запліднення жінок і якістю спостереження за пацієнтками.

ЛС дозволила не лише правильно встановити діагноз ПВ, але і виявити додатково органічну патологію з боку внутрішніх статевих органів у 50 (34,5%) із 145 хворих 3-ї групи – у першу чергу полікістозні зміни яєчників і інфантилізм. У 1-й і 2-й групах пацієнток ЛС у низці випадків дозволила також уточнити діагноз попередньої гінекологічної патології.

У зв'язку з відсутністю перспективи збереження маткових труб у всіх жінок з 1-ї групи, а також у 87,3% пацієнток з 2-ї групи була виконана тубектомія і хворі підготовлені на ДРТ. При нормальних розмірах прогресуючої ПВ (до 25 мм в діаметрі) була з успіхом виконана органозберігальна операція, тобто туботомія і туборрафія, у 30 хворих (шість з 2-ї групи і 24 – з 3-ї групи) з обов'язковою інстиляцією ложа плодового яйця і подальшим контролем аналізу сечі на ХГЛ. Ще 31 хвора на контралатеральній трубці (9 спостережень, усі пацієнтки з 2-ї групи) або на вагітній трубці виконані операції сальпінгостомії. Загалом пластичні операції виконані у кожній третьої пацієнтки з 2-ї і 3-ї груп. Окрім цього у 67 (29,5%) із 227 хворих (частіше у пацієнток 2-ї групи) виконано сальпінголізис. За бажанням жінки у 35 спостереженнях була виконана стерилізація шляхом лапароскопічної тубектомії.

Лише в 14 (6,2%) із 227 пацієнток з ПВ (усі з 3-ї групи) крововтрата була у межах 400–600 мл, що зажадало призначення протианемійного лікування після ЛС. В цілому у 59,5% пацієнток крововтрата становила менше 100 мл, що вдалося домогтися своєчасним встановленням діагнозу і лікуванням за допомогою малотравматичної операції ЛС. У зв'язку з невеликим об'ємом крововтрати, малою тривалістю і своєчасністю операцій, які частіше виконували під внутрішньовенною анестезією, у післяопераційний період ускладнень у жінок не наголошувалося.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що позаматкова вагітність у жінок з різним репродуктивним анамнезом має специфічні особливості. Так, основними клінічними симптомами трубної вагітності є затримка менструації (72,4%), біль у животі (77,3%) і кров'янисті виділення зі статевих шляхів (71,0%). Частота цих симптомів нижче у пацієнток після мікрохірургічних операцій на трубах (61,7%; 66,0% і 59,6% відповідно) і ще менше у жінок після ДРТ (54,3%; 31,4% і 25,8% відповідно).

Діагностична цінність різних методів дослідження під час обстеження пацієнток з підозрою на позаматкову вагітність знаходиться у наступній послідовності: лапароскопія (1,0), визначення в сечі хоріонічного гонадотропіну (0,97), ультразвукове дослідження органів малого таза вагінальним датчиком (0,88) і черевностіночним датчиком (0,87), вишкрібання стінок порожнини матки (0,71), кульдоцентез (0,63) і гінекологічне обстеження (0,49).

Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-реабілітаційних заходів при ПВ у жінок з різним репродуктивним анамнезом.

Влияние репродуктивного анамнеза на развитие и течение внематочной беременности
В.А. Терехов

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что трубная беременность у женщин с различным репродуктивным анамнезом имеет специфические особенности. Так, основными клиническими симптомами трубной беременности являются задержка менструации (72,4%), боль в животе (77,3%) и кровянистые выделения из половых путей (71,0%). Частота этих симптомов ниже у пациенток после микрохирургических операций на трубах и у женщин после вспомогательных репродуктивных технологий. Диагностическая ценность различных методов исследования при обследовании пациенток с подозрением на трубную беременность находится в следующей последовательности: лапароскопия (1,0), определение в моче хорионического гонадотропина (0,97), ультразвуковое исследование органов малого таза влагалищным датчиком (0,88) и брюшностеночным датчиком (0,87), выскабливание стенок полости матки (0,71), кульдоцентез (0,63) и гинекологическое обследование (0,49).

Ключевые слова: внематочная беременность, репродуктивный анамнез.

Influence of genesial anamnesis on development and motion extra-uterine pregnancy.
V.A. Terekhov

As have shown results of the lead researches, tube pregnancy at women with the various reproductive anamnesis has specific features. So, the basic clinical symptoms tube pregnancy are a delay monthly (72,4 %); pains in a stomach (77,3 %) and bleeding allocation from sexual ways (71,0 %). Frequency of these symptoms is lower at patients after microsurgical operations on pipes and at women after auxiliary reproductive technologies. Diagnostic value of various methods of research at inspection of patients with suspicion on tube pregnancy is in the following sequence: a laparoscopy (1,0); definition in urine horionical gonadotropine (0,97); ultrasonic research of bodies of a small basin vaginal the gauge (0,88) and abdominal the gauge (0,87); curetaze walls of a cavity of a uterus (0,71); culdocentesis (0,63) and gynecologic inspection (0,49).

Key words: extra-uterine pregnancy, the reproductive anamnesis.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ветров В.В., Жемчужина Т.Ю. Эндовидеохирургия в гинекологической практике // Журнал акушерства и женских болезней. – 2019. – № 4. – С. 78–82.
2. Рутенбург Г.М., Чуйко И.В., Жемчужина Т.Ю. Лечение ненарушенной трубной беременности путем внутриутробного введения метотрексата при лапароскопической операции // Современные аспекты медицины и здравоохранения. – 2017. – № 1. – С. 149–153.
3. Стрижелецкий В.В., Борнисов А.Б., Рывкин А.Ю. Лапароскопические технологии в неотложной хирургии // Эндоскопическая хирургия. – 2018. – № 1. – С. 51–53.

УДК 618.177-089.888.11:616.43/.45-093/.098-058

Оптимізація допоміжних репродуктивних технологій з урахуванням ендокринологічних та мікробіологічних порушень у подружній парі

О.О. Берестовий

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

Результати проведених ендокринологічних і мікробіологічних досліджень у подружніх парах свідчать про глибше, ніж це прийнято вважати, порушення репродуктивної функції і чоловіків, і жінок, які включені до програми допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). Водночас основними патогенетичними ланками порушення репродуктивної функції у представників подружніх пар є порушення нейроендокринної регуляції і мікробіоценозу сечостатевої системи. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму підвищення ефективності ДРТ.

Ключові слова: допоміжні репродуктивні технології, подружня пара, ефективність.

Проблема інфертильності подружніх пар набуває сьогодні не лише медичного, але й величезного соціально-демографічного і економічного значення [1–12]. За даними ВООЗ (WHO, 2019), понад 100 млн подружніх пар безплідні та їх число з кожним роком збільшується. Частота безплідних шлюбів серед подружжя репродуктивного віку коливається від 20% до 30% [3, 10]. Причиною безплідного шлюбу в 40–50% випадках є патологія репродуктивної системи в одного з подружжя, рідше – в обох (25–30%) [4, 11]. ВООЗ називає 22 причини жіночого і 16 причин чоловічого безпліддя. Жіноче безпліддя зустрічається у 35–40% безплідних шлюбів, на частку чоловічого безпліддя припадає 30–35% (WHO, 2009).

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

Вочевидь, це пов'язано з великим числом всіляких чинників, що впливають на репродуктивний процес. Низка авторів, розділяючи думку про вплив чоловічого і жіночого чинників на зачаття і розвиток ембріону, звертають увагу, що поєднання цих складових може коливатись від 40% до 80% [1–12].

Не дивлячись на значне число наукових повідомлень з проблеми ДРТ, не можна вважати всі питання повністю вирішеними, особливо в аспекті вивчення ролі ендокринологічних і мікробіологічних порушень в оцінюванні ефективності ДРТ.

Мета дослідження: вивчення особливостей гормонального статусу і стану мікробіоценозу уrogenітального тракту у чоловіків і жінок з безплідних подружніх пар, включених до програми ДРТ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У статті представлені дані обстеження 250 чоловіків і жінок у віці від 24 до 46 років ($35,1 \pm 4,3$ року), що перебувають у безплідному шлюбі. Тривалість безпліддя в шлюбі варіювала від 2 до 16 років ($6,5 \pm 2,1$ року). В етіопатогенетичній структурі безпліддя жіночий чинник виявляли в 30% випадків, чоловічий – в 10% випадків, тоді як у більшості подружніх пар (60%) діагностувалися комбінації поєднаних порушень репродуктивної функції.

До початку циклу ДРТ проводили розгорнуте обстеження партнерів: збір соматичного, акушерсько-гінекологічного і андрологічного анамнезу, УЗД-дослідження, клініко-лабораторні і біохімічні дослідження.

У разі виявлення будь-якої супутньої патології, насамперед уrogenітальної інфекції, призначали відповідну терапію, яку проводили в об'ємі, необхідному для досягнення ефекту, що санує.

Усі дослідження виконувалися відповідно до декларації Гельсінської Всесвітньої асоціації «Етичні принципи наукових і медичних досліджень за участю людини» з поправками 2018 року.

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

До контрольної групи увійшли 76 практично здорових чоловіків і жінок аналогічного віку, які перебувають тривалий час у шлюбі і мають здорових дітей.

Для аналізу вмісту гормонів (тестостерону, лютеїнізуючого гормону (ЛГ), фолікулостимулюючого гормону (ФСГ), пролактину і естрадіолу) у сироватці крові використовували метод імуноферментного аналізу.

Оцінювання стану мікробіоценозу уrogenітального тракту здійснювали за результатами культурального дослідження мікрофлори і ПЛР-діагностики.

Усі обстежені особи дали інформовану згоду на участь у дослідженні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час оцінювання функціонального стану репродуктивної системи у чоловіків було виявлено, що лише в 30% обстежених показники числа, морфології і рухливості сперматозоїдів відповідали встановленим нормативним значенням (ВООЗ, 2009), тоді як у 70% випадків виявлялися різні порушення сперматогенезу.

Так, аналіз рухливості сперматозоїдів виявив значуще зниження нормокінетичних і збільшення акінетичних форм статевих клітин в еякуляті у чоловіків з патоспермією порівняно з аналогічними параметрами в групі чоловіків з нормоспермією. Окрім цього у них зафіксовано зниження кількості морфологічно нормальних клітин еякуляту і кількості сперматозоїдів, що пройшли через градієнт щільності.

Проведене оцінювання фертилізаційного потенціалу сперматозоїдів за кількістю запліднених *in vitro* ооцитів продемонструвало, що в екстракорпоральному режимі всі досліджувані зразки сперми чоловіків, включених у програму ДРТ, були здатні до запліднення. Проте у чоловіків з патоспермією фертилізаційна активність сперматозоїдів була достовірно нижче, оскільки індекс запліднення становив 60% проти 87%.

Серед широкого спектра патогенетичних причин порушення структурної цілісності і функціональної активності статевих гамет провідну роль відіграють гормональні й інфекційні чинники.

Під час узагальнення результатів оцінювання гормонального статусу було з'ясовано, що рівень гіпофізарних гормонів (ЛГ, ФСГ) у чоловіків груп контролю і ДРТ не розрізнявся і перебував у межах норми. Але водночас у пацієнтів групи ДРТ відзначено достовірне ($p < 0,05$) підвищення рівня пролактину в крові ($299,2 \pm 15,5$ ММО/л) щодо пацієнтів контрольної групи ($219,7 \pm 12,7$ ММО/л). При цьому висока величина рівня гормону виявлена у 4,5% пацієнтів з нормоспермією і в 16% пацієнтів з патоспермією групи ДРТ.

Відомо, що рівень пролактину чітко корелює зі станом гіпоталамусу і аденогіпофізу. Ураховуючи відсутність ознак патології гіпоталамусу й аденогіпофізу у пацієнтів можна передбачити, що підвищення концентрації пролактину є можливим проявом хронічного стресу. Його відносно високий рівень може відображати зниження вмісту тестостерону в крові обстежуваних осіб.

Під час оцінювання концентрації тестостерону в крові було виявлено його зменшення у чоловіків з групи ДРТ порівняно з особами з групи контролю ($14,9 \pm 0,75$ нмоль/л і $18,8 \pm 0,55$ нмоль/л відповідно; $p < 0,05$). Серед пацієнтів з патоспермією є значна доля осіб з низькою продукцією тестостерону (61,5%) і з відхиленнями в продукції гонадотропінів (39,5%). Проте відсутність клінічних ознак гіпогонадизму у пацієнтів програми ДРТ свідчить про те, що андрогенна недостатність у них, ймовірно, носить відносний характер на фоні зазвичай збереженої гонадотропної функції.

При мікробіологічному аналізі видового складу мікрофлори картина нормоценозу сечівника спостерігалася лише у 34,4% пацієнтів, а секрету передміхурової залози – лише в 50,9%, тоді як у групі здорових осіб ці показники становили 77,8% і 88,9% відповідно. Дані бактеріологічного дослідження узгоджуються з результатами клінічного обстеження пацієнтів, а саме: у 41,5% чоловіків з нормоспермією і в 54,5% з патоспермією є хронічні запальні захворювання сечостатевої системи.

Отже, аналіз стану репродуктивної системи у чоловіків, включених до програми ДРТ, продемонстрував відсутність фізіологічної норми в їхньому репродуктивному статусі.

Аналогічні дослідження у жінок також виявили цілу низку відхилень. Так, рівні пролактину в крові у пацієнок з безпліддям у фолікулінову і лутеїнову фази циклу були достовірно вище порівняно з параметрами фертильних жінок, хоча і знаходилися у межах норми (до 500 ММО/л). У 32,8% жінок, включених до програми ДРТ, наголошуються ендокринні порушення переважно у вигляді гіперпролактинемії.

Аналіз гормональної функції яєчників показав, що є певні відмінності у функціональному стані репродуктивної системи пацієнок і практично здорових жінок, які виражаються у достовірному ($p < 0,05$) зниженні концентрації естрадіолу в 1,5 разу у перивуляторний період ($475,0 \pm 7,6$ пмоль/л і $710,2 \pm 10,5$ пмоль/л) і в зменшенні продукції прогестерону в лютеїнову фазу циклу ($11,9 \pm 0,8$ нмоль/л і $35,1 \pm 1,2$ нмоль/л).

Усе це свідчить про меншу стероїдогенну активність яєчників у пацієнок групи ДРТ. Але слід зазначити, що ритм секреції прогестерону протягом менструального циклу в обстежених осіб схожий з таким у фертильних жінок, що вказує на повноцінну функцію жовтого тіла. Водночас слід зазначити, що нижча концентрація прогестерону у жінок з безпліддям відображає, мабуть, порушення того оптимального балансу стероїдних гормонів, який забезпечує готовність репродуктивної системи до реалізації генеративної функції.

Під час оцінювання результатів бактеріологічного дослідження із С-каналу у жінок групи ДРТ умовно-патогенні мікроорганізми (*Escherichia coli*, *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Candida albicans* і т.д.) виявлені у 87,3% випадків. Під час аналізу частоти зустрічання інфекцій, що передаються статевим шляхом, відзначено, що вони виявлені у 3,5% жінок, включених до програми ДРТ.

ВИСНОВКИ

Результати проведених ендокринологічних і мікробіологічних досліджень у подружніх парах свідчать про глибше, ніж це прийнято вважати, порушення репродуктивної функції і чоловіків, і жінок, включених до програми ДРТ. При цьому основними патогенетичними ланками порушення репродуктивної функції у представників подружніх пар є порушення нейроендокринної регуляції і мікробіоценозу сечостатевої системи. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму підвищення ефективності ДРТ.

Оптимизация вспомогательных репродуктивных технологий с учетом эндокринологических и микробиологических нарушений в супружеской паре О.А. Берестовой

Результаты проведенных эндокринологических и микробиологических исследований в супружеских парах свидетельствуют о более глубоком, чем это принято считать, нарушении репродуктивной функции и мужчин, и женщин, включенных в программу вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). При этом основными патогенетическими звеньями нарушения репродуктивной функции у представителей супружеских пар являются нарушения нейроэндокринной регуляции и микробиоценоза мочеполовой системы. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма повышения эффективности ВРТ.

Ключевые слова: вспомогательные репродуктивные технологии, супружеская пара, эффективность.

Optimization of auxiliary reproductive technologies recognition endocrinology and microbiological violations in a matrimonial pair O.O. Berestovoy

Results spent endocrinological and microbiological researches in married couples testify to deeper, than it is considered to be, infringement of reproductive function and men, and the women included in program auxiliary reproductive technologies (ART). Thus the basic pathogenetic links of infringement of reproductive function at representatives of married couples are infringements neuroendocrinological regulation and microbioecenose urinogenital system. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of increase of efficiency ART.

Key words: auxiliary reproductive technologies, matrimonial pair, efficiency.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аншина М.Б. ВРТ: прошлое, настоящее, будущее // Проблемы репродукции. – 2018. – № 3. – С. 6–15.
2. Артифексов С.Б., Артифексова А.А., Одинцов А.А. Анализ структуры мужской инфертильности // Актуальные вопросы урологии и андрологии. – Н. Новгород, 2018. – С. 71–78.
3. Баскаков В.П. Состояние репродуктивной системы женщины при эндометриозе // Проблемы репродукции. – 2015. – № 2. – С. 15–18.
4. Божедомов В.А., Лоран О.Б., Сухих Г.Т. Этиология и патогенез мужского аутоиммунного бесплодия. Часть 1. // Андрология и генитальная хирургия. – 2017. – № 1. – С. 27–33.
5. Божедомов В.А., Лоран О.Б., Сухих Г.Т. Этиология и патогенез мужского аутоиммунного бесплодия. Часть 2. // Андрология и генитальная хирургия. – 2017. – № 1. – С. 34–39.
6. Бондарев Д.А., Скорова Н.Е., Курносова Т.Р. Иммунологический аспект вспомогательных репродуктивных технологий // Андрология и генитальная хирургия. – 2018. – № 2. – С. 30–39.
7. Виляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. – М., 2017. – 708 с.
8. Гаспаров А.С., Волков Н.И., Корнеева М.Е. Трубно-перитонеальное бесплодие у женщин // Проблемы репродукции. – 2019. – № 5. – С. 43–44.
9. Герасимов А.М. Причины бесплодия при наружном эндометриозе (обзор литературы) // Проблемы репродукции. – 2016. – № 5. – С. 51–54.
10. Гюдаяс Л.С. Имплантирующаяся оплодотворенная яйцеклетка и материнский организм // Проблемы эндокринологии. – 2019. – № 5. – С. 30–32.
11. Гилязутдинов И.А. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве. Руководство для врачей. – М.: МЕДпресс-информ, 2016. – 416 с.
12. Горюнов В.Г., Жиборов Б.Н., Евдокимов В.В. Причины и признаки мужского бесплодия. – Рязань, 2013. – 256 с.

Профілактика невиношування вагітності у жінок групи ризику

О.О. Боженко

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

Мета дослідження: зниження частоти невиношування у жінок, які народжують уперше після 40 років на основі вивчення клініко-ехографічних, ендокринологічних, біохімічних і мікробіологічних змін, а також удосконалення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Матеріали та методи. Проведено клініко-функціональне й лабораторне дослідження у 80 жінок, які народжують вперше після 40 років, розподілених на дві групи і дві підгрупи кожна. До контрольної групи включено 20 первородящих у віці 20–30 років без акушерської та соматичної патології без обтяженого репродуктивного анамнезу.

Результати. Використання удосконаленої лікувально-профілактичної методики у жінок, які народжують вперше після 40 років, дозволяє не тільки істотно знизити частоту мимовільного переривання вагітності у I триместрі, а й поліпшити акушерські та перинатальні результати розродження.

Ключові слова: невиношування, діагностика, профілактика, групи ризику.

В умовах сьогодення частота передчасного переривання вагітності коливається у межах 10–25% [1, 2]. Незважаючи на той факт, що багато наукових колективів в Україні та за її межами працюють над вирішенням цієї проблеми, рівень невиношування вагітності (НВ) становить від 5,0% до 10,0% [3, 4].

Серед різних чинників ризику невиношування все більше значення приділяється репродуктивному анамнезу жінок, особливо в плані віку жінок та чоловіків, які планують вагітність [5, 6]. Успіхи сучасної репродуктології створили передумови до розуміння генезу порушень репродуктивної системи у жінок і забезпечили можливість більш глибокого розуміння механізмів НВ у жінок, які вагітніли природним шляхом і за допомогою допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) [7, 8].

В особливу групу ризику входять жінки, які народжують уперше після 40 років [1, 3]. При цьому патогенез НВ у цих жінок, у тому числі й після ДРТ, вивчено недостатньо. Відсутні чіткі дані про особливості формування й функціонального стану фетоплацентарного комплексу і порушень стану плода й новонародженого залежно від ендокринологічних й імунологічних особливостей. Крім того, відсутні дані про можливість ранньої діагностики та профілактики НВ з урахуванням варіанту настання вагітності.

Усе викладене вище є обґрунтуванням для проведення наукового дослідження.

Метою дослідження: зниження частоти невиношування у жінок, які народжу-

ють уперше після 40 років, на основі вивчення клініко-ехографічних, ендокринологічних, біохімічних і мікробіологічних змін, а також удосконалення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети даного наукового дослідження було проведено клініко-функціональне й лабораторне дослідження 80 жінок, які народжують вперше після 40 років, розподілених на дві групи і дві підгрупи кожна:

1-а група – 40 жінок, які народжують вперше після 40 років та одержували загальноприйнятні 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, які народжують вперше після 40 років, 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.

У контрольну групу увійшли 20 первородящих у віці 20–30 років без акушерської та соматичної патології без обтяженого репродуктивного анамнезу.

Загальноприйнятні лікувально-профілактичні заходи, які проводили відповідно до рекомендацій, включали наступні моменти [2, 3]:

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

Удосконалена нами методика заснована на використанні протягом 3–6 міс до настання вагітності наступних моментів:

- для профілактики порушень біоценозу статевих шляхів слід використовувати загальний пробіотик, до складу якого входять лактобацили та біфідобактерії та комплексний препарат, до складу якого входить аскорбінова кислота, вітамін Е, інулін та гіалуронова кислота у загальноприйнятій дозі;
- для корекції дисгормональних порушень екстракт прутняка звичайного у загальноприйнятій дозі;
- з метою корекції порушень гемостазу та метаболізму препарат амінокислоти аргінін у загальноприйнятій дозі.

Для ранньої діагностики невиношування додатково використовували ехографічний маркер (гіпоплазія хоріона) та ендокринологічні показники (вміст естрадіолу, прогестерону та кортизолу) з ранніх термінів вагітності.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, функціональні, інструментальні, лабораторні та статистичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що у жінок, які народжують уперше після 40 років, в анамнезі спостерігають високу частоту безпліддя (76,3%), основними причинами якого є жіночий чинник (41,1%); чоловічий (34,8%) та поєднаний (24,1%).

Сумарна частота невиношування у жінок, які народжують уперше після 40 років, становить 15,0%; після самостійної вагітності – 10,0%, а після допоміжних репродуктивних технологій – 20,0%. По термінах розвитку частіше за все це відбувається у 8 тиж вагітності (50,0%) і рідше – у 10 тиж (33,3%) і 12 тиж (16,7%).

Найбільш інформативними маркерами НВ у жінок, які народжують уперше після 40 років, крім клінічних (больовий синдром) є ехографічні – гіпоплазія хоріона (5–6 тиж – 35,0%; 9–10 тиж – 50,0% та 12–13 тиж – 60,0%) та ендокринологічні – зниження естрадіолу на 35,6% та прогестерону – на 31,7% при одночасно підвищенні кортизолу на 29,8%.

Частота передчасних пологів у жінок, які народжують уперше після 40 років, становить 23,5%, які виникають на тлі високої частоти плацентарної дисфункції (65,8%). У жінок після ДРТ рівень недоношування вагітності більше на 8,9%, а плацентарної дисфункції – на 25,7% відповідно.

Використання удосконаленого алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів дозволяє знизити частоту невиношування на 7,5%; передчасних пологів – на 18,1%; плацентарної дисфункції – 25,6%; асфіксії новонароджених середнього та важкого ступеня – на 18,2% і 12,2%, а також перинатальних втрат – на 8,9%.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що використання удосконаленої лікувально-профілактичної методики у жінок, які народжують вперше після 40 років, дозволяє не тільки істотно знизити частоту мимовільного переривання вагітності у I триместрі, а й поліпшити акушерські та перинатальні результати розродження.

Профилактика невынашивания беременности у женщин группы риска О.О. Боженко

Цель исследования: снижение частоты невынашивания у первородящих старше 40 лет на основе изучения клинико-эхографических, эндокринологических, биохимических и микробиологических изменений, а также усовершенствование алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Материалы и методы. Проведено клинико-функциональное и лабораторное обследование 80 первородящих старше 40 лет, которые были разделены на две группы и две подгруппы. В контрольную группу вошли 20 первородящих в возрасте 20–30 лет, без акушерской и соматической патологии и отягощенного репродуктивного анамнеза.

Результаты. Использование усовершенствованной лечебно-профилактической методики у первородящих старше 40 лет позволяет не только существенно снизить частоту самопроизвольного прерывания беременности в I триместре, но и улучшить акушерские и перинатальные результаты родоразрешения.

Ключевые слова: невынашивание, диагностика, профилактика, группы риска.

The women of risk group have a prophylaxis of unmaturing of pregnancy O.O. Bozhenko

The objective: depression of frequency of notincubation at primapara is more senior than 40 years on the basis of studying the clinical-ehografical, endocrinological, biochemical and microbiological changes, and also improvement of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Materials and methods. Clinical-functional and laboratory examination is conducted 80 primapara is more senior than 40 years which were divided into two groups and two subgroups. Control group made 20 primapara aged from 20 till 30 years, without obstetric and somatic pathology and the burdened genesial anamnesis.

Results. Use of an advanced treatment-and-prophylactic technique at primapara is more senior than 40 years allows not only to reduce significantly the frequency of a spontaneous abortion in I a trimester, but also to improve obstetric and perinatal results of delivery.

Key words: notincubation, diagnostics, prophylaxis, risk groups.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вдовиченко Ю.П. Шляхи зниження акушерських та перинатальних ускладнень у жінок віком понад 40 років / Ю.П. Вдовиченко, О.В. Талько // Перинатологія та педіатрія. – 2013. – № 2. – С. 12–16.
2. Мишко А.С. Профілактика невиношування вагітності у жінок, які народжують вперше у пізньому репродуктивному віці : Автореф. дис... канд. мед. наук. – К., 2008. – 19 с.
3. Талько О.В. Профілактика перинатальної патології у вагітних віком понад 40 років. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – К., 2015. – 19 с.
4. Childbearing beyond maternal age 50 and fetal outcomes in the United States / H.M. Salihu, M.N. Shumpert, M. Slay et.aa. // Obstet. Gynecol. – 2016. – Vol. 102. – P. 1006–1014.
5. Гусякова О.А. Метаболические и генетические аспекты невынашивания беременности при различной групповой принадлежности крови по системе АВО / О.А. Гусякова, Н.В. Спиридонова, М.В. Буданова // Медицинский вестник. – 2017. – № 1–2. – С. 34–35.
6. Спиридонова Н.В. Магниева терапия в комплексном лечении женщин с угрозой прерывания беременности в первом триместре / Н.В. Спиридонова, А.В. Казакова, О.А. Гусякова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2018. – Т. 10, № 3. – С. 33–37.
7. Буданова М.В. Распространенность невынашивания беременности у женщин с различной группой крови / М.В. Буданова, Н.В. Спиридонова, Е.В. Мелкадзе // Мат. XII Российского науч. форума Мать и дитя. – М., 2018. – С. 27.
8. Bancsi L. Performance of basal folliclestimulating hormone in the prediction of poor ovarian response and failure to become pregnant after in vitro fertilization: a metaanalysis // Fertil. Steril. – 2016. – V. 79. – P. 1091–1100.

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

*12 березня 2020 року,
КИЇВ – ТЕРНОПІЛЬ – ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ*

**Роль ендокринологічних та мікробіологічних порушень
у подружній парі під час застосування допоміжних
репродуктивних технологій**

О.О. Берестовий

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

Метою наукового дослідження є вивчення особливостей гормонального статусу і стану мікробіоценозу урогенітального тракту у чоловіків і жінок з безплідних подружніх пар, включених до програми ДРТ. У статті представлені дані обстеження 250 чоловіків і жінок у віці від 24 до 46 років (у середньому – 35,1±4,3 року), що перебували у безплідному шлюбі. Тривалість безпліддя у шлюбі варіювала від 2 до 16 років (у середньому – 6,5±2,1 року).

В етіопатогенетичній структурі безпліддя жіночий чинник виявляли у 30% випадків, чоловічий – у 10% випадків, тоді як у більшості подружніх пар (60%) діагностувалися комбінації поєднаних порушень репродуктивної функції.

Усі дослідження виконувалися відповідно до декларації Гельсінської Всесвітньої асоціації «Етичні принципи наукових і медичних досліджень за участю людини» з поправками 2018 року.

Результати проведених ендокринологічних і мікробіологічних досліджень у подружніх парах свідчать про глибше, ніж це прийнято вважати, порушення репродуктивної функції і чоловіків, і жінок, включених до програми ДРТ. При цьому основними патогенетичними ланками порушення репродуктивної функції у пред-

ставників подружніх пар є порушення нейроендокринної регуляції і мікробіоценозу сечостатевої системи. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму підвищення ефективності ДРТ.

**Актуальні аспекти зниження частоти невиношування вагітності
у жінок групи ризику**

О.О. Боженко

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

Метою дослідження було зниження частоти невиношування у жінок, які народжують уперше після 40 років на основі вивчення клініко-ехографічних, ендокринологічних, біохімічних і мікробіологічних змін, а також удосконалення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Відповідно до мети даного наукового дослідження було проведено клініко-функціональне й лабораторне дослідження у 80 жінок, які народжують уперше після 40 років, розподілених на дві групи і дві підгрупи кожна. Використання удосконаленого алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів дозволяє знизити частоту невиношування на 7,5%; передчасних пологів – на 18,1%; плацентарної дисфункції – 25,6%; асфіксії новонароджених середнього та важкого ступеня – на 18,2% і 12,2%, а також перинатальних втрат – на 8,9%.

Результати проведених досліджень свідчать, що використання удосконаленої лікувально-профілактичної методики у жінок, які народжують вперше після 40 років дозволяє не тільки істотно знизити частоту мимовільного переривання вагітності у I триместрі, але й поліпшити акушерські та перинатальні результати розродження.

**Сучасні аспекти розвитку кіст та доброякісних пухлин яєчників у
жінок репродуктивного віку**

А.В. Бойко

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

Мета дослідження: встановити основні причини розвитку кіст та ДПЯ у жінок репродуктивного віку на підставі встановлення основних факторів ризику. Для вирішення поставленої мети було проведено ретроспективний аналіз 500 операційних протоколів і гістологічних висновків на предмет відповідності клінічного і патоморфологічного діагнозу об'єму оперативного лікування.

Усіх жінок було розподілено на відповідні підгрупи: 284 жінок – кісти яєчників, 216 пацієнток – доброякісні пухлини яєчників.

Отримані результати свідчать, що у хворих із кістами і доброякісними пухлинами яєчників фіксували низку загальних патогенетично значущих ознак порушення репродуктивної функції і соматичного здоров'я, основними з яких є:

- порушення менструального циклу (кісти яєчників – 57,5%, доброякісні пухлини – 44,9%);
- висока частота запальних захворювань органів малого таза (кісти яєчників – 42,2%, доброякісні пухлини – 35,9%), частіше після штучних абортів (кісти яєчників – 50,5%, доброякісні пухлини – 40,7%);
- безпліддя різного генезу (кісти яєчників – 36,5%, доброякісні пухлини – 22,2%);
- перенесені раніше оперативні втручання на органах малого таза і черевної порожнини (кісти яєчників – 36,5%, доброякісні пухлини – 37,6%);
- захворювання печінки і (кісти яєчників - 38,6%, доброякісні пухлини – 48,1%).

До групи високого ризику щодо захворюваності кістами і доброякісними пухлинами яєчників включені хворі з високою частотою доброякісних захворювань шийки матки (OR=7,32) і тіла матки (OR=6,23), безпліддя (OR=2,77), запальних захворювань органів малого таза (OR=2,39), з порушеннями менструального циклу (OR=2,3); з високою частотою ангіні і вірусних інфекцій (OR=6,55), захворюваннями щитоподібної залози (OR=6,4), печінки (OR=4,59) і верхніх дихальних шляхів (OR=4,32), що не використовують раціональну контрацепцію (OR=2,09).

Отримані результати необхідно враховувати під час прогнозування кіст та ДПЯ у жінок репродуктивного віку.

Діагностика неспроможності тазового дна

Т.Г. Войток

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

Метою дослідження є вивчення клінічні симптоми неспроможності тазового дна у жінок репродуктивного віку.

Відповідно до мети дослідження було вивчено стан здоров'я 100 пацієнток репродуктивного віку, що звернулися у зв'язку з плановим профілактичним обстеженням. Критерієм включення в дослідження був репродуктивний вік, критерієм виключення – вагітність на момент обстеження.

Результати проведених досліджень свідчать, що клінічні особливості неспроможності тазового дна мають суттєве значення при встановленні діагнозу. Ретельний аналіз клініко-анамнестичних особливостей дозволяє виділити групу ризику для подальшого детального обстеження та обрання тактики хірургічного лікування.

Різні форм дисплазії грудних залоз: клініка та патогенез

С.Є. Гладенко

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

Метою дослідження було вивчення аспектів патогенезу дисплазії грудних залоз без та тлі генітальної патології у жінок перименопаузального віку.

Для вирішення поставленої мети було проведено обстеження 100 пацієнток перименопаузального віку з діагнозом дисплазії грудних залоз. Дослідження рівнів молекулярно-біологічних маркерів sVCAM-1, sFas ІФР-II і ІФРСБ-3, ІЛ-6 ІЛ-1β і лептину продемонструвало, що для виявлення проліферативної активності в грудних залозах доцільно проводити динамічне кількісне визначення таких маркерів, як sVCAM-1, sFas ІЛ-1β, ІЛ-6, ІФР-II і ІФРСБ-3. Оскільки підвищення вихідного рівня ІЛ-1β на 26%, sFas – на 21%, ІЛ-6 – на 21%, sVCAM-1 – на 25% і більше свідчить про можливу проліферативну активність в грудних залозах, а одночасне підвищення декількох маркерів, наприклад ІЛ-6, sFas ІЛ-1β є прямим показанням для проведення біопсії з подальшим цитологічним дослідженням отриманого матеріалу для діагностики проліферативного фенотипу.

Отримані результати свідчать, що основними моментами патогенезу дисплазії грудних залоз є клініко-анамнестичні дані, а також зміни цитокінового обміну й основних молекулярно-біологічних маркерів. Отримані результати необхідно використовувати під час розроблення комплексу діагностичних і прогностичних заходів.

Абдомінальне розродження при патології пуповини

С.О. Добарін

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

Результати проведених досліджень свідчать, що у групі багатонароджуючих жінок віком понад 40 років виконано 13 операцій кесарева розтину: 3 планових і 10 екстрених. Показаннями для екстреної операції кесарева розтину були:

- аномалії пологової діяльності, несподівані медикаментозній корекції – в двох випадках;
- гостра гіпоксія плода – в одному випадку;
- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти – в двох випадках;
- клінічно вузький таз – в двох випадках;
- патологія пуповини – в трьох випадках.

Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення тактики розродження жінок із патологією пуповини.

Різні форми гіперпластичних процесів ендометрія: клініка і діагностика

О.К. Ігнат'єва

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

Мета дослідження: встановлення клінічних особливостей різних форм гіперпластичних процесів в ендометрії у жінок у перименопаузальний період з урахуванням ролі хронічного ендометриу.

Для досягнення поставленої мети і завдань проведено клініко-лабораторне обстеження 100 пацієнток з матковими кровоточками різного характеру і наявність ехографічних ознак патології ендометрія.

Результати проведених досліджень свідчать, що у пацієнток з поєднанням гіперплазії ендометрія і хронічного ендометриу і з реактивною гіперплазією, порівняно з гіперплазією без атипії і з атипією, наголошується більш ранній початок і вираженість клінічних симптомів захворювання, тривалість яких перевищує 2 роки. У жінок з простою і складною типовою і атиповою гіперплазією зв'язок між морфологічним варіантом патологічного процесу і патогномонічною клінічною симптоматикою відсутній. У структурі супутніх захворювань у пацієнток з наявністю хронічного ендометриу переважають (порівняно з гіперплазією без атипії і з атипією) запальні процеси органів малого таза, доброякісні захворювання шийки матки, гіперпластичні процеси ендометрія, що свідчить про виражений системний характер патології.

Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у жінок з гіперпластичними процесами ендометрія, у тому числі і на фоні хронічного ендометриу.

Менструальна функція жінок після органозберігальних операцій на яєчниках

О.М. Іщак

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

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

Згідно з поставленою метою був досліджений морфофункціональний стан яєчників у 100 пацієнток з простою серозною цистаденомою (50 жінок) і зрілою тератомою (50 жінок) до і після органозберігальних операцій (кістектомія, резекція). Паралельно оцінювали менструальну і репродуктивну функцію. Оперативне втручання всім пацієнткам виконували лапароскопічним доступом за загальноприйнятою методикою.

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

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

Порушення менструальної функції у дівчат-підлітків після артифіційних абортів: діагностика і профілактика

О.А. Ковалишин

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

Метою наукового дослідження було зниження частоти порушень менструальної функції у дівчат-підлітків після артифіційних абортів на підставі комплексного вивчення стану системного імунітету, мікробіоценозу піхви і психоемоційного статусу, також розроблення і впровадження алгоритму лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів.

Для вирішення поставленої мети і завдань проведено комплексне клініко-лабораторне, функціональне і психологічне обстеження 100 дівчат-підлітків, яких було розподілено на дві групи.

Результати проведених досліджень свідчать, що проблема артифіційних абортів у дівчат-підлітків є досить серйозною і вимагає комплексного підходу з вирішенням не лише медичних, а й психологічних аспектів. Використання запропонованого алгоритму лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів дозволяє нормалізувати стан місцевого імунітету, стан мікробіоценозу статевих шляхів і знизити частоту вірусоносійства і вірусно-бактерійних контамінацій. Зрештою це сприяє зниженню частоти патологічних змін і підготовки репродуктивної системи дівчат до майбутнього материнства.

Підлітки, що перервали вагітність, у зв'язку з масовістю даного явища потребують тривалої психотерапевтичної допомоги, розуміння й участі як з боку батьків, педагогів, колективу учнів, так і з боку лікарів.

Отримані результати дозволяють рекомендувати розроблений алгоритм для широкого використання у практичній охороні здоров'я.

Ретрохоріальні гематоми у I триместрі як фактор ризику передчасних пологів

В.В. Козаченко

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

Метою наукового дослідження було вивчення впливу ретрохоріальних гематом у I триместрі вагітності на розвиток передчасних пологів.

Під спостереженням перебували 148 жінок (основна група) з ретрохоріальними гематомами. Низька плацентация виявлена при ультразвуковому дослідженні у терміні 14–16 тиж вагітності. Згідно з класифікації аномалій плацентации і варіантів міграції плаценти, критерієм включення пацієнток в основну групу було розташування плаценти (у 14–16 тиж) на відстані менше 2 см від внутрішнього зівашийки матки.

Результати проведеного гормонального скринінгу демонструють зниження функціональної активності плаценти у жінок із ретрохоріальними гематомами, які є патологічним типом адаптації плода, що свідчить про доклінічні порушення його стану. Встановлені зміни вказують на ризик розвитку передчасних пологів у жінок із ретрохоріальними гематомами у I триместрі вагітності.

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

Роль ефективності реабілітації після апоплексії яєчника в аспекті зниження частоти репродуктивних втрат у I триместрі вагітності

Е.О. Козуб

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

Метою дослідження було наукове обґрунтування необхідності 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,

II група – 30 жінок з больовою формою.

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

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

Стан кісткової тканини та фосфорно-кальцієвий обмін при постгістеректомічному синдромі у жінок із надлишковою масою тіла

В.В. Костіков

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

Мета дослідження: аналіз особливості стану кісткової тканини та фосфоро-кальцієвого обміну у жінок із надлишковою масою тіла при постгістеректомічному синдромі.

Відповідно до поставленої метою було обстежено 150 жінок перименопаузального періоду, середній вік яких становив $46,9 \pm 1,1$ року. 120 жінкам з різними гінекологічними захворюваннями була проведена гістеректомія, причому до 1-ї клінічної групи увійшли 60 пацієнток, яким була виконана гістеректомія без придатків; 60 пацієнток після гістеректомії з придатками увійшли до 2-ї клінічної групи, а до групи контролю включено 30 жінок без оперативного лікування в анамнезі.

На підставі вивчення щільності кісткової тканини і фосфорно-кальцієвого обміну, можна зробити висновок про наявність підвищення процесів резорбції і ремоделювання (з переважанням процесів резорбції) у пацієнток після хірургічного лікування (гістеректомія без і з придатками) на тлі виключення або зниження функції яєчників, що наводить до зменшення щільності кісткової тканини.

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

Ретрохоріальна гематома у I триместрі вагітності як фактор ризику перинатальних ускладнень

І.М. Кошова

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

Метою дослідження було вивчення особливостей перебігу вагітності і пологів, оптимізація діагностики і лікування вагітних з ретрохоріальною гематомою.

Для вирішення поставленої мети було проспективно обстежено 100 вагітних. Вік вагітних становив від 18 до 44 років (у середньому – $28,08 \pm 3,5$ року). В основну групу увійшли 70 пацієнток, вагітність яких ускладнилася клінікою загрози переривання вагітності. Основна група була розділена на дві підгрупи.

У результаті дослідження проведено оцінювання перебігу II і III триместрів вагітності і результати пологів, частота розвитку затримки зростання плода, плацентарної дисфункції, дистресу плода і перинатальної захворюваності у вагітних із загрозою переривання і ретрохоріальною гематомою у I триместрі вагітності.

На підставі даних дослідження продемонстрована ефективність комплексного патогенетичного лікування, яка дозволяє понизити частоту репродуктивних втрат, сприяє пролонгації вагітності і покращує перинатальну захворюваність і результати.

Поєднання дисплазії грудних залоз та міоми матки: медико-соціальні причини розвитку

О.Ю. Крук

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

Метою дослідження було вивчення сучасних аспектів розвитку поєднання дисплазії грудних залоз та міоми матки у жінок перименопаузального віку.

Для вирішення поставленої мети сформована група з 50 пацієток з дисплазією грудних залоз (25 жінок з дифузною формою та 25 жінок із локалізованими формами) та міомою матки.

Отримані результати свідчать, що основними причинами розвитку дисплазії грудних залоз та міоми матки є клініко-анамнестичні дані, а також зміна співвідношення рівнів гіпоталамо-гіпофізарних гормонів, яєчникових гормонів у вигляді абсолютної або відносної гіперестрогенії, більш виражені у пацієток з локалізованими формами дисплазії грудних залоз.

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

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

Тактика ведення II триместра вагітності з урахуванням генетичного обстеження

Д.В. Куфловський

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

Метою дослідження було встановлення значущості генетичних чинників у прогнозуванні тактики ведення II триместра вагітності. Для вирішення поставленої мети була розроблена нова методика прогнозування перинатальних втрат на підставі комплексного клініко-лабораторного і функціонального обстеження (плацентографічний, фетометричний, доплерометричний, кардіотокографічний, морфологічний, бактеріологічний і ендокринний статус) 359 вагітних з діагнозом «плацентарна дисфункція».

Результати проведених досліджень свідчать, що основними клінічними факторами ризику перинатальних втрат є початкова екстрагенітальна (82,7%) і генітальна патологія (52,8%); ускладнений перебіг попередніх вагітностей (репродуктивні втрати, прееклампсія, аномалії пологової діяльності, кесарів розтин) – 38,1% і вікові особливості (до 18 і старше 35 років) – 28,9%.

Слід зазначити, що поєднання різноманітних факторів становить $2,5 \pm 0,2$ на одну жінку. Під час аналізу прогностичної ефективності різноманітних лабораторних і функціональних методів дослідження встановлена найбільш висока пряма кореля-

тивна залежність перинатальних втрат і середнього показника стану плода ($r=+0,75$); рівня естріолу в сечі ($r=+0,71$) і кортизолу у периферичній крові ($r=+0,75$), а також ступеня дозрівання плаценти (передчасне $r=+0,71$ і відставання $r=+0,70$).

Функціональний стан яєчників після лікування різних форм апоплексії яєчника

П.М. Патій

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

Метою дослідження було вивчення впливу різних форм апоплексії яєчника на зміни функціонального стану яєчників.

Для вирішення поставленої мети було проведено клініко-лабораторне обстеження 140 жінок, з яких 65 хворих на апопексію яєчника, яким уперше виконано лапароскопію. Ці пацієнтки були включені в проспективне дослідження і розподілені на дві групи залежно методу гемостазу, який застосовували під час операції.

Результати дослідження свідчать, що здійснення гемостазу під час операцій у хворих з апопексією яєчника, яким би способом воно не здійснювалося (біполярний струм або накладення швів), призводить до втрати частини оваріального резерву. До великих втрат оваріального резерву призводить використання для зупинки кровотечі біполярної електрохірургії.

Отримані результати необхідно враховувати як під час оперативного лікування жінок репродуктивного віку з апопексією яєчника, так і відновленні репродуктивної функції, у тому числі і з використанням допоміжних репродуктивних технологій.

Вікові аспекти проліферативних процесів ендометрія: діагностика та лікування

Ю.М. Садигов

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

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

Для вирішення поставленої мети було обстежено 213 пацієнтки постменопаузального віку з наявністю проліферативних процесів ендометрія. Дані, отримані під час проведення ехографії, яку виконували всім спостережуваним після абляції ендометрія, підтвердили високу безпеку такого щадного методу малоінвазивної хірургії, як електрохірургічна абляція.

За даними УЗД органів малого таза у перші дві доби після операції спостерігали відсутність будь-яких ускладнень, при контрольних ультразвукових обстеженнях ста-

тевих органів протягом 6 років виявлена наявність в обстежених наявність збережених вогнищ ендометрія доброякісного характеру. Це підтверджує високу ефективність, малу травматичність і добру переносимість абляції і гістерорезектоскопії.

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

Трубна вагітність у жінок з різним репродуктивним анамнезом

В.А. Терехов

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

Метою наукового дослідження було вивчення основних клініко-діагностичних аспектів трубної вагітності у жінок з різним репродуктивним анамнезом.

Для вирішення поставленої мети і завдань був проведений аналіз клінічних спостережень за 227 пацієнтками, яким за екстреними свідченнями виконували лапароскопічне лікування трубної вагітності.

Усі обстежувані пацієнтки були розподілені на три групи залежно від репродуктивного анамнезу. У 1-у групу увійшли 35 жінок, в яких трубна настала після допоміжних репродуктивних технологій; до 2-ї групи увійшли 47 пацієток з трубною вагітністю, що настала після мікрохірургічного втручання на маткових трубах; до 3-ї групи (контрольної) – 145 пацієток з трубною вагітністю, які до захворювання на постійному обліку у гінеколога не перебували.

Результати проведених досліджень свідчать, що трубна вагітність у жінок з різним репродуктивним анамнезом має специфічні особливості. Так, основними клінічними симптомами трубної вагітності є затримка менструації (72,4%); біль у животі (77,3%) і кров'яні виділення зі статевих шляхів (71,0%). Частота цих симптомів нижче у пацієток після мікрохірургічних операцій на маткових трубах (61,7%, 66,0% і 59,6%) і ще менше у жінок після допоміжних репродуктивних технологій (54,3%, 31,4% і 25,8% відповідно).

Діагностична цінність різних методів дослідження при обстеженні пацієток з підозрою на позаматкову вагітність має наступну послідовність:

- лапароскопія (1,0);
- визначення у сечі хоріонічного гонадотропіну (0,97);
- ультразвукове дослідження органів малого таза вагінальним датчиком (0,88) і черевностіночним датчиком (0,87);
- вишкрібання стінок порожнини матки (0,71);
- кульдоцентез (0,63);
- гінекологічне обстеження (0,49).

Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-реабілітаційних заходів при трубній вагітності у жінок з різним репродуктивним анамнезом.

Наукове видання
ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ
СПІВРОБІТНИКІВ
НМАПО імені П.Л. ШУПИКА

Випуск 38

Головний редактор:
академік НАМН України, професор
Ю.В. Вороненко
Науковий редактор: член-кор. НАМН України, д.мед.н., проф.
Ю.П. Вдовиченко

Художній і технічний редактор:
Л.В. Тищенко

Комп'ютерне упорядкування та верстка: **А.О. Бондаренко**

Редактор англ. резюме: к.пед.н., доцент **Л.Ю. Лічман**

Замовник та видавець: НМАПО імені П.Л. Шупика

Адреса для листування: Україна, 04112, м. Київ-112, вул. Дорогожицька, 9
Адреса редакції: Україна, 04112, м. Київ-112, вул. Дорогожицька, 9, кім. 403,
тел./факс (044) 440-61-92
e-mail: nmapo403@ukr.net

Формат 60x84/16. Папір офсетний. Гарнітура Peterburg
Обл. видав. арк. – 6,96. Ум.-друк.арк. – 6,12.
ТОВ «Професіонал-Івент»
Тел./факс: (044) 257-27-27