



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, 2017 р. – 234 с.**

У 28 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 **Вдовиченко Ю.П.**

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. Головченко** – д.мед.н., проф.; **О.В. Голяновський** – д.мед.н., проф.; **О.В. Горбунова** – д.мед.н., проф.; **Л.Л. Давтян** – д.мед.н., проф.; **О.Я. Дзюблик** – д.мед.н., проф.; **М.М. Долженко** – д.мед.н., проф.; **О.Й. Жарінов** – д.мед.н., проф.; **С.І. Жук** – д.мед.н., проф.; **В.А. Загорій** – д.мед.н., проф.; **В.К. Казимирко** – д.мед.н., проф.; **В.М. Коваленко** – академік НАМН України, проф.; **Г.П. Козинець**, д.мед.н., проф.; **І.П. Козярін** – д.мед.н., проф.; **А.Г. Корнацька** – д.мед.н., проф.; **О.А. Лоскутов** – д.мед.н., проф.; **В.І. Мамчич** – д.мед.н., проф.; **О.В. Павленко** – д.мед.н., проф.; **М.Є. Поліщук** – член-кор. НАМН України, проф.; **В.А. Попов** – д.мед.н., проф.; **М.С. Пономаренко** – д.мед.н., проф.; **С.О. Риков** – д.мед.н., проф.; **Т.Г. Романенко** – д.мед.н., проф.; **Н.О. Савичук** – д.мед.н., проф.; **Н.Я. Скрипченко** – д.мед.н., проф.; **Л.В. Суслікова** – д.мед.н., проф.; **О.О. Тимофеев** – д.мед.н., проф.; **О.В. Ткаченко** – д.мед.н., проф.; **Р.О. Ткаченко** – д.мед.н., проф.; **М.А. Трещінська** – д.мед.н., проф.; **Л.Є. Туманова** – д.мед.н., професор; **Ю.І. Фещенко** – академік НАМН України, проф.; **Н.В. Харченко** – чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., проф.; **Н.І. Швець** – д.мед.н., проф.; **Н.М. Шуба** – д.мед.н., проф.

РЕКОМЕНДОВАНО: *Вченою радою Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, Протокол №6 від 14.06.17 р.*

АТЕСТОВАНО

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

медичні, фармацевтичні науки

Друкується згідно свідоцтва про внесення суб'єкта видавничої справи до державного реєстру видавців, виготовників і розповсюджувачів видавничої продукції – серія ДК №3617

Видається збірник з 1999 року, **засновник та видавець:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.

Періодичність виходу – чотири рази на рік

Відповідальна за комплектування, редагування та випуск: **Л.В. Тищенко**

Комп'ютерне упорядкування та верстка: **А.О. Бондаренко**

Рецензенти: **В.О. Товстановська** – д.мед.н., професор

М.Є. Яроцький – д.мед.н., професор

Редакційна колегія зберігає авторський текст без істотних змін, звертаючись до коректування в окремих випадках.

Відповідальність за вірогідність фактів, цитат, прізвищ, імен та інших даних несуть автори.

ISSN 2227-7404

© Національна медична академія
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 2017

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ім. П.Л. ШУПИКА

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ СПІВРОБІТНИКІВ НМАПО ім. П.Л. Шупика

ВИПУСК 28

(Частина 1)

Київ – 2017

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, 2017; 234 p.**

The 28st 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; 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 № 6, 14.06.2017

IS CERTIFICATED:

by Supreme Certifying Commission of Ukraine

Medical, Pharmaceutical Science

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

Is published under the certificate of subject of publishing entry in state register of publishers, manufactures and distributors of production, series DKN№3617.

The collection has been published since 1999, **Founder and Publisher:** Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education
Frequency of publication is 4 times per year

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

The reviewers: **V.O. Tovstanska** - 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, 2017

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 28
(Part 1)*

Kyiv – 2017

ЗМІСТ

АКУШЕРСТВО

Профілактика невиношування у вагітних з тиреоїдною дисфункцією в анамнезі <i>Д.Ю. Берая</i>	10
Гістероскопічний контроль під час хірургічного лікування вагітності, що не розвивається, як запорука збереження репродуктивного потенціалу ендометрія <i>Л.М. Семенюк, Н.М. Воронкова</i>	15
Оптимізація діагностики і корекції повторної плацентарної дисфункції <i>Д.О. Говсєєв</i>	21
Особливості прогнозування гестаційної патології у вагітних з недиференційованою дисплазією сполучної тканини <i>А.Л. Костюк</i>	25
Особливості перебігу неонатального періоду недоношених новонароджених на 28–33 тиж гестації від матерів після застосування допоміжних репродуктивних технологій <i>А.С. Мандрикова</i>	30
Морфологічні та ехографічні аспекти плацентарної дисфункції при варикозній хворобі у вагітних <i>Л.В. Манжула</i>	38
Кесарів розтин у жінок після 40 років <i>В.В. Маркевич</i>	45
Перинатальні наслідки при монохоріальній двійні <i>О.В. Мельник</i>	51
Особливості стану рубця при повторному кесаревому розтині <i>Нунга Крістіна Жиме</i>	59
Шляхи зниження частоти перинатальної патології після допоміжних репродуктивних технологій <i>Я.А. Рубан</i>	65
Функціональні особливості фетоплацентарного комплексу при порушеннях плацентації у жінок з аномаліями розвитку матки <i>А.П. Садовий</i>	72
Настання багатоплідної вагітності самостійно або після допоміжних репродуктивних технологій: порівняльні аспекти <i>О.М. Сусідко</i>	80
Вплив плацентації на перинатальні наслідки розродження <i>О.М. Томнюк</i>	84
Оптимізація тактики ведення жінок з високим перинатальним ризиком на фоні надлишкової маси тіла та метаболічного синдрому <i>Т.Д. Фахрутдінова</i>	90

Аномальна плацентація і перинатальні результати розродження <i>І.О. Фортуна, Л.В. Мніх, А.В. Кожухарь, В.В. Шелудченко</i>	94
Влияние варикозной болезни на морфологические изменения плаценты и развитие плацентарной дисфункции <i>И.О. Фортуна, Л.В. Мних, А.В. Кожухарь, В.В. Шелудченко</i>	100
Особливості цитокінового статусу рубця на матці після кесарева розтину <i>І.О. Фортуна, Л.В. Мніх, А.В. Кожухарь, С.В. Деришов</i>	107
Влияние различных форм вирусной инфекции на развитие плацентарной дисфункции <i>И.О. Фортуна, Л.В. Мних, А.В. Кожухарь, С.В. Деришов</i>	112
Особливості репродуктивного здоров'я жінок з обтяженим анамнезом <i>К.В. Ходорчук</i>	116

ГІНЕКОЛОГІЯ

Особенности гормональной дисфункции у женщин, перенесших различные методы прерывания беременности в I триместре <i>С.Н. Бакшеев</i>	122
Роль системного і місцевого фагоцитозу в діагностиці та лікуванні інфекційно-запальних захворювань піхви <i>В.В. Децик</i>	127
Особливості порушень репродуктивної функції у жінок з доброякісними новоутвореннями яєчників <i>А.В. Єжова</i>	134
Корекція оваріальної дисфункції в пубертатному періоді у дівчат, народжених з великою масою тіла <i>В.М. Зінченко</i>	138
Вплив метаболічного синдрому на тактику ведення жінок з поєднаною патологією матки у період постменопаузи <i>В.В. Костіков</i>	148
Вплив удосконаленої консервативної міомектомії на відновлення репродуктивної функції жінок <i>О.О. Літвак</i>	154
Особливості впливу гормональної та внутрішньоматкової контрацепції на репродуктивне здоров'я жінки <i>О.А. Лубковська</i>	159

Тактика хірургічного лікування поєднаної патології матки у жінок старшого віку	
<i>О.Ю. Мініна</i>	167
Поєднання міоми матки та аденоміозу: тактика хірургічного лікування	
<i>Т.П. Поліщук</i>	173
Сучасні фактори ризику аденоміозу	
<i>П.М. Прудніков</i>	179
Оптимізація хірургічного лікування нестресового нетримання сечі	
<i>Д.М. Федорова</i>	185
Влияние генитальной патологии на развитие доброкачественных заболеваний грудных желез	
<i>К.В. Ходорчук</i>	191
Особливості плацентарної дисфункції у жінок з оперованими яєчниками з приводу ендометріозу	
<i>Ю.М. Шостак</i>	196

БЕЗПЛІДДЯ

Вплив доброякісної патології грудних залоз на тактику проведення допоміжних репродуктивних технологій	
<i>М.М. Адамов, Г.В. Колесник</i>	199
Дослідження гравідарних можливостей ендометрія у жінок із завмерлою вагітністю в анамнезі	
<i>Л.М. Семенюк, Н.М. Воронкова</i>	203
Вплив безплідності в анамнезі на розвиток перинатальної патології	
<i>К.С. Інсарова</i>	208
Патологія ендометрія різного генезу як причина порушень репродуктивної функції	
<i>Г.О. Толстанова</i>	212
Особливості психологічних порушень у жінок – медичних працівників з безплідністю та використання допоміжних репродуктивних технологій	
<i>О.С. Шелигін</i>	217

Тези науково-практичного семінару у форматі телемосту «Міжнародні та вітчизняні стандарти надання гінекологічної допомоги» 25 травня 2017 року

<i>М.М. Адамов</i>	221
<i>С.М. Бакшеев</i>	222
<i>Д.Ю. Берая</i>	222
<i>Д.О. Говсеєв</i>	223
<i>В.В. Децик</i>	223
<i>А.В. Єжова</i>	224
<i>В.М. Зінченко</i>	224
<i>К.С. Інсарова</i>	224
<i>В.В. Костіков</i>	225
<i>А.Л. Костюк</i>	225
<i>О.О. Літвак</i>	226
<i>А.С. Мандрикова</i>	226
<i>Л.В. Манжула</i>	227
<i>В.В. Маркевич</i>	227
<i>О.В. Мельник</i>	228
<i>О.Ю. Мініна</i>	228
<i>Нунга Крістіна Жиме</i>	229
<i>П.М. Прудніков</i>	229
<i>Я.А. Рубан</i>	230
<i>А.П. Садовий</i>	230
<i>О.М. Сусідко</i>	231
<i>Г.О. Толстанова</i>	231
<i>О.М. Томнюк</i>	231
<i>Т.Д. Фахрутдінова</i>	232
<i>Д.М. Федорова</i>	232
<i>О.С. Шелигін</i>	233
<i>Ю.М. Шостак</i>	233

Профілактика невиношування у вагітних з тиреоїдною дисфункцією в анамнезі

Д.Ю. Берая

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

Результати проведених клінічних і додаткових методів дослідження підтверджують ефективність вдосконаленого нами алгоритму лікувально-профілактичних заходів, що виявляється зниженням частоти акушерських та перинатальних ускладнень у вагітних з тиреотоксикозом. Це дає нам право рекомендувати його для широкого використання у практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: невиношування, тиреоїдна дисфункція.

Невиношування вагітності є однією з найважливіших проблем сучасної охорони здоров'я у всьому світі. При цьому частота передчасного переривання вагітності коливається в межах 10–25% [1, 2].

Частота залізодефіцитної анемії (ЗДА) у вагітних продовжує неухильно зростати, і це зростання, мабуть, найближчими роками зберігатиметься. Так, в Україні з 2002 по 2012 рік частота ЗДА зросла в 4,5 разу – з 8,7 до 39,13% [3, 4]. При цьому рівень ЗДА при багатьох видах хронічної екстрагенітальної патології ще вищий, ніж у загальній популяції вагітних, що негативно впливає на перебіг вагітності, пологів і стан плода [5–7].

Дані багаточисельних досліджень, присвячені патології щитоподібної залози (ЩЗ) у вагітних дозволили прийти до двох положень, які необхідно порівнювати при підході до кожної пацієнтки. По-перше, патологія ЩЗ під час вагітності несе певний ризик порушення розвитку плода, по-друге, вона не може розглядатися як протипоказання до планування вагітності [4–7].

У той самий час, вагітні з тиреотоксикозом мають підвищений ризик розвитку різних акушерських і перинатальних ускладнень, а існуючі лікувально-профілактичні заходи не завжди ефективні.

Патогенез невиношування і ЗДА на тлі тиреотоксикозу вивчений недостатньо. Відсутні чіткі дані про особливості формування і функціонального стану фетоплацентарного комплексу і порушень стану внутрішньоутробного плода і новонародженого залежно від початкових особливостей ендокринологічних порушень. Крім того, відсутні дані про диференційований підхід до профілактики невиношування вагітності і ЗДА вагітних з врахуванням основних причин тиреотоксикозу.

Усе викладене вище є чітким обґрунтуванням актуальності вибраного наукового напрямку.

Мета дослідження: зниження частоти невиношування і ЗДА вагітних у жінок з тиреотоксикозом на підставі вивчення основних клінічних, ехографічних, ендокринологічних і гематологічних змін, а також удосконалення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети даного наукового дослідження була розроблена програма дослідження, що включає такі моменти:

- підбір контингенту обстежуваних вагітних: наявність тиреотоксикозу в анамнезі;
- клінічний аналіз перебігу вагітності та пологів;
- вивчення ендокринних параметрів;
- вивчення гематологічних параметрів;
- вивчення біохімічних параметрів;
- комп'ютерна обробка отриманих даних.

Клініко-функціональне і лабораторне дослідження було проведено у 60 вагітних з тиреотоксикозом, розділених на дві групи:

- 1 група – 30 вагітних з тиреотоксикозом, які отримували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи;
- 2 група – 30 вагітних з тиреотоксикозом, яким проводилася розроблена нами методика профілактики невиношування вагітності та анемії вагітних.

Усі вагітні з тиреотоксикозом спостерігалися сумісно з лікарем-ендокринологом. Контрольну групу склали 30 вагітних, які народжують вперше та не мають акушерської та соматичної патології.

Загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи проводилися відповідно до наказу МОЗ України від 15.07.2011 року № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні»; Наказу МОЗ України від 03.11.2008 року № 624 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15 грудня 2003 року № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» та Наказу МОЗ від 31.12.2004 року № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»; Наказу МОЗ від 29.12.2005 року № 782 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».

Запропонована нами методика включає в себе використання: калію йодид 200 мкг, фолієву кислоту 400 мкг та сульфат заліза 320 мг під контролем основних лабораторних методів дослідження. Терміни і тривалість використання препаратів підбиралися індивідуально.

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

Спостереження та клініко-лабораторне обстеження вагітних проводилося відповідно до загальноприйнятих нормативів (Наказ МОЗ України від 15.07.2011 року № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні») з урахуванням нозології.

Діагноз «тиреотоксикоз» верифіковано на підставі даних об'єктивного обстеження (огляд, пальпація ЩЗ, клінічної картини, імуноферментного дослідження вмісту гормонів тиреотропного гормону (ТТГ), вільного трийодтироніну (fT3), вільного тироксину (fT4) у сироватці крові).

При пальпаторному дослідженні розміри ЩЗ оцінювали за класифікацією ВООЗ (2011).

Для диференційної діагностики аутоімунних захворювань ЩЗ проводили визначення антитіл до тиреоїдної пероксидази з використанням імуноферментного методу на аналізаторі «Cobas e 411» фірми Roche за загальноприйнятою методикою.

Діагноз «залізодефіцитна анемія» встановлювали на підставі критеріїв ВООЗ, які включали концентрацію гемоглобіну нижче 110 г/л, вміст сироваткового заліза нижче 12,5 мкмоль/л.

Гематологічні показники: кількість еритроцитів, концентрація гемоглобіну, показник гематокриту, середній об'єм еритроцитів, середній вміст і середня концентрація гемоглобіну в еритроциті визначали на аналізаторі Swelab alfa basic фірми Boule Medical A.B. за загальноприйнятою методикою.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що у структурі тиреотоксикозу у жінок репродуктивного віку переважає субклінічна форма (65,0%) у порівнянні з легким (30,0%) і важким ступенем (5,0%).

Основними варіантами супутньої екстрагенітальної патології являються нейроциркуляторна дистонія (60,0%) і варикозна хвороба (43,3%), а генітальної – порушення менструальної функції (56,7%).

Основним ускладненням гестаційного процесу у жінок з тиреотоксикозом є залізодефіцитна анемія (100,0%), а також висока частота плацентарної дисфункції (73,3%), прееклампсії (70,0%) і загроза переривання вагітності (36,7%).

Структура ступеня тяжкості анемії у вагітних з тиреотоксикозом істотно відрізняється у динаміці вагітності. У І триместрі переважає легкий ступінь (90,0%), а в II і III – середній (53,3% і 40,0%) і важкий ступінь (10,0% і 33,3% відповідно).

Акушерські результати розродження вагітних з тиреотоксикозом характеризуються високою частотою дистресу плода (33,3%); передчасного розриву плодових оболонок (20,0%); передчасних пологів (16,7%) і аномалій пологової діяльності, що призводить до значного рівня абдомінального розродження (20,0%).

Основними перинатальними ускладненнями у жінок з тиреотоксикозом є асфіксія легкого і середнього ступеня тяжкості (33,3%); загроза реалізації внутрішньоутробного інфікування (26,7%); постгіпоксична енцефалопатія (20,0%) і недоношеність (16,7%).

Плацентарна дисфункція у жінок з тиреотоксикозом починає розвиватися з 20–22 тиж вагітності і характеризується ехографічними змінами плаценти (передчасне дозрівання) в 66,7% і змінами гемодинаміки в артерії пуповини і в матковій артерії, а також дисгормональними змінами після 30 тиж гестації.

Зміни метаболізму заліза у вагітних з тиреотоксикозом починаються з 10–12 тиж гестації і зберігаються до розродження. Вони полягають в достовірному зниженні вмісту сироваткового заліза і ферритину; трансферину, коефіцієнта насичення трансферину залізом і загальної залізоз'єднувальної здатності сироватки крові.

Ефективність вдосконаленого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у вагітних з тиреотоксикозом дозволяє знизити частоту анемії вагітних (з 100,0% до 60,0%) і невиношування (з 16,7% до 6,7%), а також зменшити рівень плацентарної дисфункції (з 73,3% до 46,7%); дистресу плода (з 33,3% до 16,7%); асфіксії новонароджених (з 33,3% до 16,7%) і абдомінального розродження (з 20,0% до 10,0%).

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

- з метою підвищення ефективності профілактики анемії вагітних і невиношування у жінок з тиреотоксикозом слід додатково використовувати з 10–12 тиж гестації комплексний препарат калію йодид (200 мкг) і фолієву кислоту (400 мкг), а також сульфат заліза (320 мг). Тривалість і терміни вживання препаратів підбираються індивідуально під контролем основних лабораторних методів дослідження;
- для ефективної діагностики анемії вагітних та її ступеня тяжкості слід додатково вивчати основні показники метаболізму заліза (вміст сироваткового заліза і ферритину; трансферину, коефіцієнта насичення трансферину залізом і загальної залізоз'єднувальної здатності сироватки крові), починаючи з прегравідарного періоду і в динаміці вагітності.

ВИСНОВКИ

Результати проведених клінічних і додаткових методів дослідження підтверджують ефективність вдосконаленого нами алгоритму лікувально-профілактичних заходів, що виявляється зниженням частоти акушерських та перинатальних ускладнень у вагітних з тиреотоксикозом. Це дає нам право рекомендувати його для широкого використання у практичній охороні здоров'я.

Профилактика невынашивания у беременных с тиреоидной дисфункцией Д.Ю. Беряя

Результаты проведенных клинических и дополнительных методов исследований подтверждают эффективность усовершенствованного нами алгоритма лечебно-профилактических мероприятий, что заключается в снижении частоты акушерских и перинатальных осложнений у беременных с тиреотоксикозом. Это дает нам право рекомендовать его для широкого использования в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: невынашивание, тиреоидная дисфункция.

**Preventive maintenance incompetence at pregnant women with
thyreoidal dysfunction
D.Yu. Beray**

Results of the spent clinical and additional methods of researches confirm efficiency of the algorithm improved by us medical – preventive actions that consists in frequency decrease obstetrical and perinatal complications at pregnant women with thyreoidal dysfunction. It grants to us is right to recommend it for wide use in practical public health services.

Key words: *incompetence, thyreoidal dysfunction.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях / Под ред. В.Е. Радзинского. – М.: Гэотар-медиа, 2013. – 567 с.
2. Віраг М.В. Тиропатії як фактор стимуляції невиношування вагітності / М.В. Віраг // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2013. – № 3. – С. 85–88.
3. Геворкян М.А. Анемия беременных: патогенез и принципы терапии/ М.А. Геворкян, Е.М. Кузнецова //Здоровье женщины. – К., 2015. – № 10. – С. 76–8.
4. Глушко Л.В. Медикаментозне лікування анемії вагітних: застосування еритропоєтину/ Л.В. Глушко, В.Т. Рудник //Вісн. наук. досліджень. – Тернопіль, 2015. – № 2. – С. 121–129.
5. Гопчук О.М. Анемія вагітних – фактор ризику акушерської та перинатальної патології/ О.М. Гопчук // Здоровье женщины. – К., 2015. – № 6. – С. 19–23.
6. Давидова Ю.В. Захворювання системи крові та вагітність/ Ю.В. Давидова, О.М. Мокрик, А.О. Огородник //Репродуктивна ендокринологія. – К., 2015. – № 1. – С. 26–44.
7. Дашкевич В.Є. Функціональний стан щитовидної залози при невиношуванні вагітності в умовах різної йодної забезпеченості / В.Є. Дашкевич, С.О. Герзанич, Л.М. Булик // Репродуктивное здоровье женщины. – 2007. – № 2. – С. 44–51.

УДК 618.333-089

**Гістероскопічний контроль
під час хірургічного лікування
вагітності, що не розвивається,
як запорука збереження
репродуктивного потенціалу
ендометрія**

Л.М. Семенюк, Н.М. Воронкова

Український науково-практичний центр ендокринної хірургії,
трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, м. Київ

Виконано катamnестичне порівняння перебігу післяопераційного періоду після спорожнення матки у жінок із завмерлою вагітністю традиційним методом та при гістероскопічному контролі якості оперативного втручання. Проаналізовано ультразвукові, клінічні особливості постопераційного періоду, час перебування у стаціонарі. Встановлено що гістероскопічний контроль під час спорожнення матки при вагітності, що не розвивається, більш ефективний щодо зменшення кількості ускладнень, пов'язаних з безпосереднім звільненням порожнини матки від елементів вагітності та травматизацією ендометрія, яка супроводжується гематометрою, супроводжується швидшими темпами нормалізації температури тіла, а також дозволяє скоротити термін перебування жінки у стаціонарі (у 1,75 разу), що свідчить про більш ефективну модель допомоги при даній патології. Результати дослідження є підставою для визначення подальших досліджень структури та рецепторної складової ендометрія у жінок та оптимізації якості їхньої прегравідарної підготовки.

Ключові слова: *аборт, що не відбувся, гістероскопія, ендометрій.*

Невиношування вагітності належить до найбільш важливих проблем акушерства за своїм соціальним та медичним значенням [1, 3], що зберігає свою актуальність завдяки поліетіологічності причин виникнення цієї патології: хромосомні аномалії, генні мутації, ендокринні та імунні порушення, бактеріально-вірусні інфекції, аномалії розвитку органів малого таза. Це далеко не повний перелік факторів, що спричиняють завмирання вагітності [1]. Заслугує на особливу увагу й демографічна ситуація, адже за даними деяких авторів [3], кожні 5 років на 20% зменшується кількість жінок, здатних народити здорову дитину, а отже збереження і розвиток бажаної вагітності потребує ретельної індивідуальної прегравідарної підготовки.

Згідно клінічного протоколу з акушерської допомоги «Невиношування вагітності» від 03.11.2008 року № 624 аборти класифікуються:

- Загрозливий аборт О.20.0
- Спонтанний аборт О03:
- Неповний аборт О03-О03.4
- Повний аборт О03.5-О03.9
- Звичний викидень №96
- Передчасні пологи О60

Крім того виділяють :

- Аборт, що не відбувся
- Інфікований аборт

Особливої уваги заслуговують завармерла вагітність (загибле плідне яйце) та непухирний занос О.02.0 та викидень, який не відбувся О.02.1, які мають окремий шифр в Міжнародній статистичній класифікації хвороб (МКХ) 10-го перегляду (розроблена ВООЗ, введена в дію в 1993 році).

Частота виявлення завармерлої вагітності становить близько 70% випадків в І триместрі, в 21,3% у II і 10,1% в III триместрах. Її питома вага серед мимовільних викиднів, за даними різних авторів, сягає 15%, а на ранніх термінах – до 45–80% [3].

При цій формі самовільного аборту загибель ембріона (плода) на ранньому терміні вагітності супроводжується затримкою його в порожнині матки, та породжує цілий каскад патологічних змін в організмі жінки, спричинених тривалим знаходженням завармерлого ембріона/плода в порожнині матки: від відсутності будь-яких проліферативних та метаболічних процесів з боку клітиннотканинних елементів плідного яйця у зв'язку з їхніми дистрофічними та некробіотичними змінами, до ареактивності матки, яка не скорочується. В результаті цього елементи завармерлої вагітності залишаються у порожнині матки [8]. Регрес контрактильної функції міометрія при вагітності, що не розвивається, за даними авторів [3, 4] найбільш виражений у перші 3 тиж внутрішньо маткової загибелі плідного яйця. Саме з патологічною інертністю матки пов'язують 27,3% випадків формування missedabortion.

Тип самовільного аборту в анамнезі жінок, які планують безпечне материнство, надзвичайно важливе для відновлення репродуктивного здоров'я жінки [5, 8]. Адже за даними авторів, у 27,4% жінок, які перенесли завармерлу вагітність, у подальшому формується звичне невиношування вагітності. Ризик повторного переривання вагітності після одного викидня виникає у 22% жінок, після двох – у 26%, після трьох – у 32% [1, 6].

Звільнення матки від елементів вагітності, що не розвивається, становить складну акушерсько-гінекологічну проблему: від патологічної кровотечі, що загрожує життю і здоров'ю жінки, до розвитку запального процесу ендометрія, що спричинює втрату їх рецепторної складової та нездатності майбутньої гравідарної перебувати [7, 8].

Враховуючи наведене вище, важливим у лікуванні є своєчасна та повна евакуація плідного яйця з порожнини матки.

Мета дослідження: визначення безпечного шляху спорожнення матки при завармерлій вагітності до 12 тиж гестації.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Нами була проведена ретроспективна клініко-анамнестична оцінка перебігу післяопераційного періоду стану жінок з вагітністю, що не розвивається, які були прооперовані шляхом інструментального спорожнення порожнини матки шляхом вакуум-аспірації безгістероскопічного контролю (30 пацієнток) – основна група та з гістероскопічним контролем (30 жінок) – група порівняння. Загальна кількість жінок – 60.

Дизайн дослідження:

- аналіз репродуктивної функції за анамнестичними даними післяпологового чи післяабортного періоду;
- показники температурною кривої тіла після проведення операції;
- УЗД органів малого таза на 2-у та 4-у добу післяопераційного періоду;
- термін перебування в стаціонарі.

Була проведена ретроспективна клініко-анамнестична оцінка перебігу післяопераційного періоду у жінок з вагітністю, що не розвивається. Як правило, діагноз встановлювався на підставі даних ультразвукового сканування та невідповідності розмірів плідного яйця терміну гестації, відсутності серцевої діяльності ембріона, відсутність рухів, зміни структурних елементів плідного яйця «пустого» плідного яйця при анембріонії. (Згідно наказу МОЗ України № 624 від 03.11.2008 року «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вік обстежених жінок становив від 19 до 42 років. У 38 (63%) з них вагітність була першою, у 18 (30%) – другою, у 4 (7%) – третьою. Більше половини (57%) попередніх вагітностей завершилися пологами, 28% – завармерла вагітність, 15% – штучне переривання вагітності. Запальні захворювання жіночих статевих органів в анамнезі були у 34 (56,7%) жінок: у 8 – хронічний аднексит, у 14 – кольпіт, у 12 пацієнток – цервіцит, у 5 пацієнток – бактеріальний вагіноз, у 3 пацієнток діагностували поєднання декількох нозологічних форм. Усі жінки були сановані на час настання останньої вагітності в умовах жіночої консультації. Відхилень в загально-клінічних аналізах на час госпіталізації не спостерігали.

Гістероскопію виконували на апараті KarlStorz. Гістероскопічний контроль, проведений після РДВ, дозволив виявити залишки елементів вагітності, кров та щільно прикріплені частини хоріально-плацентарної тканини і прицільно видалити їх. Після спорожнення матки в обох групах призначали антибактеріальну терапію (ципрофлоксацин 400 мг на добу внутрішньовенно) протягом 5 діб. У післяопераційний період на 2-у та 4-у добу всім пацієнткам було проведено ультразвукове дослідження для виявлення ускладнень у вигляді гематометри або залишків плідного яйця.

Таблиця 1

Ультразвукові ознаки ускладнень післяопераційного періоду після переривань замірлої вагітності 1-го триместру

Ускладнення	1-а група (основна)	2-а група (порівняння)
Залишки плідного яйця	5 (16,7%)	0
Гематометра	7 (23,3%)	1 (1,7%)

Таблиця 2

Температурні показники післяопераційного періоду жінок із замірлою вагітністю

Температурні показники	Група	
	Основна	Порівняння
36,6-36,8	1-а доба – 4 (14%) 2-а доба – 18 (60%) 3-я доба – 28 (93%)	1-а доба – 2 (7%) 2-а доба – 8 (26%) 3-я доба – 18 (60%)
36,9-37,1	1-а доба – 16 (53%) 2-а доба – 10 (33%) 3-я доба – 2 (7%)	1-а доба – 10 (33%) 2-а доба – 18 (60%) 3-я доба – 10 (33%)
37,2-37,5	1-а доба – 10 (33%) 2-а доба – 2 (7%) 3-я доба – 0	1-а доба – 18 (60%) 2-а доба – 4 (14%) 3-я доба – 2 (7%)

Ефективність лікування оцінювали ехографічно (наявність чи відсутність ускладнень) за температурною кривою у післяопераційний період та терміном перебування у стаціонарі.

За даними УЗД, в основній групі з 30 жінок у 1 було ускладнення вигляді гематометри (1,7%), в контрольній групі ускладнення у вигляді гематометри були у 7 пацієнток (23,3%), залишки плідного яйця – у 5 пацієнток (16,7%), тобто загалом за ехографічною картиною 12 пацієнток мали ускладнення після операції, що складало 40% (табл. 1).

Температура у післяопераційний період представлена в табл. 2.

Термін перебування у стаціонарі жінок, яким переривання вагітності виконували з гістероскопічним контролем, становив 4–5 днів (окрім однієї пацієнтки з гематометрою, яка знаходилась у стаціонарі 6 днів), у той час як у жінок в основній групі – 6–7 днів.

ВИСНОВКИ

1. Виявлені особливості перебігу післяопераційного періоду жінок після переривання замірлої вагітності з застосуванням гістероскопічного контролю зменшують кількість ускладнень, зокрема у вигляді гематометри та залишків плідного яйця, та попереджують розвиток запального процесу ендометрія, зменшують термін перебування пацієнтки в стаціонарі.

2. Результати дослідження є підставою рекомендувати гістероскопічний контроль при спорожненні матки при вагітностях, що не розвиваються, в широке використання.

3. Результати дослідження є підставою проспективного дослідження наявності хронічного ендометриту у жінок, що планують вагітність, із застосуванням гістероскопії.

Гистероскопический контроль во время хирургического лечения неразвивающейся беременности как залог сохранения репродуктивного потенциала эндометрия

Л.Н. Семенюк, Н.М. Воронкова

Выполнено катamnестическое сравнение течения послеоперационного периода после опорожнения матки у женщин с замершей беременностью традиционным методом и при гистероскопическом контроле качества оперативного вмешательства. Прослежены ультразвуковые, клинические особенности послеоперационного периода, термин пребывания в стационаре. Установлено, что гистероскопический контроль при опорожнении матки при неразвивающейся беременности более эффективен в отношении уменьшения количества осложнений, связанных с непосредственным освобождением полости матки от элементов беременности и травматизации эндометрия, которая сопровождается гематометрой, быстрыми темпами нормализации температура тела, а также позволяет сократить срок пребывания женщины в стационаре (в 1,75 раза), что говорит о более эффективной модели помощи при данной патологии. Результаты исследования стали основанием для определения дальнейших исследований структуры и рецепторной составляющей эндометрия у женщин, планирующих беременность в будущем, и оптимизации качества их прегравидарной подготовки.

Ключевые слова: *несостоявшийся аборт, гистероскопия, эндометрий.*

Hysteroscopic control during surgical treatment of an undeveloped pregnancy, as a pledge of preservation of the reproductive potential of the endometrium

L. Semeniuk, N. Voronkova

A follow-up comparison of the course of the postoperative period after the emptying of the uterus was performed in women with a frozen pregnancy by the traditional method and with hysteroscopic control of the quality of the operative intervention. Traced ultrasound, clinical features of the post-operation period, the term stay in the hospital. It has been established that hysteroscopic control during emptying of the uterus with undeveloped pregnancy is more effective in reducing the number of complications associated with the immediate liberation of the uterine cavity from the elements of pregnancy and endometrial trauma, accompanied by a hematometer, accompanied by a rapid rate of normalization of body temperature. In a hospital (in 1,75 times), that speaks about more effective model of the help at the given pathology. The results of the study became the basis for determining further studies of the structure and receptor component of the endometrium in women planning pregnancy in the future and optimizing the quality of their pregravid preparation.

Key words: *missed abortion, hysteroscopy, endometrium.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Лупояд В.С. Привычное невынашивание беременности: современный взгляд на старую проблему / В.С. Лупояд, И.С. Бородай, О.Н. Аралов, И.Н. Щербина // Міжнародний медичний журнал. – 2011. – Т. 17, № 4 (68). – С. 54–60.
2. Подольский В.В. Прегравидарная подготовка женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов, профилактика и прогнозирование акушерских и перинатальных осложнений у них во время беременности – залог безопасного материнства / В.В. Подольский // Здоровье женщины. – 2012. – № 8. – С. 91–94.
3. Радзинский В.Е. Неразвивающаяся беременность / В.Е. Радзинский, В.И. Дмитрова, И.Ю. Майскова. – М.: Геотар-Медиа, 2009. – 196 с.
4. Роль эндометрия в генезе невынашивания беременности / Е.М. Демидова [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2005. – № 6. – С. 11–13.
5. Дубоссарская З.М. Прегравидарная подготовка женщин с невынашиванием беременности / З.М. Дубоссарская // Здоровье женщины. – 2009. – № 8. – С. 20–22.
6. Егорова Я.А. Прегравидарная подготовка как профилактика невынашивания беременности у женщин с воспалительными процессами органов малого таза / Я.А. Егорова // Таврический медико-биологический вестник. – 2012. – Т. 15, № 4. – С. 130–134.
7. Сухих Г.Т. Хронический эндометрит / Г.Т. Сухих, А.В. Шуршалина. – М.: Геотар-Медиа, 2010. – 64 с.
8. Тищенко А.Н. Деякі аспекти прегравидарної підготовки жінок, які перенесли завору вагітність / А.Н. Тищенко // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2011. – № 1. – С. 160–163.

УДК 618.36-008.6-092-07:612.64

Оптимізація діагностики і корекції повторної плацентарної дисфункції

Д.О. Говсеєв

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

Результати проведених досліджень свідчать, що розродження жінок з плацентарною дисфункцією при попередній гестації супроводжується високою частотою перинатальної патології внаслідок значного рівня порушень у системі мати–плацента–плід, до того ж поєднаного генезу. З огляду на недостатню ефективність загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів нами удосконалена методика корекції плацентарної дисфункції у жінок цієї групи. Отримані клінічні, функціональні, лабораторні, мікробіологічні і вірусологічні результати підтверджують високу ефективність даної методики, що дає нам право рекомендувати для широкого використання у практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: плацентарна дисфункція, діагностика, корекція.

Проблема плацентарної дисфункції (ПД) є однією з найбільш актуальних у сучасному акушерстві [2]. Не дивлячись на те, що багато наукових колективів нашої країни і за кордоном працюють над вирішенням даної проблеми, частота порушень у системі мати–плацента–плід зростає з року в рік і на сьогодні досягає 60–70% [1]. Серед основних причин такої негативної тенденції виділяють збільшення частоти соматичної захворюваності, поширення інфекцій, що передаються статевим шляхом, несприятливий вплив виробничих і екологічних чинників, погіршення матеріально-економічного положення населення і технічного забезпечення родопомічних установ тощо [3, 4].

На сьогодні особливу групу високого ризику складають жінки, які народжують повторно, в яких при першій гестації мали місце різні акушерські і перинатальні ускладнення [5]. Число таких жінок зростає з року в рік, а конкретні лікувально-профілактичні методики для них відсутні або носять узагальнюючий і фрагментарний характер.

Не дивлячись на багаточисельні наукові дослідження з проблеми ПД, багато питань залишаються до кінця не вирішеними. На нашу думку, в першу чергу це стосується розроблення критеріїв профілактики перинатальної патології у жінок з ПД при попередній гестації. Це свідчить про необхідність проведення подальших наукових розробок, направлених на вдосконалення лікувально-діагностичної допомоги вагітним з дизадаптаційними змінами у системі мати–плацента–плід.

Мета дослідження: зниження частоти перинатальної патології у жінок з ПД при попередній вагітності на підставі вивчення основних клінічних, ехографічних, ендокринологічних, біохімічних, функціональних, психологічних і мікробіологічних змін, а також удосконалення алгоритму діагностичних і ліку-

вально-профілактичних заходів на основі диференційованого підходу до діагностики і корекції повторної ПД.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У відповідності з метою та задачами даного наукового дослідження було проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження 134 жінок, з яких:

- Контрольна група – 42 акушерські та соматично здорових повторнородящих, розроджених через природні пологові шляхи;
- I група – 47 жінок з ПД при попередній гестації, проведених за загальноприйнятими реабілітаційними та лікувально-профілактичними заходами;
- II група – 45 жінок з ПД при попередній гестації, проведених по вдосконаленому нами алгоритму;

Загальноприйняті реабілітаційні та лікувально-профілактичні рекомендації проводились згідно з рекомендаціями [6] та включали в себе такі моменти:

- комплексне обстеження жінок на етапі планування сім'ї з медико-генетичним скринінгом, функціональним, імунологічним та ендокринологічним обстеженням;
- додаткове обстеження терапевтом, окулістом і невропатологом до і в процесі всього гестаційного періоду;
- профілактика акушерських і перинатальних ускладнень з урахуванням чинників ризику.

Вдосконалений нами алгоритм носив диференційований характер з урахуванням причин ПД при попередній гестації:

1. При ПД ендокринного генезу (екстрагенітальна патологія, початкова безплідність ендокринного генезу) використовували препарати тівортін і глутаргін у загальноприйнятих дозах на 10–14 тиж, 20–24 тиж і 30–34 тиж.
2. При ПД інфекційно-запального генезу (хронічні запальні захворювання генітальної і екстрагенітальної локалізації; інтраамніальне інфікування; обтяжений репродуктивний анамнез) використовували препарати канефрон-Н і поліжінакс (для корекції мікробіоценозу статевих шляхів) у загальнотерапевтичних дозах у наступні терміни гестації: 10–14 тиж, 20–24 тиж і 30–34 тиж.
3. При поєднанні наведених вище варіантів ПД використовували зазначені препарати у ті самі терміни вагітності.

Додатково до зазначених лікувально-профілактичних методик була використана консультація перинатального психолога і за необхідності специфічна психотерапія. Питання про використання гормональної корекції (утрожестан, дуфастон) вирішувалося індивідуально під контролем основних ендокринологічних показників.

Для проведення досліджень була розроблена спеціальна карта, до якої були занесені основні особливості преморбідного фону, причини ПД при попередній гестації, дані про клінічний перебіг вагітності, пологів, стану новонароджених, післяпологового та неонатального періодів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Жінки з ПД при попередній гестації складають групу високого ризику щодо розвитку повторних порушень у системі мати–плацента–плід (57,8%). Ці ускладнення розвиваються на 24–28 тиж (51,1%) і 29–32 тиж (33,3%); має різний генез

(інфекційно-запальний – 38,5%; поєднаний – 34,6% і ендокринний – 26,9%) з переважанням суб- (33,3%) і декомпенсованих форм (15,6%).

Розвиток повторної ПД у жінок з даною патологією при попередній гестації відбувається на тлі змін ендокринологічного статусу (зниження рівня плацентарного лактогену і естріолу) і вмісту білків плацентарних (збільшення рівня плацентарного α -1 мікроглобуліну при одночасному зменшенні трофічного β -глікопротеїду і α -2 мікроглобуліну фертильності).

Зміни психоемоційного статусу жінок з ПД при попередній гестації супроводжуються погіршенням пам'яті, кмітливості і уваги (48,9%); фізичним і психологічним дискомфортом (34,0%); психотравмуючими ситуаціями під час справжньої вагітності (31,9%); занепокоєнням за стан свого здоров'я (31,9%); побояванням за результат пологів, здоров'я майбутньої дитини і труднощів, пов'язаних з доглядом за новонародженим (21,2%); зниженням настрою і відчуттям пригніченості (21,2%); занепокоєнням за матеріальне і соціальне положення, а також за стосунки з родичами (21,2%); проявами напруженості (17,0%); різними порушеннями сну (14,9%) і відчуттями відчуття паніки, страху і відчаю (10,6%).

Зміни з боку вегетативної нервової системи у жінок з ПД при попередній гестації відбуваються в умовах автономного контуру, який контролює нормальну роботу серця та вегетативної нервової системи. Надалі виникає виражена напруження регуляторних механізмів, що проявляється централізацією керування серцевої діяльності та різким підвищенням активності симпатичної нервової системи, а на заключному етапі вплив центрального контуру значно зменшується та знову формується патофункціональна вегетативна рівновага.

Використання вдосконалених лікувально-профілактичних заходів у жінок з ПД при попередній гестації дозволяє суттєво знизити частоту повторної ПД (з 57,8% до 20,0%), яка частіше розвивалась після 33 тиж (51,1%), а її структурі ступеня компенсації можна вказати на відсутність випадків декомпенсації і переважно компенсовану форму (88,9%).

При розродженні жінок з ПД в анамнезі завдяки використанню вдосконалених лікувально-профілактичних заходів відбувається зменшення рівня передчасного розриву плодових оболонок (з 44,4% до 26,7%); дистрес плода (з 48,9% до 20,0%), аномалій пологової діяльності (з 42,2% до 20,0%), кесаревих розтинів (з 31,1% до 11,1%).

При оцінюванні перинатальних наслідків розродження необхідно відзначити зниження сумарної частоти перинатальних втрат (з 66,7% до 22,2%); недоношеності (з 13,3% до 2,2%); середньо-тяжких форм асфіксії (з 22,3% до 6,7%); макроскопічних ознак інтраамніального інфікування (з 11,1% до 4,4%); постгіпоксичної енцефалопатії (з 26,2% до 9,1%) та реалізації внутрішньоутробного інфікування (з 14,3% до 4,5%).

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що розродження жінок з плацентарною дисфункцією при попередній гестації супроводжується високою частотою перинатальної патології внаслідок значного рівня порушень у системі мати–плацента–плід, причому поєданого генезу. З огляду на недостатню ефективність загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів нами удосконалена методика корекції плацентарної дисфункції у жінок цієї групи. Отримані клінічні, функціональні, лабораторні, мікробіологічні і вірусоло-

логічні результати підтверджують високу ефективність даної методики, що дає нам право рекомендувати для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

**Оптимизация диагностики и коррекции
повторной плацентарной дисфункции**
Д.А. Говсеев

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что родоразрешение женщин с плацентарной дисфункцией при предыдущей беременности сопровождается высокой частотой перинатальной патологии вследствие значительного уровня нарушений в системе мать–плацента–плод, причем сочетанного генеза. В связи с недостаточной эффективностью общепринятых лечебно-профилактических мероприятий нами усовершенствована методика коррекции плацентарной дисфункции у женщин этой группы. Полученные клинические, функциональные, лабораторные, микробиологические и вирусологические результаты подтверждают высокую эффективность данной методики, что дает нам право рекомендовать ее для широкого использования в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: плацентарная дисфункция, диагностика, коррекция.

**Optimisation of diagnostics and correction of repeated placental
dysfunction**
D.A. Govseev

Results of the spent researches testify that delivery of women with placental dysfunction at previous pregnancy «mother-placenta-fetus», and combined genesis is accompanied by high frequency perinatal pathologies owing to considerable level of infringements in system. In spite of with insufficient efficiency of the standard treatment-and-prophylactic actions we improve a technique of correction of placental dysfunction at women of this group. The received clinical, functional, laboratory, microbiological and virologic results confirm high efficiency of the given technique that grants to us is right recommend it for wide use in practical public health services.

Key words: placental dysfunction, diagnostics, correction.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вдовиченко Ю.П. Прогнозування та корекція фетоплацентарної недостатності у вагітних зі звичним невиношуванням в анамнезі / Ю.П. Вдовиченко, А.В. Ткаченко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – № 2. – С. 78–85.
2. Венцківський Б.М. Прогнозування невиношування вагітності шляхом комплексної оцінки соматотипологічного та психологічного статусу вагітної / Б.М. Венцківський, А.Л. Костюк, О.О. Бєлов // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – № 6. – С. 70–72.
3. Дубосарська З.М. Сучасні методи діагностики затримки внутрішньоутробного розвитку плода / З.М. Дубосарська // Тези доповідей науково-практичної конференції акушерів-гінекологів України. – Донецьк, 2012. – С. 69.
4. Запорожан В.М. Акушерство і гінекологія. / В.М. Запорожан, М.Р. Цегельський. – К.: Здоров'я, 2006. – 240 с.
5. Коломійцева А.Г. Застосування утрощення в комплексній терапії звичного невиношування вагітності / А.Г. Коломійцева, С.П. Писарева, Г.Є. Яремко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – № 4. – С. 144–146.
6. Радзинский В.Е. Плацентарная недостаточность и ее коррекция / В.Е. Радзинский, И.М. Ординян // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 1. – С. 11–16.

УДК 618.3-06:616-018.2-007.17:[616:618.17/.5]-071.1

**Особенности прогнозирования гестаційної
патології у вагітних
з недиференційованою дисплазією
сполучної тканини**

А.Л. Костюк

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

Обстежено 100 пацієнток з клініко-лабораторними ознаками недиференційованої дисплазії сполучної тканини. На підставі отриманих результатів пацієнтки були розподілені на дві групи: основну – 50 жінок з вираженою недиференційованою дисплазією сполучної тканини (≥ 6 балів) і групу порівняння – 50 жінок без вираженої недиференційованої дисплазії сполучної тканини (< 6 балів). Результати проведених досліджень свідчать про важливу роль встановлення особливостей соматичного і репродуктивного анамнезу у вагітних з клініко-лабораторними та функціональними ознаками недиференційованої дисплазії сполучної тканини. Отримані результати необхідно використовувати для проведення прегравідарної підготовки і прогнозування можливих акушерських і перинатальних ускладнень при вагітності.

Ключові слова: недиференційована дисплазія сполучної тканини, гестаційна патологія, прогнозування.

Недиференційована дисплазія сполучної тканини (нДСТ) на сьогодні відома як високою поширеністю даної патології в популяції (частота окремих її проявів, за даними різних авторів, коливається від 26% до 80%), так і різноманітним та важкістю її клінічних проявів [1, 2]. Сьогодні дисплазія сполучної тканини (ДСТ) трактується як група генетично гетерогенних та клінічно поліморфних патологічних станів, для яких характерне порушення формування сполучної тканини (СТ) в ембріональний та постнатальний періоди, та поєднує у собі низку генних синдромів (Марфана, Елерса-Данлоса) та недиференційовані форми з мультифакторіальними механізмами розвитку.

Незважаючи на високий ризик виникнення ускладнень при диференційованій дисплазії сполучної тканини (дДСТ) на практиці особливо часто доводиться стикатися з нДСТ. На відміну від синдромних форм прояву, нДСТ нерідко залишаються без належної уваги. Проте універсальність сполучнотканинного дефекту при нДСТ передбачає різноманітність вісцелярних змін, частина з яких може мати серйозні клінічні наслідки.

В акушерській практиці проблема нДСТ досить актуальна, оскільки поширеність даного синдрому сягає 80% серед жінок репродуктивного віку [3, 4].

Враховуючи системність ураження, нДСТ може чинити негативний вплив на перебіг вагітності, спричинювати виникнення перинатальної захворюваності та смертність новонароджених. Так, загроза переривання вагітності становить 50% у жінок з нДСТ [5, 6]. Також при нДСТ дуже часто спостерігається плацентарна дисфункція (ПД), невчасне вилиття навколоплідних вод (НВНВ) тощо [1, 7].

Проте відомості про особливості преморбідного фону у таких жінок суперечливі, що стало підставою до проведення наукового дослідження з даного питання.

Мета дослідження: вивчення особливостей соматичного та репродуктивного анамнезу у вагітних з нДСТ для можливості ранньої діагностики подальших акушерських і перинатальних ускладнень.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було обстежено 100 пацієнток з клініко-лабораторними ознаками нДСТ.

На підставі отриманих результатів пацієнтки були розподілені на дві групи:

- основна група – 50 жінок з вираженою нДСТ (нДСТ ≥ 6 балів);
- група порівняння – 50 жінок без вираженої нДСТ (нДСТ < 6 балів).

Критеріями включення пацієнток у дослідження:

- наявність ознак нДСТ;
- вік пацієнток (18 до 45 років);
- термін вагітності (38–40 тиж);
- наявність рубця на матці після кесарева розтину.

Критерії виключення пацієнток з дослідження:

- диференційовані форми ДСТ;
- важка екстрагенітальна патологія;
- багатоплідна вагітність.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Усіх включених у дослідження пацієнток було порівняно за віком та соматичним здоров'ям. Вік вагітних коливався від 22 до 45 років і становив в середньому $30,2 \pm 1,2$ та $28,2 \pm 0,9$ року відповідно за групами. Аналіз співвідношення маси тіла та зросту в обстежених нами вагітних відхилень від популяційних норм не виявив: середня маса тіла становила $60,8 \pm 2,14$ та $63,3 \pm 2,15$ кг, середній зріст – $167,1 \pm 3,2$ та $164,9 \pm 4,6$ см відповідно за групами. Проте у пацієнток основної групи відзначено більш високі показники коефіцієнту «маса/зріст» – 2,9 та 2,7 відповідно, що не мало статистичної значущості.

Враховуючи мультифакторіальність синдрому нДСТ, а також системність ураження за даної патології, важливе значення має вивчення анамнезу, вихідний стан здоров'я матері, у зв'язку з чим було вивчено стан здоров'я досліджуваних вагітних з аналізом особливостей соматичного та гінекологічного анамнезу.

Відмінностей у частоті перенесених у дитинстві інфекційних захворювань у групах виявлено не було, проте в основній групі частіше відзначали краснуху (54,0%), пневмонію (18,%) та ОРЗ (64,0%) (OR=1,2, CI=0,7–1,6 та OR=4,1; CI=0,9–6,9, OR=1,3 та CI=0,6–2,1 відповідно), тоді як у групі порівняння – вітряну віспу (20,0%) (OR=0,8, CI=0,4–1,3).

Серед захворювань ЛОР-органів у пацієнток основної групи переважав хронічний тонзиліт – 24,0% (OR=2,5; CI=1,7–2,9) та хронічний гайморит – 8,0% (OR=2,4; CI=1,1–3,2). Крім того, у 2,0% хворих даної групи було проведено тонзилектомію. У частоті інших захворювань відмінностей виявлено не було. Також у пацієнток з нДСТ було відзначено більшу частоту виникнення хронічного бронхіту – 10,0% (OR=1,6; CI=0,5–1,9) та бронхіальної астми – 4,0% (OR=1,4; CI=0,1–1,7), проте наведені вище відмінності також не мали статистичної значущості.

У соматичному анамнезі нашого дослідження у пацієнток основної групи серед захворювань серцево-судинної системи значний відсоток склав порок мітрального клапану (ПМК) – 20,0% (OR=4,4; CI=2,9–5,8) і вегетосудинна дистонія (ВСД) – 46,0%, (OR=1,7; CI=1,4–2,6). Крім того, у пацієнток даної групи у 2,5 разу частіше реєстрували варикозну хворобу. При вивченні захворювань травного тракту була виявлена більш висока частота виникнення хронічного гастриту 22,0% (OR=1,6; CI=1,3–2,2) та гастродуоденіту – 8,0% (OR=3,2; CI=2,1–4,9) в основній групі. Також в даній групі вдвічі частіше діагностували виразкову хворобу дванадцятипалої кишки та дискінезію жовчовивідних шляхів (OR=0,3; CI=0,1–1,7). Серед захворювань сечовидільної системи у пацієнток основної групи частіше діагностували хронічний пієлонефрит – 20,0% (OR=3,3; CI=2,1–4,9), і лише в цій групі відзначено нефроптоз (4,0%) та сечокам'яну хворобу (6,0%).

За даними низки авторів [1, 2], до частіших клінічних проявів нДСТ належить міопія. Згідно з отриманими нами результатів відзначено високу частоту міопії в основній групі з переважанням міопії середнього (20,0%) та високого ступеня (8,0%) (OR=1,4; CI=1,1–2,9) з хірургічною корекцією (4,0%). Окрім того, в основній групі у 4 рази частіше виявляли астигматизм.

Аналіз захворювань ендокринної системи у групах не виявив достовірних відмінностей за частотою. В основній групі частіше відзначали вузловий зоб – 4,0% (OR=2,0; CI=0,1–2,8) та аутоімунний тиреоїдит – 8,0% (OR=1,4; CI=0,9–2,6). Крім того, лише в основній групі відзначено патологію грудних залоз (фіброзно-кістозну мастопатію) – 10,0%, з них 2,0% пацієнток свідчили про перенесені операції на грудній залозі в анамнезі. При вивченні опорно-рухового апарату з метою уточнення міри вираженості нДСТ було виявлено переважання сколіозу та плоскостопості в основній групі. Крім того, 12,0% (OR=2,3; CI=1,3–3,9) обстежених пацієнток основної групи свідчили про вивихи в анамнезі.

Інші автори відзначають, що нДСТ впливає на стан репродуктивного здоров'я, перебіг вагітності і пологів, що зумовило інтерес вивчення акушерського і гінекологічного анамнезу [3, 4].

Середній вік настання менархе в обох групах був практично однаковий та становив у середньому $13,2 \pm 1,2$ року, проте у пацієнток основної групи вдвічі частіше відзначали пізніше менархе (понад 15 років) і нерегулярний менструальний цикл. Тривалість менструального циклу становила – $29,7 \pm 0,6$ і $29,3 \pm 0,6$ днів відповідно. Переважну більшість пацієнток обох груп раніше спостерігали та лікували з приводу різних захворювань жіночих статевих органів.

При вивченні структури гінекологічної захворюваності було відзначено високу частоту виникнення цервіциту в основній групі (66,0%) (OR=1,4; CI=1,2–2,3) та хронічного сальпіngoофориту (16,0%) (OR=3,3; CI=2,1–3,8). Дисфункція яєчників

зустрічалася лише у пацієток основної групи 10,0% (OR=2,4; CI=1,9–3,7). Достовірних відмінностей по інших нозологіях в групах виявлено не було: ендометріоз – 8,0 та 6,0% (OR=1,2; CI=0,5–2,0), безплідність 10,0 та 10,0% (OR=1,2; CI=0,2–2,2) відповідно.

За даними літератури [5–7], аутоімунний компонент є одним із значущих факторів у патогенезі ДСТ, у зв'язку з чим було проведено аналіз вихідної інфекційно-запальної захворюваності з визначенням спектра можливих збудників. Серед збудників у пацієток основної групи переважали вірус простого герпесу (ВПГ) 20,0% (OR=1,7; CI=0,5–2,4) та цитомегаловірус (ЦМВ) 14,0% (OR=2,4; CI=0,2–3,7), а також уреплазма 18,0% (OR=1,2; CI=0,3–1,8) та мікоплазма 6,0% (OR=2,0; CI=0,1–1,2).

Більшість пацієток, включених у дослідження, народжували повторно. У кожній четвертій пацієнтки основної групи і кожній п'ятій пацієнтки групи порівняння відзначено штучні аборти в анамнезі. Проте в основній групі в 4 рази частіше відзначали ранні викидні – 12,0% (OR=3,9; CI=2,7–7,0), також лише в цій групі відзначено пізні мимовільні викидні (8,0%). Наведене вище свідчить про несприятливий акушерський анамнез при нДСТ, що необхідно враховувати при плануванні вагітності у даних пацієток.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про важливу роль встановлених особливостей соматичного та репродуктивного анамнезу у вагітних з клініко-лабораторними та функціональними ознаками недиференційованої дисплазії сполучної тканини. Отримані результати необхідно використовувати для проведення прегравідарної підготовки та прогнозування можливих акушерських і перинатальних ускладнень при вагітності.

Особенности прогнозирования гестационной патологии у беременных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани

А.Л. Костюк

Обследованы 100 пациенток с клинико-лабораторными признаками недифференцированной дисплазии соединительной ткани. На основании полученных результатов пациентки были разделены на две группы: основную – 50 женщин с выраженной недифференцированной дисплазией соединительной ткани (≥ 6 баллов), и группу сравнения – 50 женщин без выраженной недифференцированной дисплазии соединительной ткани (выраженность < 6 баллов). Результаты проведенных исследований свидетельствуют о важной роли установленных особенностей соматического и репродуктивного анамнеза у беременных женщин с клинико-лабораторными и функциональными признаками недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Полученные результаты необходимо использовать для проведения прегравидарной подготовки и прогнозирования возможных акушерских и перинатальных осложнений при беременности.

Ключевые слова: недифференцированная дисплазия соединительной ткани, гестационная патология, прогнозирование.

Features of forecasting of pathology at pregnant women with an undifferentiated dysplasia of connecting tissue

A.L. Kostiuk

100 patients with clinical-laboratory signs an undifferentiated dysplasia of connecting tissue are surveyed. On the basis of the received results of the patient were divided into two groups: the main – 50 women (expression ≥ 6 points) regarded as patients with the expressed undifferentiated dysplasia of connecting tissue and group of comparison – 50 women (expression < 6 points), regarded as patients without the connecting tissue expressed by an undifferentiated dysplasia. Results of the conducted researches testify to an important role of the established features of the somatic and genesial anamnesis at pregnant women with clinical-laboratory and functional signs of an undifferentiated dysplasia of a connecting tissue. The received results need to be used for carrying out pregravidary preparation and forecasting of possible obstetric and perinatal complications at pregnancy.

Key words: undifferentiated dysplasia of connecting tissue, pathology of gestation, forecasting.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кесова М.И. Течение беременности и родов у пациенток с дисплазией соединительной ткани // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. – 2011. – Т. 6, № 2. – С. 81–84.
2. Климанцев И.В. Дисплазия соединительной ткани и плацентарная недостаточность // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 1. – С. 21–24.
3. Лукина Т.С. Математическое прогнозирование недифференцированной дисплазии соединительной ткани // Вестник новых медицинских технологий. – 2012. – № 4. – С. 69–70.
4. Павлов О.Г. Терапия препаратами магния при беременности у женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани // Вестник новых медицинских технологий. – 2014. – № 1. – С. 5–10.
5. Сухих Г.Т. Беременность, роды и послеродовый период у женщин после операций на матке при недифференцированных формах дисплазии соединительной ткани // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 2. – С. 26–29.
6. Фадеева Т.С. Беременность у женщин с дисплазией соединительной ткани // Вестник Российского Государственного медицинского университета. – 2015. – № 2. – С. 171–172.
7. Фадеева Т.С. Анализ течения беременности и родов у женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани // Вестник новых медицинских технологий. – 2009. – № 2. – С. 106–107.

Особливості перебігу неонатального періоду недоношених новонароджених на 28–33 тиж гестації від матерів після застосування допоміжних репродуктивних технологій

А.С. Мандрикова

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

У результаті проведених нами досліджень встановлено, що недоношені діти від матерів після допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) мають підвищений ризик розвитку поєднаної перинатальної патології порівняно з малюками, народженими після природного запліднення в аналогічному терміні. Це можна пояснити високою частотою соматичної патології у жінок яким були застосовані методи ДРТ. Серед чинників ризику розвитку перинатальних ускладнень у недоношених новонароджених від матерів після ДРТ, провідна роль належить інфекційним ускладненням під час вагітності з субклінічним та латентним перебігом.

Аналіз результатів проведеного нами дослідження встановив наявність зв'язку між частотою виникнення внутрішньошлункових крововиливів (ВШК) I–II ступеня, статтю дитини, методом розродження та потребою у механічній вентиляції при первинній реанімації у пологовій залі. У малюків чоловічої статі, які народилися через природні пологові шляхи та потребували реанімаційних заходів з використанням штучної вентиляції легень (ШВЛ), частота виникнення ВШК I–II ступеня була у 2,8 разу вище, ніж у дітей, які народилися шляхом кесарева розтину.

Перинатальні ураження ЦНС у недоношених новонароджених після ДРТ частіше виникали за типом синдрому пригнічення, натомість у дітей від природного запліднення – за типом синдрому гіперреактивної збудливості. У структурі неонатальної захворюваності цих малюків першу позицію посідає незрілість системи легеневого сурфактанту. Такі діти більш схильні до «синдрому раптового респіраторного виснаження». Відсутність альтернативи довгострокових інвазивних втручань, вимушене тривале перебування на ШВЛ та використання антибактеріальної терапії широкого спектру дії – додаткові фактори виникнення ускладнень у вигляді бронхообструктивного синдрому, ШВЛ-асоційованої пневмонії та сепсису новонароджених.

Ключові слова: допоміжні репродуктивні технології, недоношені новонароджені, ранні передчасні пологи, поєднана перинатальна патологія, респіраторне виснаження.

Охорона здоров'я дітей від народження є важливою складовою формування здоров'я населення в подальшому. Стан здоров'я новонароджених, які народилися на 28–33 тиж гестації визначається ефективністю та якістю надання їм спеціалізованої медичної допомоги. Переважна більшість недоношених малюків має комбіновану перинатальну патологію за рахунок високих ризиків виникнення респіраторного дистрес-синдрому (РДС) та низки ускладнень, пов'язаних з особливостями перебігу вагітності на фоні екстрагенітальної патології у жінок після допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).

Виходжування недоношених новонароджених, які народилися в терміні гестації 28–33 тиж, вимагає значних матеріальних витрат – наявності сучасного апаратного обладнання дитячої реанімації та коштовних медикаментозних засобів, що виводить цю проблему з сугубо медичного на соціальний рівень. Найбільш частим ускладненням вагітності, яка настала після ДРТ, є передчасні пологи. Останнім часом, незважаючи на значні досягнення практичного акушерства і перинатології, частоту виникнення передчасних пологів знизити не вдається, цей показник коливається в межах від 7% до 15% усіх бажаних вагітностей. Особливої уваги, на наш погляд, потребує проблема виникнення ранніх передчасних пологів (РПП), показник яких на Україні перевищує критичний рівень та викликає занепокоєння. Ранні передчасні пологи виникають у терміні гестації 28–33 тиж та спричиняють народження недоношених дітей з низькою масою тіла (1000–1500 г) та вираженою морфофункціональною незрілістю.

Вагомий внесок утримання константи ранніх передчасних пологів внесло широке впровадження ДРТ, що зумовило зростання числа багатоплідних вагітностей, які є додатковим фактором ризику виникнення передчасної пологової діяльності у зазначені терміни.

Патогенез виникнення ранніх передчасних пологів у жінок після ДРТ пов'язаний з цілою низкою тригерних факторів, які при одночасній взаємодії запускають каскад реакцій з необоротними змінами, що призводять до утворення «Веллізієвого кола» та ініціації передчасної пологової діяльності. Серед таких пускових механізмів у жінок, яким було проведено лікування безпліддя за допомогою методів ДРТ, можна виділити:

- фонові інфекційні процеси з розвитком хронічних запальних процесів жіночих статевих органів;
- підвищення синтезу прозапальних цитокінів;
- неконтрольована активація рецепторів оситотину міометрію, яка спотворює процес блокування кальцієвих каналів м'язового шару матки та ініціює її скоротливу активність;
- передчасний розрив плодових оболонок;
- коагулопатичні зміни ідіопатичного генезу.

Актуальність теми ранніх передчасних пологів пов'язана з великою питомою вагою недоношених новонароджених у структурі перинатальної захворюваності та смертності. Показник перинатальної смертності недоношених дітей, за даними світової літератури, у 33 рази перевищує аналогічний у новонароджених, які народилися доношеними.

Незважаючи на прогресивні зміни та величезний досвід у виходженні недоношених новонароджених, подальший стан здоров'я цих малюків ставить цілу низку складних медико-соціальних проблем, пов'язаних з реальними можливостями подальшої реабілітації даного контингенту з метою підвищення якості їхнього життя. Поряд з підвищенням кількості недоношених малюків з низькою масою тіла, що вижили, зростає відсоток ранньої інвалідизації. Останнім часом доведена ефективність цілої низки лікувально-профілактичних заходів, які впливають на показник дитячої смертності. До них належать: профілактичне антенатальне використання кортикостероїдів, вдосконалення методів респіраторної підтримки, тепловий та сенсорний захист наряду з раннім використанням препаратів сурфактанту.

З часу появи першої «дитини з пробірки», що народилася за допомогою застосування ДРТ, пройшло багато років, але медичну громадськість продовжують турбувати питання перинатального прогнозування та пов'язаних з ним ризиків щодо стану здоров'я малюків, народжених у 28–33 тиж гестації. Встановлено прямий кореляційний зв'язок між перинатальними втратами та критичними станами раннього неонатального періоду. Це можна пояснити морфофункціональною незрілістю органів та систем недоношеного новонародженого та вимушеним використанням інвазивних методів виходження. З точки зору процесів життєзабезпечення, органами-мішенями для ураження в недоношених дітей є легені, головний мозок, травний тракт та серце.

Мета дослідження: проведення моніторингу особливостей перебігу неонатального періоду недоношених новонароджених у 28?–33 тиж гестації від матерів після застосування ДРТ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проводили на кафедрі акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. Клінічна база кафедри – Київський міський пологовий будинок № 1.

Проведено повне клініко-лабораторне обстеження 96 недоношених новонароджених, що народилися у 28–33 тиж гестації від матерів після застосування ДРТ. Ці малюки склали основну групу досліджуваних. Контрольна група включала в себе 70 недоношених новонароджених, які народилися в аналогічні терміни гестації після природного запліднення. Ми проаналізували дані обмінних карт вагітних з урахуванням соматичного анамнезу, причини безплідності, особливостей ембріотрансферу (для матерів основної групи), історії пологів, карти розвитку новонароджених та характер проведення реанімаційних заходів недоношеним малюкам в перші хвилини життя, якщо вони були присутні. Клінічний стан недоношених новонароджених оцінювали одразу після народження та в динаміці. Серед пацієнток основної групи одноплідна вагітність була в 96%, вагітність двійнею – у 4%.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Важливим фактором, який впливає на стан здоров'я новонародженої дитини є здоров'я її батьків. Ведення вагітності, що настала після застосування ДРТ, має

певні труднощі, тому така вагітність розглядалася як вагітність високого ризику щодо розвитку акушерських та перинатальних ускладнень. Нами був проведений статистичний аналіз частоти найбільш поширених патологічних станів та ускладнень під час вагітності у матерів, новонароджені яких були включені до клінічного дослідження.

Аналіз гінекологічного та соматичного анамнезу жінок після застосування ДРТ мав певні особливості, що дозволило нам представити структуру захворюваності жінок основної групи. Соматичний анамнез цих пацієнток був обтяжений у 82% випадків: захворювання на вегето-судинну дистонію за гіпертонічним типом мали місце у 38%, ендокринопатії – 19%, міжхребцеві кісти – 3%, хронічні захворювання гепатобіліарної системи – 11%, захворювання травного тракту – 18%, патологія опорно-рухового апарату – 2%, міопія легкого та середнього ступеня важкості – 9% жінок досліджуваної групи.

Акушерсько-гінекологічний анамнез вагітних основної групи був обтяжений у 93% випадків, контрольної групі – в 26% випадків. Серед найпоширеніших ускладнень вагітності, за результатами нашого аналізу, можна виділити такі:

- загроза переривання вагітності – 84%;
- вагітність, що не розвивається – 23%;
- анемія легкого чи середнього ступеня важкості – 57%;
- урогенітальні інфекції – 18%;
- медичні аборти в анамнезі – 24%;
- фетоплацентарна недостатність – 62%;
- позаматкові вагітності – 38%;
- гестоз другої половини вагітності – 49%;
- синдром затримки внутрішньоутробного розвитку плода – 22%;
- синдром передчасного виснаження яєчників – 13%.

Оперативні втручання на органах малого таза перенесли 36% жінок. Попередні неефективні спроби екстракорпорального запліднення виявляли у 67% жінок основної групи. У 58% випадків безпліддя було первинним, у 42% вторинним. Чоловіче безпліддя відмічено у 38% випадків.

Розродження жінок основної групи у 41% було проведене через природні пологові шляхи, 59% – шляхом кесарева розтину (з них 11% за ургентними показаннями). У групі контролю пологи велися через природні пологові шляхи у 86% жінок, шляхом кесарева розтину – у 24%.

Гестаційний вік недоношених новонароджених розподілили наступним чином: 28–29 тиж – 6 (6,25%) дітей, 30–31 тиж – 17 (17,71%), 32–33 тиж – 73 (76,04%) дитини.

Середня оцінка за шкалою Апгар у групах недоношених дітей від ранніх передчасних пологів на 1-й хвилині була $4,4 \pm 0,6$ бала в основній групі та $4,8 \pm 0,2$ бала у групі контролю, на 5-й хвилині – $5,2 \pm 0,8$ бала та $5,8 \pm 0,2$ бала відповідно.

Шкала оцінки стану новонароджених Вірджинії Апгар розрахована на використання її показників та параметрів у доношених дітей. У малюків, які народилися на 28–33 тиж гестації використання цієї шкали оцінювання має менш об'єктивний характер. Недоношені діти одразу після народження можуть мати значно меншу суму балів за шкалою Апгар в силу своєї морфофункціональної незрілості.

Проведення реанімаційних заходів у пологовій залі чи операційній потребували 27% новонароджених основної групи та 24% з групи контролю ($p \leq 0,05$). Звертає на себе увагу той факт, що більшість новонароджених, які перебували в критичному стані, – немовлята чоловічої статі. Згідно з протоколом первинної реанімації новонароджених, дітям проводили підтримку сталості параметрів нормотермії з використанням теплозберігаючої плівки, інкубація трахеї з наступною штучною вентиляцією легень (ШВЛ), за потребою вводилися препарати сурфактанту ендотрахеально. Транспортування дітей у реанімаційне відділення здійснювалося у спеціальному транспортному кувезі для недоношених новонароджених із підтримкою основних параметрів життєзабезпечення. У відділенні дитячої реанімації таким дітям окрім респіраторної підтримки проводили кардіотонічну, антибактеріальну та гемостатичну терапію.

Були проаналізовані частота та структура неонатальної захворюваності недоношених малюків обох груп. У структурі неонатальної захворюваності достовірно частіше ($p \leq 0,05$) зустрічалася незрілість системи легеневого сурфактанту. Отже, недоношені діти більш схильні до «синдрому раптового респіраторного виснаження». Цей синдром виник у 6% малюків, які народилися на 28–29 тиж гестації від матерів основної групи і знаходилися на жорстких параметрах ШВЛ та у 2% новонароджених з групи контролю. Виникнення такого патологічного стану було зумовлене подовженими респіраторними паузами за рахунок перевищення ліміту інспіраторних зусиль. Такий критичний стан спричинює зниження сатурації крові – гіпоксії та ішемії мозку на тлі неспроможності незрілого дихального центру стовбура мозку відновити газовий склад крові.

Перинатальні ураження центральної нервової системи (ЦНС) у новонароджених основної групи виникали за типом синдрому пригнічення (44%), у контрольній групі – за типом синдрому гіперреактивної збудливості (31%). Гемолітична хвороба новонароджених важкого ступеня була діагностована у 2 малюків (2,08%) основної групи.

Окрему групу перинатальних ускладнень склали внутрішньошлуночкові крововиливи (ВШК) та різні прояви геморагічного синдрому. ВШК I–II ступеня в основній групі спостерігали у 4% малюків, які народилися через природні пологові шляхи та 2% дітей, народжених шляхом кесарева розтину за ургентними показами. У групі контролю ВШК I–II ступеня виявлено в 1% недоношених новонароджених, які народилися через природні пологові шляхи. Отже, оптимальною тактикою ведення пологів у вагітних після ДРТ у терміні гестації 28–33 тиж за відсутності ургентних показань – є елективний кесарів розтин, який знижує відсоток інфекційних ускладнень у неонатальний період та ризик травматизації недоношеної дитини під час пологів.

Більшість новонароджених, що народилися у 28–33 тиж гестації не мають альтернативи запобігти довгострокових інвазивних втручань. На фоні таких медичних маніпуляцій відбувається контамінація організму дитини чужорідними агентами. Відносна «стерильність» новонародженої дитини, відсутність імунної відповіді та альтернативи довгострокових інвазивних втручань є додатковими факторами ризику контамінації організму дитини

інфекційними агентами, що провокує виникнення ускладнень у вигляді бронхообструктивного синдрому, ШВЛ-асоційованої пневмонії та сепсису новонароджених. Це істотно впливає на стан здоров'я недоношених малюків у подальшому та підвищує ступінь ризику виникнення віддалених перинатальних ускладнень.

ВИСНОВКИ

У результаті проведених нами досліджень особливостей неонатального періоду новонароджених, які народилися в терміні гестації 28–33 тиж від жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), встановлено, що ці діти мають підвищений ризик розвитку поєднаної перинатальної патології. Провідна роль у розвитку перинатальних ускладнень у недоношених новонароджених від матерів після ДРТ, належить інфекційним ускладненням під час вагітності з субклінічним та латентним перебігом.

Встановлено наявність зв'язку між частотою виникнення внутрішньошлуночкових крововиливів (ВШК) I–II ступеня, статтю дитини, методом розродження та потребою у механічній вентиляції при первинній реанімації у пологовій залі.

Характерною особливістю перинатальних уражень ЦНС у недоношених новонароджених після ДРТ було їхнє виникнення за типом синдрому пригнічення.

У структурі неонатальної захворюваності недоношених новонароджених від матерів після ДРТ достовірно частіше ($p \leq 0,05$) зустрічалася незрілість системи легеневого сурфактанту. Діти, які народилися в терміні гестації 28–33 тиж від матерів після ДРТ більш схильні до «синдрому раптового респіраторного виснаження».

Відсутність альтернативи довгострокових інвазивних втручань, вимушене тривале перебування на штучній вентиляції легень (ШВЛ) та використання антибактеріальної терапії широкого спектру дії є додатковими факторами ризику контамінації організму дитини інфекційними агентами, що провокує виникнення ускладнень у вигляді бронхообструктивного синдрому, ШВЛ-асоційованої пневмонії та сепсису новонароджених.

Особенности течения неонатального периода недоношенных новорожденных в 28–33 нед гестации от матерей после применения вспомогательных репродуктивных технологий А.С. Мандрикова

В результате проведенных нами исследований установлено, что недоношенные дети от матерей после вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) имеют повышенный риск развития сочетанной перинатальной патологии по сравнению с детьми, рожденными после естественного оплодотворения в аналогичном сроке. Это можно объяснить высокой частотой соматической патологии у женщин, которым были применены методы ВРТ. Среди факторов риска развития перинатальных осложнений у недоношенных новорожденных от матерей после ВРТ ведущая роль принадлежит инфекционным осложнениям во время беременности с субклиническим и латентным течением.

Анализ результатов проведенного нами исследования установил наличие связи между частотой возникновения внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК) I–II степени, полом ребенка, методом родоразрешения и необходимости в механической вентиляции при первичной реанимации в родильном зале. У детей мужского пола, родившихся через естественные родовые пути, которые нуждались в реанимационных мероприятиях с использованием ИВЛ, частота возникновения ВЖК I–II степени была в 2,8 раза выше, чем у детей, родившихся путем кесарева сечения.

Перинатальные поражения ЦНС у недоношенных новорожденных после ВРТ чаще возникали по типу синдрома угнетения, зато у детей от естественного оплодотворения – по типу синдрома гиперреактивной возбудимости. В структуре неонатальной заболеваемости этих детей первую позицию занимает незрелость системы легочного сурфактанта. Такие дети более подвержены «синдрому внезапного респираторного истощения». Отсутствие альтернативы долгосрочных инвазивных вмешательств, вынужденное длительное пребывание на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и использование антибактериальной терапии широкого спектра действия являются дополнительными факторами возникновения осложнений в виде бронхообструктивного синдрома, ИВЛ-ассоциированной пневмонии и сепсиса новорожденных.

Ключевые слова: вспомогательные репродуктивные технологии, недоношенные новорожденные, ранние преждевременные роды, сочетанная перинатальная патология, респираторное истощение.

**Peculiarities of neonatal period in preterm infants
28-33 weeks of gestation from mothers after assisted
reproductive technologies
A.S. Mandrykova**

As a result of our research found that mothers of premature babies after IVF are at increased risk of perinatal pathology combined compared with babies born after natural conception in the same period. This could explain the high frequency of somatic pathology in women who had used assisted reproduction techniques. Among the risk factors for perinatal complications in premature infants of mothers after IVF, leading role of infectious complications during pregnancy with subclinical and latent course.

Analysis of the results of our research has established a link between the incidence of intracranial hemorrhage (IVH) I–II degree, sex of the child, method of delivery and the need for mechanical ventilation during resuscitation in the delivery room. In male infants born by vaginal route and needed resuscitation using mechanical ventilation, incidence of IVH I–II degree was 2,8 times higher than that of children born by cesarean section.

Perinatal damage Central nervous system (CNS) in premature infants after ART often encountered by type inhibition syndrome, whereas children from the natural fertilization – the type hyperreactive syndrome excitability. The structure of neonatal morbidity of children first position of the immaturity of the pulmonary surfactant. These children are more prone to the «syndrome of sudden respiratory exhaustion». The lack of long-term alternative to invasive surgery, prolonged exposure to forced ventilation and the use of antibiotic therapy is a broad-spectrum additional factors of complications in the form of bronchial obstruction syndrome, ventilator-associated pneumonia and neonatal sepsis.

Key words: assisted reproductive technology, premature newborns, early premature births, coupled perinatal pathology, respiratory exhaustion.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Айламазян Э.К., Евсюкова И.И. Дискуссионные проблемы преждевременных родов и выхаживания детей с экстремально низкой массой тела // Журнал акушерства и женских болезней. – 2014. – № 3. – С. 183–189.
2. Гладкова Л.С. Актуальные вопросы профилактики внутрибольничных пневмоний в отделении реанимации и интенсивной терапии // Стерилизация и госпитальные инфекции. – 2012. – № 3. – С. 10–20.
3. Кулаков В.И. // Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия / Под ред. В.И. Кулакова, Б.В. Леонова – М.: Медицина, 2014. – Р. 4: Бесплодие в браке. – С. 612–639.
4. Марченко И.П. // Патологические состояния у новорожденных, родившихся в результате использования вспомогательных репродуктивных технологий/ Под редакцией И.П. Марченко – Москва: Здраво, 2014. – Р.6: Патологические состояния у новорожденных. – С. 122–139.
5. Villar J, Belizan JM. / The relative contribution of prematurity and fetal growth retardation to low birth weight in developing and developed societies. // Am J Obstet. Gynecol. – 2012. – Vol. 14, N 7. – P. 79–86.

Морфологічні та ехографічні аспекти плацентарної дисфункції при варикозній хворобі у вагітних

Л.В. Манжула

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

Результати проведених патоморфологічних досліджень у пацієнток з варикозною хворобою за наявності і відсутності плацентарної дисфункції дозволяють виділити декілька провідних моментів. Перш за все, це зменшення васкуляризації строми ворсин всіх рівнів галуження (слабка вираженість компенсаторного ангиоматозу), кількості активних синцитіальних нирок, стоншування синцитіотрофобласта. Зменшення активності периферичного цитотрофобласта і, нарешті, двократне зменшення числа термінальних спеціалізованих ворсин, які навіть у відносно сприятливих ділянках ворсинчастого дерева зустрічалися рідко і налічували в своєму складі по одній синцитіокапілярній мембрані. Настільки значне зменшення кількості синцитіокапілярних мембран у термінальних ворсинах в основних групах повинне зменшувати дифузійну здатність плацент в кінці вагітності, тобто створювати умови для формування патології плода і новонародженого.

Ключові слова: патоморфологія, плацентарна дисфункція, варикозна хвороба.

Дослідження останніх років довели, що нерідким проявом варикозної хвороби у вагітних є варикоз вен малого таза, виявлений у вигляді випадкових знахідок при кесаревому розтині, а також варикозне розширення вен нижніх кінцівок і зовнішніх статевих органів [1–3].

Низка авторів [4–5] свідчить про високу частоту виявлення у породіль екстазі венозних судин малого таза, що, на їхню думку, пояснює збільшення запальних ускладнень після пологів у жінок із судинною недостатністю вен нижніх кінцівок. Наявність варикозно розширених судин системи внутрішньої клубової вени може спричинювати розвиток кровотеч у третій період пологів, бути причиною тромбоемболічних ускладнень, гнійно-септичних процесів у післяродовий період; хронічних запальних процесів матки і придатків, вторинної безплідності [6–8].

Симптомокомплекс «плацентарна дисфункція» (ПД) сьогодні посідає найбільш високу питому вагу у структурі патології перинатального періоду, захворюваності і летальності новонароджених. Розроблення нових методів діагностики і лікування ПД представляється одним з перспективних наукових напрямів сучасного акушерства і перинатології, оскільки порушення функції пла-

центи є однією з основних причин перинатальної захворюваності і смертності у всьому світі [1–8].

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

Використання сучасних патоморфологічних досліджень у поєднанні з ультразвуковими і ендокринологічними методиками дозволяють отримати вичерпну інформацію про стан фетоплацентарного комплексу плода при даній екстрагенітальній патології [1–8].

Враховуючи наведене вище, у нашому дослідженні вирішено було проаналізувати патоморфологічні особливості фетоплацентарного комплексу за наявності варикозної хвороби, причому без і з наявністю ПД.

Мета дослідження: вивчення впливу варикозної хвороби на морфологічні зміни плаценти і розвиток плацентарної дисфункції.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Згідно поставленої мети нами було проспективно обстежено в термінах 10–41 тиж вагітності, у пологах і в ранній післяпологовий період 100 пацієнток з варикозним розширенням вен малого таза.

На підставі отриманих результатів при ретроспективному аналізі усіх пацієнток було розподілено на наступні групи:

- 1-а група (n=50) – вагітні з варикозною хворобою вен нижніх кінцівок (ВХ) і ПД;
- 2-а група (n=50) – вагітні з ВХ та без ознак ПД;
- контрольна група (n=50) – пацієнтки з неускладненим перебігом вагітності і пологів.

Вагітність у пацієнток контрольної групи перебігала без ускладнень, не було виявлено супутніх екстрагенітальних захворювань.

Пацієнти були розподілені на групи згідно з результатами функціональних методів дослідження – УЗ-фетометрії (затримка розвитку плода – ЗРП), ознаки передчасного старіння плаценти), УЗ-доплерометрії (порушення матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровообігу), КТГ (ознаки внутрішньоутробної гіпоксії плода).

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

Патоморфологічні дослідження включали органометрію (вимір розмірів і маси тіла), макроскопічне і гістологічне дослідження [7].

Гістологічне вивчення послідів проводилося в два етапи: перший полягав в загальному описі і підтвердженні макровогнищ патології (варикозні вузли пуповини, міжворсинчасті крововиливи тощо); другий включав напівкількісний аналіз 12 структурних компонентів плацентарної тканини за трибальною мірою їхньої вираженості, які надалі підсумовувалися у три ступеня ПД.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати патоморфологічних досліджень свідчать, що посліди в контрольній групі за морфофункціональними особливостями не відрізнялися від відомої норми при доношеній вагітності. Плаценти були різномірними за мірою зрілості складових котиледонів і ті з них, які частково відставали в своєму розвитку, компенсувалися надлишковою васкуляризацією термінальних ворсин. Відень пуповини і плодові оболонки як за макро-, так і за мікроскопічними ознаками відповідали нормі.

У разі макроскопії плацент пацієнток зі ВХ і ПД виявлена типова округла або овальна форма – 56,7% і 45,9%, у 1-й і 2-й групах відповідно, тобто майже у 2 рази менше, ніж в контрольній. Переважали плаценти неправильної форми (53,3% і 54,1% у 1-й і 2-й групах відповідно), включаючи двудольні форми і невеликі часточки, перехідні від основного тіла у бік плодових оболонок або ізольовані від нього, але сполучені з основною плацентою кровоносними судинами.

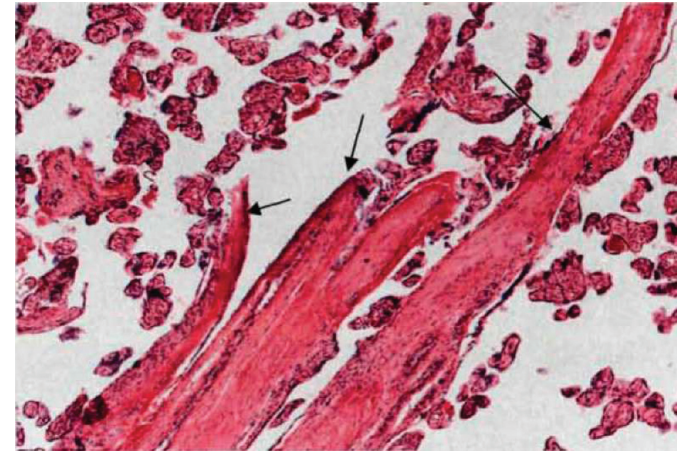
Під гладкою плодовою поверхнею домінував розсипний тип відносно дрібних судин (66,7% і 69,0% у 1-й і 2-й групах відповідно), тоді як магістральний тип відмічений лише в 33,3% і 31,0% спостережень у 1-й і 2-й групах відповідно (у контрольній групі їхнє співвідношення було приблизно однаковим).

Материнська поверхня була повнокровніша, окрім згустків крові, що легко змиваються, виявлені ділянки тромбоутворення з поширенням їх у плацентарну тканину, що підтверджувалося на паралельних розрізах. У 60,0% спостережень у 1-й і 2-й групах відповідно зафіксована наявність пілоподібних або зливних кальцифікатів на материнській поверхні.

Було акцентовано увагу на особливостях будови плацент у пацієнток 1-ї і 2-ї груп. Перш за все, це стосується перерозподілу варіантів відносної і патологічної незрілості плацентарної тканини. Так, кількість плацент, відповідних по гістоструктурі доношеному терміну вагітності, зменшилася в два рази (26,7% і 27,6% у 1-й і 2-й групах відповідно, тоді як в контрольній – 64,5% спостережень). Це сталося за рахунок майже дворазового збільшення відносної незрілості – дисоційованого розвитку котиледонів (46,7% і 46,1% у 1-й і 2-й групах відповідно, тоді як в контрольній групі – 25,8% спостережень).

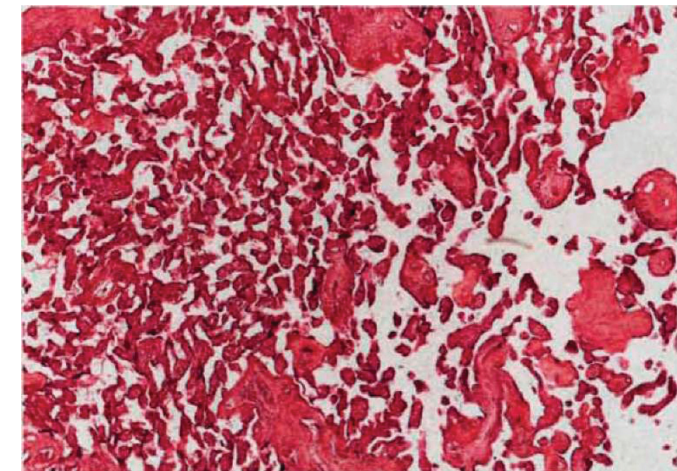
Також це відбувалося за рахунок збільшення кількості варіантів патологічної незрілості: збереження проміжних диференційованих ворсин із слабкою їхньою васкуляризацією (20% і 18,7% у 1-й і 2-й групах відповідно, у контрольній – 9,7% спостережень) і головне, поява нового варіанту патологічної незрілості – домінування хаотичних склерозованих ворсин (6,6% і 7,6% у 1-й і 2-й групах відповідно, тоді як в контрольній групі вони відсутні).

У спостереженнях варіанту проміжних диференційованих ворсин переважали опорні проміжні гілки, що відходять від них, з явним дефіцитом найдрібніших, термінальних ворсин (мал. 1), тобто тих, які несуть на собі найвище функціональне навантаження наприкінці вагітності. У двох жінок 2-ї групи діагностований інший варіант патологічної незрілості – переважання дрібних, склеротичних вор-



Мал. 1. Пацієнтка 1-ї групи: мікропрепарат плаценти, опорні ворсини III порядку продовжуються в проміжні гілки (вказано стрілкою), які дають невелику кількість бічних, термінальних ворсин.

Забарвлення гематоксиліном і еозином, $\times 50$



Мал. 2. Пацієнтка 2-ї групи: у мікропрепараті переважають дрібні, термінальні ворсини, створюючи мережу ворсин (зліва), що хаотично гілкуються, на відміну від правильного їхнього поділу (справа).

Забарвлення гематоксиліном і еозином, $\times 50$

син з хаотичним характером їх галуження (7,6%, у контрольній групі вони відсутні).

На мал. 2 видно, що в мікропрепаратах плацентарної тканини домінують дуже дрібні термінальні ворсини, химерні мережі, що з'єднуються один з одним, створюючи химерні мережі замість чіткого дихотомічного галуження. Функціональна неспроможність хаотичних термінальних гілок чітко документується при вивченні їх при великому збільшенні, оскільки на їхній поверхні важко розрізнити епітеліальний покрив – синцитіотрофобласт (основний продуцент гормонів плацентарних і білків), у клітинній стромі зустрічаються поодинокі, вузькі капіляри, без утворення синцитіокапілярних мембран, тобто подібні термінальні ворсини практично не беруть участь у трансплацентарному обміні між кров'ю матері і плода.

Отримані морфометричні дані підтверджують деякі як раніше представлені структурні особливості плацентарної тканини в 1 і 2 групи (слабка васкуляризація ворсин, атрофія синцитіотрофобласта тощо), так і нові їх деталі. Так, не дивлячись на зменшення загальної кількості дрібних грудочок міжворсинчастого фібриноїду, достовірно високим порівняно з контрольною групою виявився об'єм так званих псевдоінфарктів, які є замуrowаними в масах фібриноїду дрібні ворсини. Назва «псевдоінфаркти» зумовлена необхідністю відрізнити подібні ділянки ворсин при ішемічних інфарктах (тотальний некроз всіх компонентів ворсин), які враховувалися в загальному списку ознак і не виявлені в обох групах жінок.

Особливу увагу слід звернути на більш ніж двократне збільшення «свіжих» крововиливів або тромбозу в міжворсинчастому просторі плацент у пацієток 1-ї і 2-ї груп), які представлені складжированими еритроцитами матері у поєднанні з появою серед них ниток фібрину та інших ознак тромбоутворення.

Якщо підвести підсумки напівкількісної оцінки структурних показників плацент у пацієток основних груп порівняно з контрольною, то головною властивістю плацентарної тканини у 1-ї і 2-ї групах є достовірне зниження ознак її компенсаторних реакцій. Перш за все, це зменшення васкуляризації стромы ворсин усіх рівнів галуження (слабка вираженість компенсаторного ангиоматозу), кількості активних синцитіальних нирок, стоншування синцитіотрофобласта.

Зменшення активності периферійного цитотрофобласта і, нарешті, двократне зменшення числа термінальних спеціалізованих ворсин, які навіть у відносно сприятливих ділянках ворсинчастого дерева зустрічалися рідко і налічували у своєму складі по одній синцитіокапілярній мембрані.

Різниця з контрольною групою особливо демонстративна. Значне зменшення кількості синцитіокапілярних мембран у термінальних ворсинах в основних групах зменшує дифузну здатність плацент наприкінці вагітності, тобто є однією з причин формування патології плода і новонародженого.

ВИСНОВКИ

Результати проведених патоморфологічних досліджень у пацієток з варикозною хворобою за наявності і відсутності плацентарної дисфункції дозволяють виділити декілька провідних моментів. Перш за все, це зменшення васкуляризації стромы ворсин всіх рівнів галуження (слабка вираженість компенсаторного

ангиоматозу), кількості активних синцитіальних нирок, стоншування синцитіотрофобласту.

Зменшення активності периферійного цитотрофобласта і, нарешті, двократне зменшення числа термінальних спеціалізованих ворсин, які навіть у відносно сприятливих ділянках ворсинчастого дерева зустрічалися рідко і налічували у своєму складі по одній синцитіокапілярній мембрані.

Різниця з контрольною групою особливо демонстративна. Значне зменшення кількості синцитіокапілярних мембран у термінальних ворсинах в основних групах зменшує дифузну здатність плацент наприкінці вагітності, тобто є однією з причин формування патології плода і новонародженого.

Морфологические и эхографические аспекты плацентарной дисфункции при варикозной болезни у беременных Л.В. Манжула

Результаты проведенных патоморфологических исследований у пациенток с варикозной болезнью при наличии и отсутствии плацентарной дисфункции позволяют выделить несколько ведущих моментов. Прежде всего, это уменьшение васкуляризации стромы ворсин всех уровней ветвления (слабая выраженность компенсаторного ангиоматоза), количества активных синцитиальных почек, истончение синцитиотрофобласта. Уменьшение активности периферического цитотрофобласта и, наконец, двукратное уменьшение числа терминальных специализированных ворсин, которые даже в относительно благополучных участках ворсинчатого дерева встречались редко и насчитывали в своем составе по одной синцитиокапиллярной мембране. Столь значительное уменьшение количества синцитиокапиллярных мембран в терминальных ворсинах в основных группах должно уменьшать диффузионную способность плацент в конце беременности, то есть создавать условия для формирования патологии плода и новорожденного.

Ключевые слова: патоморфология, плацентарная дисфункция, варикозная болезнь.

Morphological and ultrasound aspects of placental dysfunction at varicose illness at pregnant L.V. Manzhula

Results spent patomorphological researches at patients with varicose illness at presence and absence of placental dysfunction allow to allocate some the leading moments. First of all, this reduction vascularisation of stroma fibers all branching level (weak expressiveness compensation angiomatose), quantities active syncyteale kidneys, reduction syncyteotrofoblaste. Reduction of activity peripheral cytotrofoblaste and, at last, double reduction of number terminal specialised fibers which even in rather safe sites of a fleecy tree met seldom and totaled in the structure on one syncyteocapillare membrane. So considerable reduction of quantity syncyteocapillare membranes in terminal fibers in the basic groups should reduce diffusion ability of placenta in the end of pregnancy, that is create conditions for formation of a pathology of a born and the newborn.

Key words: patomorfology, placental dysfunction, varicose illness.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Агеева М.И. Допплерометрические исследования в акушерской практике. — М.: Видар, 2015. — 112 с.
2. Волков А.Е., Окороков А.А. Диагностическая ценность эхографии при варикозном расширении вен малого таза // Ультразвуковая диагностика. — 2014. — № 2. — С. 24.
3. Газдиева З.М. Варикозная болезнь при беременности. Клиника, диагностика и лечение: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Ростов-на-Дону, 1999. — 16 с.
4. Демидов Б.С. Клиническое значение доплерометрии в диагностике и прогнозировании плацентарной недостаточности во втором и третьем триместрах беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2000. — 18 с.
5. Елисеєв О.М. Сердечно-сосудистые заболевания у беременных. — М.: Медицина, 2014. — 28 с.
6. Зубарев А.Р., Богачев И.Ю., Митьков В.В. Ультразвуковая диагностика заболеваний вен нижних конечностей. — М., 2009. — 104 с.
7. Милованов А.П. Функциональная морфология и механизмы регуляции маточно-плацентарного кровообращения // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. — 2017. — № 3. — С. 109–115.
8. Проскурякова О.В. Допплерография в гинекологии /Под ред. Зыкина Б.И., Медведева М.В. — М., 2009. — С. 133–144.

УДК 618.2-055.25-06-08:618.33-06

Кесарів розтин у жінок після 40 років

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

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

Ключові слова: жінки старше 40 років, оперативне розродження.

У динаміці останніх років збільшилася 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 віком 40 років і старше завдяки успіхам лікування безплідності, невиношування вагітності, а також досягненням сучасних репродуктивних технологій і пренатальної діагностики. Крім того, деякі пацієнтки бажають мати дитину лише після досягнення певного матеріального і професійного благополуччя [1–4].

Особливості перебігу гестаційного процесу залежать від багатьох чинників, серед яких велике значення має вік. Досі немає єдиної думки про те, чи є вік жінки старше 40 років чинником ризику. Низка авторів [1, 2] свідчать, що вагітність у цій віковій групі перебігає патологічно, а пологи супроводжуються низкою важких ускладнень як для матері, так і для дитини. Крім того, пізній репродуктивний вік є одним з чинників ризику розвитку плацентарної недостатності і прееклампсії.

Відомо, що прееклампсія, загроза переривання вагітності, передчасний розрив плодових оболонок, аномалії пологової діяльності спричиняють збільшення частоти оперативного розродження [1, 2].

Пошук найбільш ефективних методів ведення вагітності і пологів у жінок старше 40 років має велике практичне значення у зниженні частоти ускладнень, перинатальної і материнської смертності і захворюваності.

Мета дослідження: вивчення особливостей оперативного розродження жінок старше 40 років.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У зв'язку з поставленою метою був проведений ретроспективний аналіз пре-гравідарних медико-соціальних аспектів у 191 жінки старше 40 років, вагітність в яких завершилася пологамі. Групами порівняння послужили випадкові відбори історій пологів у 191 жінки віком 20–29 років (група порівняння 2 – ГП-2) і 191 жінки 30–39 років (група порівняння 1 – ГП-1) у такий самий часовий проміжок.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У старшій віковій групі вік коливався від 40 до 50 років, в 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 первонароджуючих жінок старше 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 повторонароджуючих – $41,2 \pm 0,7$ року (у ГП-1 і ГП-2 – $32,8 \pm 0,1$ і $26,3 \pm 0,1$ років 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 були у 30,7%; другі і треті – у 58,1%; четверті і більш – у 11,2% жінок старше 40 років. У групах порівняння було аналогічне співвідношення уперше-, повторно і багатонароджуючих жінок.

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

Захворювання серцево-судинної системи у жінок старше 40 років становили 52,3% (у ГП-1 і ГП-2 – 29,4% і 22,3%), з них гіпертонічна хвороба – в 14,1% (у ГП-1 і ГП-2 – 2,8% і 1,2%), міокардіосклероз – 6,7% (у ГП-1 і ГП-2 – 2,6% і 1,4%), нейроциркуляторна дистонія – 20,9% (у ГП-1 і ГП-2 – 13,0% і 8,8%), вади серця – 8,8% (у ГП-1 і ГП-2 – 12,5% і 12,2%); варикозне розширення вен – 17,7% (у ГП-1 і ГП-2 – 6,3% і 5,7%).

Під час вагітності були виявлені захворювання серцево-судинної системи у 3,9% жінок старше 40 років. Хронічні захворювання травного тракту і гепатобіліарної системи мали 17,2% жінок старше 40 років (у ГП-1 і ГП-2 – 12,0% і 9,5%); захворювання нирок і сечовивідних шляхів – 11,0% (у ГП-1 і ГП-2 – 6,7% і 8,8%). Серед ендокринних захворювань переважало ожиріння – у 43,6% (у ГП-1 і ГП-2 – 28,3% і 22,3%) і тиреоїдна патологія – 5,7% (у ГП-1 і ГП-2 – 2,5% і 1,4%). Хронічні захворювання органів дихання мали 14,8% (у ГП-1 і ГП-2 – 15,0% і 14,2%) і офтальмологічну патологію – 14,1% (у ГП-1 і ГП-2 – 13,4% і 12,4%). Крім того, серед жінок старше 40 років 0,5% мали шизофренію і 0,4% – епілепсію. Оперативні втручання в анамнезі були у 24,2% жінок старше 40 років (у ГП-1 і ГП-2 – 9,6% і 9,1%) і шкідливі звички – 0,8% (у ГП-1 і ГП-2 – 0,9% і 0,8% відповідно).

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

Частота безплідності в анамнезі у жінок старше 40 років була у 3 рази вище у порівнянні з жінками 30–39 років і більше, ніж у 15 разів вище у порівнянні з жінками 20–29 років – 18,4% (у ГП-1 і ГП-2 – 6,0% і 1,1%); невиношування вагітності в анамнезі були майже в два рази частіше у порівнянні з ГП-1 і більше ніж у 2,5 рази у порівнянні 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%); медичні аборти – 62,5% (у ГП-1 і ГП-2 – 55,1% і 41,3%) і позаматкові вагітності – 2,0% (у ГП-1 і ГП-2 – 3,0% і 0,7%).

У групі упершенароджуючих старше 40 років безплідність в анамнезі мали більше 1/3 жінок – 37,6% (у ГП-1 і ГП-2 – 16,2% і 1,7%), з них з первинною безплідністю – 23,1% (у ГП-1 і ГП-2 – 12,0% і 1,3%); з вторинною – 13,2% (у ГП-1 і

ГП-2 – 3,8% і 1,2%) і безплідність у чоловіка – 1,3% (у ГП-1 і ГП-2 – по 0,4% відповідно).

У групі повторонароджуючих віком понад 40 років безплідність в анамнезі мали 10,9% (у ГП-1 і ГП-2 – по 0,9%), з них первинну безплідність – у 3,4% і вторинну – у 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%); вагітності, що не розвиваються, – 5,8% (у ГП-1 і ГП-2 – 2,3% і 0,9%); медичні аборти – 72,8% (у ГП-1 і ГП-2 – 64,2% і 49,8%) і мертвонародження – 2,5% (у ГП-1 і ГП-2 – 1,1% і 0,5% відповідно). Мабуть, висока частота перенесених абортів у групі повторнородящих жінок старше 40 років спричинила і велику частоту вторинної безплідності у цій групі. Інтервал між останніми пологами у групі повторнородящих жінок старше 40 років становив $12,7 \pm 0,3$ року (у повторнородящих жінок – $8,1 \pm 0,2$ і $5,0 \pm 0,1$ року відповідно).

У групі багатонароджуючих жінок старше 40 років безплідність в анамнезі мали 4,7% (у ГП-2 – 4,7%); невиношування вагітності – 22,4% (у повторнородящих жінок – 16,5% і 12,9%); медичні аборти – 75,3% (у повторнородящих жінок – 54,1% і 41,2%); мертвонародження в анамнезі – 7,1% (у повторнородящих жінок – 4,7% і 2,4%). Інтервал між останніми пологами у групі багатонароджуючих жінок старше 40 років становив $7,3 \pm 0,5$ року (у повторнородящих жінок – $4,4 \pm 0,3$ і $2,4 \pm 0,1$ років відповідно).

Серед гінекологічних захворювань у жінок старше 40 років переважали хронічні запальні захворювання жіночих статевих органів – у 23,5% (у ГП-1 і ГП-2 – 21,3% і 17,1%); міома матки – у 18,8% (у ГП-1 і ГП-2 – 5,0% і 0,8%); ендометріоз – у 3,7% (у ГП-1 і ГП-2 – 0,4% і 0,1%); кисти і кістоми яєчників – у 2,9% (у ГП-1 і ГП-2 – 2,8% і 2,1%); синдром полікістозних яєчників – в 1,3% (у ГП-1 і ГП-2 – 0,5% і 0,1%), дисфункціональні розлади менструального циклу – у 9,2% (у ГП-1 і ГП-2 – 4,5% і 4,3%).

Аномалії розвитку матки зустрічалися в 0,4% лише серед жінок старше 40 років. Крім того, патологію шийки матки в анамнезі мали 26,0% жінок старше 40 років (у ГП-1 і ГП-2 – 28,3% і 23,4%). Поєднану гінекологічну патологію мали 15,5% жінок старше 40 років.

Отже, група жінок старше 40 років мала дуже несприятливий акушерсько-гінекологічний анамнез у порівнянні з групою жінок 30–39 років і особливо у порівнянні з 20–29-річними пацієнтками. Особливо обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез мали первородящі жінки старше 40 років за рахунок вищої частоти безплідності, 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 старше 40 років була розроджена оперативним шляхом. Частота вживання акушерських щипців і вакуум-екстракції плода склала 0,7% (у ГП-1 і ГП-2 – 0,3% і 0,1% відповідно). Показанням для накладення вихідних акушерських щипців і вакуум-екстракції у жінок старше 40 років з'явилася гостра гіпоксія плода в двох випадках – у багатонароджуючої і повторнородящої жінки, і в одному випадку – передчасне відшарування плаценти у первородящої.

Показанням для планового накладення вихідних акушерських щипців з метою виключення потуг у жінок старше 40 років в одному випадку була міопія ви-

сокого ступеня в повторнородящій, в другому – рестеноз ревматичної мітральної вади серця після комісуротомії в повторнородящій. У ГП-1 (30–39 років) показанням для накладення акушерських щипців були: у одному випадку некомпенсована вроджена вада серця у первородящій, в другому – гостра гіпоксія плода у первородящій. У ГП-2 (20–29 років) показанням була вроджена вада серця у первородящій.

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

У повторнородящих жінок старше 40 років частота кесарева розтину була в 2 рази вищою у порівнянні з 30–39-річними жінками і в 3 рази вищою у порівнянні з 20–29-річними – 24,3% (у ГП-1 – 11,8% і в ГП-2 – 6,8%), причому відсоток екстреного 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 екстреному порядку – 11,8% (у ГП-1 – 3,5% і в ГП-2 – 2,4%). Кесарів розтин у плановому порядку в основному проводили за поєднаними показаннями.

У структурі показань до кесарева розтину у первородящих жінок старше 40 років переважали екстрагенітальний захворювання – 38,5%; безплідність – 44,2%; прееклампсія – 30,8%. З числа запланованих операцій кесарева розтину в екстреному порядку було виконано 46 (29,5%) унаслідок передчасного розриву плодових оболонок у разі неготових пологових шляхах. В екстреному порядку у первородящих старше 40 років виконано 11 операцій кесарева розтину. Показанням для екстреної операції абдомінального розродження були: аномалії пологової діяльності, невідповідні медикаментозній терапії – у 3 випадках; гостра гіпоксія плода – у 3 випадках; передчасне відшарування нормально розташованої плаценти – у 2 випадках і прееклампсія – у 3 випадках.

У структурі показань до операції кесарева розтину у повторнородящих жінок старше 40 років переважали екстрагенітальні захворювання – 42,1%; рубець на матці – 33,6%; прееклампсія – 23,1%; безплідність – 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 старше 40 років виконано 22 кесарева розтину. Показаннями для екстреного кесарева розтину були: аномалії пологової діяльності, невідповідні медикаментозній корекції, – у 8 випадках (2 – при індукованих пологах); гостра гіпоксія плода – в 3 випадках; клінічно вузький таз – в 2 випадках і прееклампсія – в 6 випадках.

У групі багатонароджуючих жінок старше 40 років виконано 13 операцій кесарева розтину: 3 планових і 10 екстрених. Показанням для екстреного кесарева розтину були: аномалії пологової діяльності, невідповідні медикаментозній корекції – в 2 випадках; гостра гіпоксія плода – в 1 випадку; передчасне відшарування нор-

мально розташованої плаценти – в 2 випадках; клінічно вузький таз – в 2 випадках і прееклампсія – в 3 випадках.

Крововтрата під час кесарева розтину у жінок старше 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 старше 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 старше 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 старше 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 старше 40 років під час кесарева розтину можна пояснити необхідністю розширення її об'єму.

Показанням для розширення об'єму кесарева розтину у жінок старше 40 років з'явилися: міома матки – консервативну міомектомію виконано у 25 жінок старше 40 років і надпівову ампутацію матки без придатків – у 7 жінок з множинною міомою матки. Крім того, суправагінальну ампутацію матки без придатків виконано в 2 випадках в результаті дійсного приросту плаценти і в 2 випадках – з приводу матки Кувелера у результаті передчасного відшарування нормально розташованої плаценти. Трубна стерилізація виконана 4 первородящим старше 40 років (2,6%); 31 повторнородящій старше 40 років (30,0%) і 3 багатородящим жінкам старше 40 років (23,1%). У ранній післяопераційний період у 4 жінок старше 40 років розвинулася гіпотонічна кровотеча і в 1 випадку виконана релапаротомія і екстирпація матки.

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

ВИСНОВКИ

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

Кесарево сечение у женщин после 40 лет

В.В. Маркевич

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 гистерэктомии диктует необходимость разработки алгоритма диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий для пациенток этой группы.

Ключевые слова: женщины старше 40 лет, оперативное родоразрешение.

Cesarean section at women are more senior than 40 years V.V. Markevich

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: *women are more senior than 40 years, operative delivery.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Байни Р.Л., Сперов Л. Клиническое руководство по охране здоровья пожилых женщин. Первичная и профилактическая помощь. / Пер. с англ. – М.: Медицина, 2011. – 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. – 2015. – 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. – 2013. – Vol. 30. – №1. – P. 1–12.

УДК 618.492:618.2/5-036.1

Перинатальні наслідки при монохоріальній двійні

О.В. Мельник

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

Проведено клінічне дослідження перебігу вагітності, пологів і перинатальних наслідків у 45 пацієнток з незапланованою багатоплідною монохоріальною вагітністю, яка завершилася народженням нормотрофних дітей. Для порівняння були використані аналогічні показники у 45 жінок з біхоріальними двійнятами. У комплексі проведених досліджень було включено клінічні, ехографічні, доплерометричні, морфологічні та статистичні методи. Перебіг вагітності при монохоріальній двійні характеризувався високою частотою розвитку затримки росту плода/плодів (51,1%), преєклампсєю (33,3%), загрозою переривання вагітності (64,1%) та передчасними пологами (66,7%), що навіть за відсутності специфічних ускладнень монохоріального типу плацентації виправдовувало високу частоту оперативного розродження (46,7%).

Порівняно з одноплідною вагітністю, ріст плодів при монохоріальному типі плацентації характеризується достовірно нижчими фетометричними показниками, починаючи з другої половини вагітності. Затримка росту плода/плодів при монохоріальній двійні формується до 28–32-го тижня гестації, причому у 20,6% вагітних розвивається затримка росту обох плодів, а у 30,4% – одного. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів при багатоплідній вагітності.

Ключові слова: *багатоплідна вагітність, пологи, перинатальні наслідки.*

Останнім часом проблема багатоплідності набула особливої значущості. У першу чергу це пов'язано з неухильним поширенням частоти виникнення багатоплідної вагітності в усьому світі, що зумовлене широким впровадженням допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). Ще однією причиною, що повертає підвищену увагу акушерів-гінекологів та неонатологів до цієї категорії пацієнток, є високий ризик виникнення ускладнень під час вагітності, пологів та перинатальних наслідків при багатоплідності порівняно з одноплідною вагітністю [1–3].

На сьогодні доведено, що одним з найважливіших чинників, що визначають перинатальні наслідки при багатоплідній вагітності, є не зиготність, а хоріальність [4–7]. Монохоріальний (МХ) тип плацентації при багатоплідній вагітності має найбільш несприятливі перинатальні наслідки. Так, за даними низки авторів [1–7] перинатальна смертність у двійнят з МХ типом плацентації у 3–4 рази перевищує таку у двійнят з біхоріальним (БХ) типом плацентації.

Незважаючи на значну кількість наукових публікацій з проблеми багатоплідної вагітності, не можна вважати усі питання повністю вирішеними. Одним із таких завдань є оцінювання акушерських та перинатальних наслідків розродження у вагітних з монохоріальними двійнятами при народженні дітей з нормотрофією.

Мета дослідження: оцінювання перебігу вагітності, пологів та перинатальних наслідків розродження у жінок з багатоплідною монохоріальною вагітністю при народженні дітей з нормальною масою тіла.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети нами було проведено клінічне дослідження перебігу вагітності, пологів та перинатальних наслідків у 45 пацієнток з незапланованою багатоплідною монохоріальною вагітністю, що завершилася народженням нормотрофних дітей. Для порівняння були використані аналогічні показники у 45 жінок з біхоріальними двійнятами.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, доплерометричні, морфологічні та статистичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік вагітних становив $29,1 \pm 2,5$ року.

Під час оцінювання репродуктивного анамнезу ми встановили, що у 15 (33,3%) з 45 пацієнток вагітність була першою, а 20 (44,4%) пацієнток були першороділлями. Мимовільні викидні в анамнезі відзначено у 3 (6,6%) жінок.

При аналізі перебігу вагітності практично в усіх пацієнток – 42 (93,3%) – виявлено різноманітні ускладнення. Так, найбільш поширеним ускладненням була загроза переривання вагітності, яка була виявлена в 28 (62,2%) з 45 жінок: у I триместрі – в 12 (26,6%), у II – в 14 (31,1%), у III – в 15 (33,3%). Незважаючи на терапію, яку проводили під час лікування, у 2 (4,4%) жінок симптоми загрози переривання вагітності зберігалися протягом всієї вагітності. При проведенні у них динамічної трансвагінальної ехографії з 18-го по 24-й тиждні гестації ми відзначали поступове укорочення довжини шийки матки (з 28 до 24 мм). Обом пацієнткам проводили корекцію істміко-цервікальної недостатності (ІЦН) за допомогою акушерського пессарію з 24-го тижня вагітності. Трьом пацієнткам, в яких, за даними трансвагінальної ехографії, довжина шийки матки становила 18,2, 19,8 та 21 мм, провели хірургічне лікування ІЦН шляхом накладання швів на шийку матки. Хірургічне лікування проводили на 18–19, 20–21 та 22-му тижнях.

Розвиток прееклампсії ми відзначили в 15 (33,3%) вагітних, при цьому в усіх пацієнток це ускладнення спостерігали не раніше III триместру вагітності. При аналізі ступеня важкості ми виявили такі особливості: легкий ступінь важкості відзначено у 12 (26,6%) пацієнток, середній – у 2 (4,4%). В одному випадку ми відзначили розвиток HELLP-синдрому на 35–36-му тижнях вагітності.

З метою вивчення особливостей зростання плодів у пацієнток з МХ типом плацентації, ми проаналізували фетометричні показники у динаміці вагітності: біпаріетальний розмір (БПР), коло голівки (КГ), коло живота (КЖ), довжину стегна (ДС), передбачувану масу плодів (ПМП). Отримані дані ми порівняли з ана-

логічними показниками, характерними для одноплідної вагітності (50 перцентиль) та біхоріальних двійнят (45 жінок).

При аналізі середніх показників БПР було виявлено ряд особливостей. Так, до 20-го тижня вагітності ці показники плодів у вагітних з МХ двійнятами, БХ двійнятами та при одноплідній вагітності практично не розрізнялися. З 20–23-го тижня гестації відзначено тенденцію до зниження середніх показників БПР у МХ двійнят порівняно із запропонованими нормативами для БХ типу плацентації та для одноплідної вагітності. Ця тенденція зберігалася протягом всього гестаційного періоду, проте статистично значущих відмінностей виявлено не було ($p > 0,05$). На 33–35-му тижні вагітності різниця між показниками БПР у БХ та МХ двійнят стала мінімальною.

Вивчаючи середні показники КГ плода, ми виявили наступні відмінності в темпах розвитку. До 20-го тижня гестації КГ у МХ двійнят, БХ двійнят та у плодів при одноплідній вагітності не розрізнялися ($p > 0,05$). У період між 20–29-м тижнями гестації виявлено уповільнення темпів зростання КГ у МХ двійнят порівняно з БХ двійнятами та плодами при одноплідній вагітності. Максимальну відмінність цих показників відзначено на 24–26-му, а мінімальну – на 27–29-му тижнях вагітності. Надалі, з перебігом гестаційного періоду, розміри КГ при МХ типі плацентації залишалися меншими за аналогічні показники при БХ типі плацентації (на 27–29 та 33–35-му тижнях, $p > 0,05$ в) та при одноплідній вагітності ($p < 0,05$).

Практичний інтерес представляли виявлені зміни в темпах зростання КЖ у плодів. До 20-го тижня гестації показники КЖ плодів з МХ двійні достовірно не відрізнялися від показників плодів з БХ двійні та одноплідної вагітності. З 27-го тижня гестації до моменту розродження в плодів з МХ двійні наголошувалося достовірне уповільнення темпів зростання КЖ порівняно з нормативами одноплідної вагітності ($p < 0,05$). При порівнянні аналогічних величин при МХ і БХ типові плацентації ми не виявили статистично достовірних відмінностей ($p > 0,05$), починаючи з 27-го тижня.

Порівнюючи середні величини ДС у плодів пацієнток з МХ двійнятами, ми виявили, що до 20-го тижня вагітності цей показник знаходився в межах індивідуальних коливань, характерних для вагітності з БХ двійнятами та для одноплідної вагітності. З 24-го тижня гестації та до моменту розродження відзначено стабільне уповільнення темпів зростання ДС у плодів пацієнток з МХ двійнятами порівняно з такими показниками при одноплідній вагітності ($p < 0,05$). Нижчі показники ДС у плодів пацієнток з МХ двійнятами порівняно з такими при вагітності з БХ двійнятами спостерігали протягом всього гестаційного періоду ($p > 0,05$).

При аналізі середніх величин передбачуваної маси плодів (ПМП) нами встановлено, що, починаючи з 26-го тижня гестації, відзначено нижчі показники ПМП у пацієнток з МХ двійнятами порівняно з нормативами, характерними для пацієнток з одноплідною вагітністю ($p < 0,05$). Зі збільшенням гестаційного віку різниця ставала більш вираженою. Що стосується порівняння показників ПМП у пацієнток з МХ та БХ двійнятами, різниця була статистично недостовірною ($p > 0,05$). Лише починаючи з 32-го тижня гестації, у плодів пацієнток з МХ двійнятами відзначено зниження ПМП порівняно з такими показниками у вагітних з БХ двійнятами.

Таким чином, вивчаючи середні фетометричні показники у пацієнток з МХ двійнятами, ми виявили, що, порівняно з нормативами одноплідної вагітності, темпи фізіологічного розвитку плодів таких пацієнток відрізняються за основними фетометричними показниками (КГ, КЖ, ДС, ПМП) починаючи з другої половини вагітності.

При проведенні ультразвукової плацентометрії у пацієнток з МХ двійнятами потовщення плаценти та збільшенні її площі було виявлено у 2 вагітних з 33-го тижня гестації.

Виразене багатоводдя обох плодів (вертикальна кишеня навколоплідних вод становила 98 та 101 мм) відзначено нами в одному випадку. Слід згадати, що у цієї пацієнтки антенатально було діагностовано оболонкове прикріплення пуповини обох плодів, що й спричинило розвиток багатоводдя. Перерозтягування матки внаслідок вираженого багатоводдя обох плодів, вірогідно, спровокувало настання передчасних пологів на 32-му тижні гестації.

Окрім фетометрії, плацентометрії та визначення кількості навколоплідних вод в усіх пацієнток при УЗД проводили доплерометрію кровотоку в системі мати–плацента–плід. При цьому змін гемодинаміки в матково–плодово–плацентарному комплексі в жодному випадку не було зареєстровано.

В усіх пацієнток з МХ двійнятами у ІІІ триместрі при УЗД визначали положення плодів в матці. Під час оцінювання варіантів положення плодів встановлено, що фізіологічне положення плодів в матці (головне/головне) було в 21 (46,6%) пацієнтки. Неправильне положення хоча б одного плоду з двійнят відзначено у 24 (53,4%) пацієнток.

На 26-му тижні гестації вагітність перервалася у 2 жінок. Ранні передчасні пологи на 28–32-му тижнях гестації включно виникли у 7 (15,5%) жінок, на 32–37-му тижні – в 21 (46,7%), тобто сумарна частота передчасних пологів в досліджуваній групі становила 66,7%.

Слід зазначити, що характерною особливістю передчасних пологів у пацієнток з МХ двійнятами була висока частота виникнення передчасного вилиття навколоплідних вод – в 16 (53,3%) з 30 пацієнток.

Що стосується методу розродження, то через природні родові шляхи народили всього 24 (53,3%) з 45 пацієнток. Середній термін при розродженні через природні родові шляхи становив $35,3 \pm 2,5$ тиж, при цьому 7 жінок народили до 32-го тижня вагітності включно, 6 – в період з 32-й по 37-й тижні, тобто, пологи через природні родові шляхи відзначено у 54% пацієнток до 37-го тижня вагітності.

В 11 (24,4%) спостереженнях розродження через природні родові шляхи сталося з 37-й по 40-й тижні, причому в 6 з них пологи були індуковані. Показанням до індукції пологової діяльності в усіх спостереженнях був термін гестації – 38–39-й тижні вагітності. Слід зазначити, що двом з шести пацієнток проводили корекцію ПЦН акушерським пессарієм до 36-го тижня гестації. З метою підготовки шийки матки до пологів в 3 пацієнток проводили інтрацервікальне введення простагландинового гелю, в 3 – планову ранню амніотомію.

Абдомінальне розродження було проведено 21 (46,7%) з 45 пацієнток. Так, до 32-го тижня вагітності було прооперовано 2 пацієнтки, в період з 32 по 37-й тижні – 15 пацієнток (кесарів розтин), після 37-го тижня – 4 пацієнтки (абдомінальне

розродження). Частіше кесарів розтин проводили в екстреному порядку (19 з 21); одну операцію проводили на другому плоді. Планове абдомінальне розродження провели в 2 випадках. Показанням до планового кесарева розтину у 2 пацієнток був рубець на матці, неспроможний за даними УЗД, а також вік першороділля (39 років) у поєднанні з тривалим безпліддям в анамнезі.

Найбільш частими показаннями до екстреного абдомінального розродження були: кровотеча при відшаруванні нормально розташованої плаценти – у 3 вагітних, слабкість пологової діяльності – у 3 вагітних, тазове передлежання першого плоду при передчасному вилитті навколоплідних вод – у 2 вагітних, відсутність умов для розродження живого плоду при антенатальній загибелі близнюка – в 1 вагітній. В останніх 10 випадках екстрений кесарів розтин було проведено за сукупністю відносних показань. Кесарів розтин на другому плоді проведено в одній пацієнтки на 31-му тижні гестації після народження мертвого плода та спричиненим цим поперечним передлежанням другого живого плода.

У післяпологовий період виникли ускладнення в 7 (15,5%) з 45 породіль. Так, гіпотонічну кровотечу відзначено у 4 жінок, серед яких 3 були повторно народжували. В одному випадку в ранньому післяопераційному періоді виникла кровотеча. В 4 з 7 породіль сумарна крововтрата перевищувала 1000 мл, що можна розглядати як причину перерозтягування матки з подальшим зниженням її скорочення та виникненням гіпотонічної кровотечі. Після пологів через природні родові шляхи рівень крововтрати при виникненні гіпотонічної кровотечі варіював від 600 до 1000 мл.

У 3 жінок внаслідок субінволюції матки виникли ускладнення у пізній післяпологовий період. Слід зазначити, що дві з трьох пацієнток народжували повторно, в одній з яких в анамнезі було 5 пологів. Дану патологію відзначали частіше у пацієнток після пологів через природні родові шляхи (2 випадки).

Враховуючи можливість гіпердіагностики МХ двійнят, особливо при проведенні першого УЗД після 14 тиж вагітності, верифікацію діагнозу МХ типу плацентації проводили і після пологів. Ми проводили ретельний огляд послідів: оцінювали кількість оболонок у міжплодовій перегородці, а також структуру та особливості розвитку пуповини й плаценти. В усіх спостереженнях міжплодова перегородка складалася з двох амніотичних оболонок.

Привертала увагу висока частота виникнення аномального прикріплення пуповини – ми відзначили це при дослідженні 11 (24,4%) з 45 послідів. Так, в одній пацієнтки спостерігали оболонкове прикріплення пуповини обох плодів, ще в одній – крайове прикріплення пуповини обох плодів. Частіше оболонкове або крайове прикріплення пуповини відзначали в одного близнюка з двійнят (9 випадків).

Як правило, товщина пуповини не розрізнялася, і лише в одному посліді ми виявили відмінності в товщині пуповини. Крім того, при макроскопічному огляді двох послідів нашу увагу привернула різна товщина та структурність плаценти.

Загалом у пацієнток з МХ двійнятами народилися живими 88 (97,7%) з 90 дітей – 34 дівчинки та 55 хлопчиків. В антенатальному періоді загинуло 2 плоди – по одному з двійнят; в постнатальному періоді померло 2 новонароджених. Таким чином, перинатальні втрати у пацієнток з МХ двійнятами становили 4 (4,4%) випадки.

З 88 новонароджених 76 (86,3%) народилися в задовільному стані. У стані асфіксії (оцінка за шкалою Апгар 6 балів) народилося 12 дітей, серед яких 8 були розроджені через природні родові шляхи. Гестаційний вік новонароджених коливався від 26 до 34 тиж. Слід зазначити, що кількість других близнят, народжених з асфіксією, була у 2 рази більше, ніж перших (8 других проти 4 перших близнят з двійні). Крім того, важкість асфіксії в других новонароджених двійнят була більш вираженою, що проявлялося більш низькою оцінкою за шкалою Апгар на 5-й хвилині після народження.

Дихальна недостатність була виявлена у 38 (68,1%) з 60 недоношених дітей: після мимовільних пологів – у 18, після кесарева розтину – у 20.

Стан 45 (51,1%) з 88 новонароджених потребував переводу до відділення інтенсивної терапії, з них 41 дитина була недоношеною. У нашому дослідженні ми не виявили статистично значущої різниці між статтю, черговістю народження та методом розродження у дітей, яких спостерігали у відділенні інтенсивної терапії. В основному це були діти, гестаційний вік яких становив менше 36 тиж – 41 новонароджений з 45. Після 36-го тижня гестації необхідність проведення інтенсивної терапії у близнят різко знижувалася. Четверо доношених дітей спостерігали в палаті інтенсивної терапії (ПІТ) внаслідок важкого перебігу жовтяничної форми гемолітичної хвороби новонароджених.

Оцінюючи фізичний розвиток нормотрофних новонароджених з МХ двійні різного гестаційного віку, ми використовували такі величини як маса тіла, зріст при народженні та масо-ростовий показник (МРП). Отримані дані ми порівнювали з нормативами, характерними для дітей з БХ двійні та дітей з одноплідної вагітності (50 перцентиль).

Так, середня маса нормотрофних новонароджених з МХ двійні була менше, ніж у дітей з одноплідної вагітності, незалежно від гестаційного віку при народженні. Проте, різниця в масі тіла для новонароджених з гестаційним віком 36 тиж і більше була статистично достовірною та сягала при цьому максимальних значень у дітей, що народилися на 39-му тижні вагітності (12,9% випадків). Порівнюючи аналогічні показники з нормативами для дітей з БХ двійні, ми не виявили статистично значущих відмінностей.

Як і середня маса тіла, так і середні показники зросту нормотрофних дітей з МХ двійні були нижчими порівняно з показниками зросту дітей при одноплідній вагітності, народжених на 37, 38 та 39-му тижнях гестації ($p < 0,05$). Проте слід зазначити, якщо маса дітей з БХ та МХ двійні практично не відрізнялася, то різниця в показниках зросту була статистично достовірно вище у дітей з БХ двійні, народжених на 37, 38 та 39-му тижнях ($p < 0,05$).

Для найбільш достовірного оцінювання фізичного розвитку новонароджених ми визнали доцільним визначення МРП. Як свідчать результати нашого дослідження, даний показник нижче за такий у новонароджених при одноплідній вагітності. Слід зазначити, що різниця МРП стає статистично значущою у дітей, народжених після 37-го тижня вагітності ($p < 0,05$). Високі масо-ростові показники у нормотрофних дітей з МХ двійні порівняно з показниками новонароджених з БХ двійні відзначали у дітей, народжених на 32, 33, 37, 38 і 39-му тижнях вагітності ($p > 0,05$).

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про те, що перебіг вагітності у жінок з монохоріальними двійнятами характеризується високою частотою розвитку затримки росту плода/плодів (51,1%), прееклампсией (33,3%), загрозою переривання вагітності (64,1%) та передчасними пологам (66,7%) навіть за відсутності специфічних ускладнень монохоріального типу плацентації, що виправдовує високі показники оперативного розродження (46,7%).

Ріст плодів при монохоріальному типові плацентації характеризується достовірно нижчими фетометричними показниками порівняно з одноплідною вагітністю, починаючи з другої половини вагітності. Затримка росту плода/плодів у жінок з монохоріальними двійнятами формується до 28–32-го тижнів гестації, причому в 20,6% вагітних розвивається затримка зросту обох плодів, в 30,4% – одного. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів при багатоплідній вагітності.

Перинатальные исходы при монохориальной двойне О.В. Мельник

Проведено клиническое исследование течения беременности, родов и перинатальных исходов у 45 пациенток с незапланированной многоплодной монохориальной беременностью, завершившейся рождением нормотрофных детей. Для сравнения были использованы аналогичные показатели у 45 женщин с бихориальной двойней. В комплекс проведенных исследований были включены клинические, эхографические, доплерометрические, морфологические и статистические методы. Течение беременности при монохориальной двойне характеризовалось высокой частотой развития задержки роста плода/плодов (51,1%), преэклампсией (33,3%), угрозой прерывания беременности (64,1%) и преждевременными родами (66,7%), что даже при отсутствии специфических осложнений монохориального типа плацентации оправдывало высокую частоту оперативного родоразрешения (46,7%).

По сравнению с одноплодной беременностью, рост плодов при монохориальном типе плацентации характеризуется достоверно более низкими фетометрическими показателями, начиная со второй половины беременности. Задержка роста плода/плодов при монохориальной двойне формируется к 28–32-й неделе гестации, причем у 20,6% беременных развивается задержка роста обоих плодов, а у 30,4% – одного. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий при многоплодной беременности.

Ключевые слова: многоплодная беременность, роды, перинатальные исходы.

Perinatal outcomes at monochorial two at birth O.V. Melnik

Clinical research of a course of pregnancy, labors and perinatal outcomes at 45 patients at whom multiple, monochorial pregnancy came spontaneously was conducted and came to the end with the birth the normotrofical of children. For comparison similar indicators at

45 with a byhorial two at birth were used. The complex of the conducted researches included clinical, ehografical, dopplerometrical, morphological and statistical methods. The course of pregnancy at monochorial two at birth is characterized by the high frequency of development of a growth inhibition of fetus/fetuses (51,1%), preeclampsia (33,3%), abortion threats (64,1%) and premature births (66,7%) even for lack of specific complications of monochorial type of placentation that justifies high rates of an operational delivery (46,7%).

Body height of fetuses at monochorial type of placentation is characterized authentically by lower fetometrical indicators in comparison with one-fetal pregnancy, since the second half of pregnancy. The growth inhibition of fetus/fetuses at monochorial two at birth is formed by 28–32 week of gestation, and at 20,6% of pregnant women the growth inhibition of both fetuses, at 30,4% – one develops. The received results needs to be considered when developing algorithm of diagnostic and treatment and prophylactic actions at multiple pregnancy.

Key words: *multiple pregnancy, labors, perinatal outcomes.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Егорова О.А. Течение беременности и родов у женщин с многоплодием // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2011. – № 1. – С. 36–37.
2. Сичинава Л.Г., Калашников С.А., Панина О.Б. Монохориальная двойня: особенности течения беременности и родов, перинатальные исходы // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 2. – С. 12–18.
3. Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Калашников С.А. Ультразвуковая диагностика в тактике ведения беременности и родов при многоплодии // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 6. – С. 5–10.
4. Фролова О.Г., Пугачева Т.Н., Макарова Е.Е. Причины перинатальной смертности при многоплодных родах // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 6. – С. 28–30.
5. Фукс М.А., Маркин Л.Б. Многоплодная беременность. – К., 2000. – 128 с.
6. Alexander G.R., Salihu H.M. Multiple pregnancy. Epidemiology, Gestation, Perinatal Outcome. – 2-nd Ed. // Eds I. Blickstein, L. Keith. – Carnforth, 2015. – P. 3–10.
7. Bajoria R., Wee L.Y., Anwar S. Outcome of twin pregnancies complicated by single intrauterine death in relation to vascular anatomy of the monochorionic placenta // Hum Reprod. – 2009. – 14 (8). – P. 2124–2130.

УДК 618.5-089.888.61-089.193.4:616.5-003.92-036.1

Особливості стану рубця при повторному кесаревому розтині

Нунга Крістіна Жиме

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

Результати проведених досліджень свідчать, що під час оцінювання стану нижнього сегменту матки у вагітних з кесаревим розтином в анамнезі діагностична точність трансабдомінального ультразвукового дослідження склала 70,0%, трансагінального ультразвукового дослідження – 78,0%, магнітно-резонансної томографії – 60,0%, доплерометрії – 56,0%; при неспроможності рубця на матці клінічні ознаки спостерігали в 47,0% випадків. Під час морфологічного оцінюванні нижнього сегменту не виявлено залежності морфологічної структури нижнього сегменту матки від тимчасового інтервалу між операціями.

Ключові слова: *повторний кесарів розтин, нижній сегмент.*

Протягом останніх 15–20 років наголошується зростання частоти кесарева розтину в 3–4 рази. Згідно даним літератури, частота операції становить від 13 до 45% [1–5].

За даними низки авторів [1–5] рубець на матці на сьогодні є одним з основних свідчень до кесарева розтину, складаючи від 18,2% до 37,0%. Основним мотивом для проведення повторного кесарева розтину служить небезпека розриву матки в пологах з несприятливим результатом для матері і плода. Дані, що наводяться різними авторами про неспроможність поперечного рубця на матці, мають великий розкид – від 22% до 50% [2, 3]. Частота розривів матки в пологах коливається від 0,7% до 1,5%, під час вагітності – від 1,1 до 3% [1, 4].

Найбільш інформативні методи діагностики і критерії повноцінності рубця на матці ще не визначені. Під час вагітності практично єдиним методом оцінювання стану рубця є ультразвукове дослідження (УЗД), точність якого коливається за різними джерелами в досить широких межах – від 57,5% до 83% [4]. Вельми перспективним, але практично не вивченим методом відносно діагностики стану нижнього сегменту матки у жінок з кесаревим розтином в анамнезі, представляється магнітно-резонансна томографія.

Досліджень, направлених на вивчення морфологічного складу тканин з області попереднього розрізу при повторному кесаревому розтині, немало. Проте, досі не існує єдиної думки про те, чи залежить стан рубця від часу, що минув між операціями, і який оптимальний термін настання подальшої вагітності.

Таким чином, збільшення частоти абдомінального розродження і в той же час бажання практично кожної жінки мати два і більш за дітей робить актуальною

проблему повторного кесарева розтину. Збільшується кількість жінок з рубцем на матці, які планують згодом вагітність. Це вимагає вдосконалення методів діагностики стану нижнього сегменту матки як в час, так і поза вагітністю, що підтверджує актуальність справжнього наукового дослідження.

Мета дослідження: вивчення основних особливостей стану рубця при повторному кесаревому розтині за допомогою сучасних методів дослідження.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено проспективне дослідження 100 жінок з кесаревим розтином в анамнезі (1-а група – основна), які спостерігалися впродовж всієї вагітності і протягом року після абдомінального розродження, а також їх новонароджені. У групу порівняння (2-а група) увійшли 50 жінок, уперше розроджених шляхом кесарева розтину за різними свідченнями та їхні новонароджені.

Критерії виключення:

- важка екстрагенітальна патологія;
- корпоральний кесарів розтин в анамнезі;
- багатоплідна вагітність.

При первинному зверненні вагітної детально збирали загальний і спеціальний анамнез, приділяючи особливу увагу техніці попередньої операції і можливим інтра- або післяопераційним ускладненням. При огляді жінки звертали увагу на стан післяопераційного рубця на передній черевній стінці: його розташування, розміри, щільність, рухливість, відчуття жінки при пальпації.

Вагітним жінкам УЗД проводили в I, II, III триместрах. Виконували фетометрію, плацентометрію з визначенням локалізації плаценти по відношенню до внутрішнього маткового зіву і до зони передбачуваного рубця на матці. Для оцінювання стану нижнього маткового сегменту трансабдомінальне і трансвагінальне УЗД проводили при наповненому сечовому міхурі у динаміці з 35–36 тиж вагітності і напередодні операції.

До ехографічних ознак неспроможності нижнього маткового сегменту відносили: товщину нижнього маткового сегменту менше 2 мм і більше 8 мм; кратеро-подібне стоншування рубця; гіперехогенні включення в області передбачуваного рубця. Для оцінювання кровотоку в області нижнього маткового сегменту застосовували доплерометрію. Гемодинаміку в «навколорубцевій» зоні вважали задовільною за умови рівномірного розподілу колірних сигналів і наявності складової діастолі в кінцевій швидкості кровотоку виявлених судин.

Магнітно-резонансну томографію проводили без введення контрастних засобів в терміні вагітності 38–39 тиж. Головною метою дослідження була діагностика стану нижнього сегменту матки. Вимірювали товщину стінки матки в області передбачуваного рубця, звертаючи увагу на її рівномірність, наявність будь-яких включень, дефектів.

Для морфологічного дослідження біоптати сікли при першому і повторному кесаревому розтині з верхнього і нижнього країв розрізу, фіксували в 10% розчині формаліну на 24 год і проводили за звичайною схемою. Забарвлювали препарати гематоксиліном і еозином, по Ван-Гізону, а також використовували забарвлення по Маллорі для оцінювання стану сполучної тканини.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вік обстежених жінок у 1-й групі коливався від 21 до 43 років, становлячи в середньому $32,0 \pm 5,7$ року, більше половини жінок (56,0%) були віком 25–34 роки; у 2-й групі – від 18 до 40 років, в середньому $27,5 \pm 5,2$ року ($p > 0,5$).

У 1-й групі в анамнезі одну операцію кесарева розтину перенесли 75% жінок, дві – 20%, три або чотири операції – 5% жінок. Інтервал між попереднім кесаревим розтином і справжньою вагітністю становив 1–2 роки у 27,0% жінок, 3–5 років – у 30,0%, більше 5 років – у 43,0% жінок.

В анамнезі більше ніж у половини пацієнток основної групи (58,0%) зафіксовані медичні аборти, мимовільні викидні, вагітності, що не розвиваються, часто їхнє поєднання. Високий відсоток настання вагітностей протягом першого-другого року після операції (40,0%), кожна четверта з яких закінчувалася медичним абортom. Достовірного негативного впливу внутрішньоматкових втручань між операціями на перебування рубця на матці виявлено не було.

У 2-й групі 30,0% жінок мали в анамнезі пологи, 70,0% були первородящими.

Серед показань до першого кесарева розтину в основній групі в 32,0% випадків були: обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез у поєднанні з віком жінки, вагітність настала в результаті допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), екстрагенітальна патологія. У 67,0% випадків показання були скороминущими (аномалії пологової діяльності, тазове передлежання, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, гостра гіпоксія плода і так далі).

Попередня операція і післяопераційний період у більшості пацієнток (92,0%) перебігали без ускладнень.

Аналіз довів, що одним з найчастіших ускладнень вагітності у жінок з кесаревим розтином в анамнезі була загроза переривання вагітності, яка у першій половині вагітності мала місце у кожній другій жінки, у другій – в кожній п'ятій. Частота цієї патології в I і II триместрі достовірно вище в основній групі (50,0% і 32,0%, $p \leq 0,05$). Другим по частоті ускладненням вагітності була неспроможність нижнього сегменту матки, підтверджена на операції, склавши 28,0%. У кожній п'ятій жінки основної групи (20,0%) вагітність перебігала на тлі хронічної плацентарної недостатності, тоді як в групі порівняння її частота складала лише 8,0% ($p \leq 0,05$).

Комплексне оцінювання стану нижнього сегменту матки у вагітних з кесаревим розтином в анамнезі ми давали на підставі клінічних даних і результатів інструментальних методів дослідження: УЗД, МРТ, доплерометрія.

Клінічні ознаки неспроможності рубця у вигляді неприємних відчуттів в епігастрії, нудота, блювання, біль в області нижнього сегменту матки, локальний хворобливості при пальпації в області рубця, хворобливого ворухіння плода визначалися в 28,0% вагітних. З них неспроможність рубця підтвердилася на операції у 69,6% жінок. У той самий час з 72,0% вагітних з відсутністю клінічних проявів в 18,0% рубець виявився неспроможним. Отже, у 52,9% жінок з підтвердженою на операції неспроможністю рубця на матці вона носила безсимптомний характер.

Трансабдомінальне УЗД було проведено усім 120 вагітним основної групи. Спроможний нижній сегмент матки був діагностований у 79,0,0% жінок, які були

розроджені шляхом кесарева розтину в плановому порядку. На операції у 21,0% пацієнток рубець виявився неспроможним, причому в 4 випадках спостерігали повне розповзання рубця. Неспроможність рубця була запідозрена в 18,0% вагітних, але підтвердилася на операції лише у 10,0% пацієнток.

Точність трансабдомінального УЗД складала 70,0%, чутливість – 29,4%, специфічність – 86,0%, псевдопозитивні результати мали місце в 10,0% випадків, псевдонегативні – у 20,0% випадків; прогностична цінність позитивного результату – 45,5%, прогностична цінність негативного результату – 75,5%.

Трансвагінальне УЗД було проведене всім вагітним. Нижній сегмент матки був розцінений як незмінений у 76,0% пацієнток, але на операції у 14,0% жінок виявили різке його стоншування. Підозріння на неспроможність рубця виникло у 24,0% пацієнток. Підтвердився на операції діагноз у 16,0% жінок. Таким чином, збіг ультразвукового та інтраопераційного діагнозів мав місце в 78,0% випадків, псевдопозитивні результати отримані в 8,0%, псевдонегативні в 14,0%; чутливість методу – 53,3%, специфічність – 88,5%, прогностична цінність позитивного результату – 66,7%, прогностична цінність негативного результату – 81,5%.

Допплерометричне дослідження кровотоку в області нижнього маткового сегменту провели у вагітних в терміні 37–39 тижнів. У підгрупі пацієнток (20 жінок), де реєструвався хороший кровотік, результати розподілилися порівну між спроможними і неспроможними рубцями. У підгрупі жінок (12 пацієнток) зі зниженим кровотоком в 66,7% випадків виявлена неспроможність рубця. Отже, знижений кровотік може в деякій мірі служити прогностичним критерієм неспроможності рубця на матці у жінок з кесаревим розтином в анамнезі. Точність дослідження складала 56,3%. Але надавати даному методу особливе значення не слід, оскільки високий ризик помилкового виміру кровотоку в стінці сечового міхура, а не в стінці матки через їхнє тісне прилягання.

Обстежено за допомогою МРТ 30 вагітних. З 8 випадків діагностованої неспроможності рубця на матці (рівномірне або локальне стоншування менше 2 мм) підтвердився діагноз лише у 2 пацієнток. У той самий час, з 22 пацієнток з рівномірної товщини рубцем від 2 до 5 мм за результатами МРТ, в 6 нижній сегмент виявився неспроможним. Отримані результати збіглися з інтраопераційними даними в 18 випадках (60,0%), псевдопозитивні і псевдонегативні результати розподілилися порівну, склавши по 20,0%; чутливість методу – 25,0%, специфічність – 72,7%, прогностична цінність позитивного результату – 25,0%, прогностична цінність негативного результату – 72,7%.

Таким чином, проведене дослідження показало, що на сьогодні не існує безпомилкового методу діагностики стану нижнього сегменту матки у вагітних з кесаревим розтином в анамнезі. Обстеження повинне носити комплексний характер з урахуванням клінічних даних і результатів інструментальних методів.

Морфологічна картина при макроскопічній неспроможності рубця характеризувалася вrostанням грубоволокнистої сполучної тканини у довколишній міометрії, яка, проникаючи углиб між окремими м'язовими пучками, позбавляла їх необхідної компактності. Характерною особливістю біоптатів міометрія даної

групи жінок було часте виявлення (у 93,0% випадків) вираженого міолізу у складі м'язових пучків, результатом якого було або заміщення фрагментів загублених пучків фіброзною тканиною, тобто розширення зони рубця, або збочена регенерація міометрія.

Спроба виявити залежність динаміки формування рубцевої тканини і довколишнього міолізу від часу, що минув між операціями, не призвела до переконливих результатів.

При макроскопічно незміненому нижньому матковому сегменті в мікропрепаратах при виявленні грубої рубцевої тканини виявлена значна дезорганізація складових фрагментів міометрія у вигляді характерних «сітчастих» структур (у 80,0% випадків). Вогнища міолізу виявлялися рідко, оскільки процес колагенізації міоцитів у складі пучків викликав різку атрофію м'язових клітин, але дифузний характер поширення сполучної тканини в міжм'язових прошарках створював певну механічну міцність міометрія в зоні рубців.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що під час оцінювання стану нижнього сегменту матки у вагітних з кесаревим розтином в анамнезі діагностична точність трансабдомінального ультразвукового дослідження становила 70,0%, трансвагінального ультразвукового дослідження – 78,0%, магнітно-резонансної томографії – 60,0%, доплерометрії – 56,0%; при неспроможності рубця на матці клінічні ознаки мали місце в 47,0% випадків. Неспроможність рубця на матці виявлена у 28,0% жінок, плацентація в області рубця – у кожної десятої жінки (10,0%).

Структура тканини нижнього сегменту матки при неспроможності рубця характеризується тотально поширеним міолізом в 93,0%, результатом якого є або розширення зони рубця або збочена регенерація міоцитів без формування компактних пучків; при візуально незміненому нижньому сегменті матки в 80,0% випадків переважає атрофія міоцитів і «сітчастий» характер колагенізації. Не виявлено залежності морфологічної структури нижнього сегменту матки від тимчасового інтервалу між операціями.

Особенности состояния рубца при повторном кесаревом сечении Нунга Кристина Жиме

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что при оценке состояния нижнего сегмента матки у беременных с кесаревым сечением в анамнезе диагностическая точность трансабдоминального ультразвукового исследования составила 70,0%, трансвагинального ультразвукового исследования – 78,0%, магнитно-резонансной томографии – 60,0%, доплерометрии – 56,0%; при несостоятельности рубца на матке клинические признаки имели место в 47,0% случаев. При морфологической оценке нижнего сегмента не выявлено зависимости морфологической структуры нижнего сегмента матки от временного интервала между операциями.

Ключевые слова: повторное кесарево сечение, нижний сегмент.

Features of a condition of a hem at repeated cesarean section Nunga Kristina Geme

Results of the spent researches testify, that at an estimation of a condition of the bottom segment of a uterus at pregnant women with a Cesarean section in the anamnesis diagnostic accuracy transabdominal ultrasonic research has made 70,0%, transvaginal ultrasonic research – 78,0%, magnite-resonant tomography – 60,0%, dopplerometria – 56,0%; at a hem inconsistency on a uterus clinical signs took place in 47,0% of cases. At a morphological estimation of the bottom segment it is not revealed dependences of morphological structure of the bottom segment of a uterus on a time interval between operations.

Key words: a repeated cesarean section, the bottom segment.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Васильченко О.Н. Влияет ли количество кесаревых сечений в анамнезе на течение последующей беременности, операции и послеоперационного периода? // «Мать и дитя»: материалы 5 Регионального форума (20–22 марта, 2017 г.) – Казань, 2017. – С. 35–36.
2. Горбачева А.В. Повторное кесарево сечение // «Мать и дитя»: материалы X Российского Форума (11–14 окт. 2015). – М., 2015. – С. 52–53.
3. Комиссарова Л.М. Особенности течения беременности, операции и послеоперационного периода у женщин с кесаревым сечением в анамнезе // Акушерство и гинекология. – 2017. – № 1. – С. 20–22.
4. Милованов А.П. Диагностика состояния рубца на матке у беременных, перенесших кесарево сечение // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 1. – С. 40–44.
5. Чернуха Е.А. Вопрос диагностики состояния рубца на матке у беременных с кесаревым сечением в анамнезе не решен // «Репродуктивное здоровье семьи»: материалы X международного конгресса по репродуктивной медицине. – М., 2016. – С. 81–82.

УДК 618.3/5-036.1:618.177-089.888.61

Шляхи зниження частоти перинатальної патології після допоміжних репродуктивних технологій

Я.А. Рубан

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

Використання удосконаленого нами алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів дозволяє знизити частоту мимовільного переривання вагітності до 22 тиж з 13,0% до 5,7%; «ранніх» передчасних пологів – з 3,0% до 1,0%; плацентарної дисфункції з 63,0% до 40,6%; кесарева розтину – з 96,0% до 56,5%, а також перинатальних втрат – з 40,0% до 16,2% відповідно.

Ключові слова: перинатальна патологія, допоміжні репродуктивні технології.

Проблема лікування безплідності подружніх пар є однією з найбільш актуальних в сучасній медицині. Допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) міцно посіли своє місце у комплексі медичного лікування безплідності [1–3].

На сьогодні встановлено, що перебіг вагітностей, що настали в результаті лікування безплідності унаслідок застосування ДРТ, має свої особливості [4, 5]. Важливим є той факт, що до моменту настання вагітності пацієнтки, як правило, віком старше 30 років тривало і безуспішно лікувалися з приводу безплідності, часто мають ендокринні порушення або виражені анатомічні зміни органів малого таза [6, 7]. Різноманітність наведених чинників безумовно впливає на характер і частоту ускладнень вагітності і пологів.

Останнім часом серед акушерів-гінекологів йде дискусія про вибір методу розродження жінок після ДРТ, особливо в тому аспекті, що багато авторів [8–10] рекомендують розродження шляхом лише операції кесарева розтину. Проте в своїх спостереженнях практичні лікарі відзначають випадки відмови жінок від абдомінального розродження, не дивлячись на використання ДРТ, мотивуючи багатьма моментами, у тому числі фізіологічним перебігом вагітності і бажанням самостійних пологів.

Не дивлячись на значне число наукових публікацій з даної проблеми вагітності і пологів після ДРТ, не можна вважати всі наукові питання повністю вивченими, особливо в аспекті способу розродження цих пацієнток.

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

Виконана науково-дослідна робота є фрагментом наукової роботи кафедри акушерства, гінекології і перинатології Національної медичної академії післядиплом-

ної освіти імені П.Л. Шупика «Актуальні аспекти збереження та відновлення репродуктивного здоров'я жінки та перинатальної охорони плода на сучасному етапі» № державної реєстрації: 0106 U010506.

Метою дослідження: зниження частоти перинатальної патології у жінок після ДРТ на підставі вивчення клініко-ехографічних, ендокринологічних, біохімічних, доплерометричних, кардіотокографічних та морфологічних досліджень, а також удосконалення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Основу роботи складає проведене нами за період з 2012 по 2015 рр. комплексне обстеження 300 вагітних, з яких 250 були після ДРТ і 50 – первородящі, які за вагітності самостійно, а також їхні новонароджені.

Для вирішення поставлених завдань дослідження проводили в два етапи.

На 1-у етапі проводили проспективне когортне дослідження, що включає 150 вагітних: з них 100 жінок, вагітність яких настала в результаті ДРТ (1-а група) і 50 здорових жінок, з вагітністю, що мимоволі настала (контрольна група).

На 2-у етапі проводили проспективну рандомізацію, в результаті якої пацієнток після ДРТ розподілено на дві рівні групи за принципом терапії:

- 2-а основна група – 75 вагітних після ДРТ, в яких використовували вдосконалений нами алгоритм;
- 3-я група порівняння – 75 вагітних після ДРТ, які пройшли загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи.

Загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи проводили згідно протоколів МОЗ України по веденню пацієнток після ДРТ.

Вдосконалений нами алгоритм включав наступні моменти:

- вживання моногормонотерапії під час вагітності;
- використання родинно-орієнтованих технологій під час вагітності і при розродженні;
- консультація перинатального психолога на всіх етапах ведення пацієнток;
- розроблення плану розродження пацієнток з урахуванням причин безплідності, кількості спроб ДРТ і клінічного перебігу вагітності.

При підборі методів дослідження на кожну вагітну була заповнена спеціально розроблена статистична карта спостереження, з урахуванням віку, професії, даних про чоловіка, наявності шкідливих виробничих чинників, відображено екстрагенітальну патологію, оцінено менструальну і дітородну функцію, тривалість безплідності, варіанти її корекції, перенесені гінекологічні захворювання, особливості перебігу справжньої вагітності, її результат і стан новонародженого. Усі відомості вносили до електронної бази даних, піддавали математичному аналізу. Аналіз перебігу вагітності, пологів, стан новонароджених проводили шляхом проведення особистого обстеження пацієнток, здобуттям даних з індивідуальних і обмінних карт вагітних, історій пологів і розвитку новонароджених.

Ми використовували клінічні, біохімічні, гормональні, морфологічні, ультразвукові і доплерометричні дослідження.

Аналіз стану здоров'я новонароджених здійснювали за участю неонатолога і педіатра.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що середній вік обстежених жінок (табл. 1) в клінічній групі був достовірно більше ($p<0,05$) у порівнянні з контрольною, що зумовлено наявністю безплідності і тривалістю лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів.

За сімейним станом жінки контрольної групи частіше були в зареєстрованому шлюбі ($p<0,05$), рідше жили цивільним шлюбом або були самотніми ($p<0,01$) (табл. 2).

Особливий інтерес представляють дані репродуктивного анамнезу (табл. 3). Так, пацієнтки 1-ї групи достовірно рідше були першевагітними ($p<0,01$). Серед різних варіантів результату попередніх вагітностей найчастіше зустрічалися артіфіційні ($p<0,05$) і мимовільні аборти ($p<0,01$).

Під час аналізу генітальної патології (табл. 4) виявлено, що у порівнянні з контрольною групою в жінок після ДРТ частіше зустрічалися запальні процеси ($p<0,001$); патологія шийки матки ($p<0,01$) і порушення менструальної функції ($p<0,001$). СПКЯ, кісти і кістоми яєчників зустрічалися в анамнезі лише у пацієнток 1-ї групи.

Таблиця 1

Розподіл жінок за віком, %

Вік (роки)	Групи пацієнток	
	Контрольна, n=50	1-а група, n=100
19-24	40,0	13,0
25-29	50,0	27,0
30-34	6,0	23,0
35-39	4,0	20,0
Понад 40	-	17,0
Середній вік	25,2±1,1	30,3±2,2*

Примітка: * – достовірність щодо контрольної групи; $p<0,05$.

Таблиця 2

Розподіл жінок за сімейним станом, %

Показник	Групи пацієнток	
	Контрольна, n=50	1-а група, n=100
Зареєстрований шлюб	84,0±8,2	60,0±6,2*
Цивільний шлюб	14,4±1,2	33,0±3,3**
Самотня	3,0±0,3	7,0±0,6**

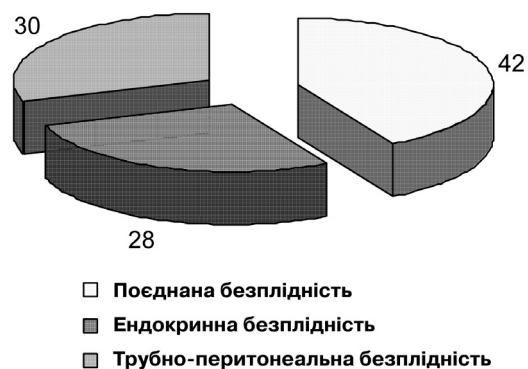
Примітка: достовірність щодо контрольної групи * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$.

Таблиця 3

Репродуктивний анамнез, %

Показник	Групи пацієнток	
	Контрольна, n=50	1-а група, n=100
Першовагітні	94,0±5,2	76,0±6,0*
Повторно вагітні	6,0±0,8	24,0±2,0**
Артифіційні аборти	7,0±0,4	10,0±1,0*
Мимовільні аборти	3,0±0,3	7,0±0,4**
Вагітність, що не розвивається	-	3,0±0,3

Примітка: достовірність щодо контрольної групи * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$.



Основні причини жіночої безплідності (%)

Таблиця 4

Генітальна патологія, %

Захворювання	Групи пацієнток	
	Контрольна, n=50	1-а група, n=100
Запальні процеси	4,0±0,3	73,0±5,2***
Патологія шийки матки	4,0±0,3	26,0±2,2**
Порушення менструальної функції	2,0±0,2	54,0±5,8***
СПКЯ, кісти та кістоми яєчників	-	43,0±4,2

Примітка: достовірність відносно контрольної групи: ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$.

Таблиця 5

Супутня екстрагенітальна патологія, %

Захворювання	Групи пацієнток	
	Контрольна, n=50	1-а група, n=100
Дитячі інфекції	94,0±9,4	93,0±8,4
Серцево-судинні захворювання	6,0±0,6	26,0±1,6**
Тиреоїдна патологія	4,0±0,3	10,0±1,0**
Патологія травного тракту	6,0±0,8	26,0±1,6**
Захворювання легень	6,0±0,6	16,0±1,6*
Патологія нирок	4,0±0,3	14,0±1,3**
Ожиріння і метаболічний синдром	4,0±0,3	10,0±1,0**
Варикозне розширення вен нижніх кінцівок	2,0±0,2	10,0±1,0**

Примітка: достовірність відносно контрольної групи * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$.

Тривалість безплідності становила у 1-й групі $4,3\pm0,4$ року, у 2-й – $4,5\pm0,5$ років ($p>0,05$).

Серед основних причин жіночої безплідності (малюнок) частіше зустрічалися поєднані фактори (42,0%) у порівнянні з ендокринним (28,0%) та трубно-перитонеальним порушенням репродуктивної функції (30,0%).

Використання ДРТ у пацієнток 1-ї групи проводили згідно з існуючими протоколів МОЗ України.

Як свідчать дані табл. 5, всі варіанти супутньої соматичної захворюваності частіше мали місце у пацієнток 1-ї групи з переважанням серцево-судинних захворювань ($p<0,01$) і патології травного тракту ($p<0,01$).

Таким чином, як свідчать результати клінічної характеристики пацієнток після ДРТ, вони складають групу високого ризику щодо розвитку акушерської і перинатальної патології за рахунок високої частоти початкового порушення репродуктивної функції унаслідок значного рівня генітальної патології як запального, так і дисгормонального генезу. Крім того, звертає на себе увагу і висока частота супутньої екстрагенітальної патології різного генезу.

Отримані нами результати свідчать, що у жінок після ДРТ спостерігається висока частота репродуктивних втрат у I триместрі (10,0%); 3,0% випадків мимовільного переривання вагітності з 16 до 22 тиж, а також 3,0% «ранніх» передчасних пологів (з 22 до 28 тиж вагітності).

Частота порушень функціонального стану фетоплацентарного комплексу у жінок після ДРТ становить 63,0%, що є основною причиною високого рівня перинатальних втрат (40,0%), а також розродження шляхом операції кесарева розтину (96,0%).

Плацентарна дисфункція у жінок після ДРТ характеризується наявністю ретрохоріальних гематом (21,0%); невідповідністю розмірів плода (30,0%) та гіпертонусом матки (73,0%) на фоні змін плодово-плацентарного кровотоку – підвищен-

ня індексу резистентності в артерії пуповини та збільшення судинного опору в маткових артеріях.

Ендокринологічні та біохімічні зміни при плацентарній дисфункції у жінок після ДРТ починаються з 28 тиж вагітності і полягають у достовірному зниженні вмісту прогестерону, плацентарного α 1-мікроглобуліну, α 2-мікроглобуліну фертильності та трофічного β -лікопротейду.

ВИСНОВКИ

Таким чином, використання удосконаленого нами алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів дозволяє знизити частоту мимовільного переривання вагітності до 22 тиж – з 13,0% до 5,7%; «ранніх» передчасних пологів – з 3,0% до 1,0%; плацентарної дисфункції з 63,0% до 40,6%; кесарева розтину – з 96,0% до 56,5%, а також перинатальних втрат – з 40,0% до 16,2% відповідно.

Крім того, аналіз стану і ранньої адаптації новонароджених від породіль після допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) свідчить, що перинатальні результати в основній групі і групі порівняння мають деякі відмінності, які залежать від вираженості вихідних патологічних змін, від варіанту подолання безпліддя, від компенсації екстрагенітальної патології і, звичайно ж, від ведення вагітності, зокрема від обгрунтованого вибору схем гормональної підтримки.

Перебіг вагітності в умовах порушеного гормонального гомеостазу, зміни мікроциркуляції в хоріоні і плаценті зумовлюють спектр перинатальних проблем, що характеризуються переважанням у групі порівняння недоношених дітей у 4,6 рази частіше, ніж в основній групі, високою питомою часткою народження дітей в стані асфіксії важкого ступеня (10,2% і 2,9%), гіпоксично-ішемічним ушкодженням ЦНС (28,8% і 14,5%).

Певна питома вага в клінічній характеристиці новонароджених від породіль після ДРТ мають морфофункціональну незрілість (23,7% і 14,5%), ЗРП за гіпотрофічним типом (23,7% і 14,5%). Новонароджені від матерів після ДРТ в рівній мірі схильні до внутрішньо- і постнатального інфікування, що свідчить про зниження адаптаційно-приспосовних реакцій організму у немовлят, народжених у результаті використання ДРТ. Цей стан може бути зумовлений несприятливими умовами антенатального розвитку плода після ДРТ, що спричинює зменшення резервів компенсації організму дитини, сприяє виснаженню функціональних ресурсів, уповільнює постнатальні адаптаційні перетворення і може бути причиною розвитку патологічних станів, що впливають на подальші етапи життя дитини. Не дивлячись на значне зниження частоти кесарева розтину, перинатальна патологія і смертність в основній групі не лише не зросла, але і достовірно знайшлася адаптація новонароджених, матері яких отримували вдосконалений нами алгоритм.

Пути снижения перинатальной патологии после вспомогательных репродуктивных технологий Я.А. Рубан

Использование усовершенствованного нами алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий позволяет снизить частоту самопроизвольного прерыва-

ния беременности до 22 нед – с 13,0% до 5,7%; «ранних» преждевременных родов – с 3,0% до 1,0%; плацентарной дисфункции с 63,0% до 40,6%; кесарева сечения – с 96,0% до 56,5%, а также перинатальных потерь – с 40,0% до 16,2% соответственно.

Ключевые слова: перинатальная патология, вспомогательные репродуктивные технологии.

Ways of depression of perinatal pathology after auxiliary reproductive technologies Ya.A. Ruban

The received results: use of the algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions improved by us allows to lower frequency of spontaneous interruption of pregnancy till 22 weeks – from 13,0% to 5,7%; «early» premature birth – from 3,0% to 1,0%; placental dysfunction from 63,0% to 40,6%; cesarean sections – from 96,0% to 56,5%, and also perinatal losses – from 40,0% to 16,2%.

Key words: pregnancy, childbirth, auxiliary reproductive technologies.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Безплідність у шлюбі: навчальний посібник / Ю.С. Парашук, О.І. Каліновська, М.Г. Грищенко, В.Ю. Парашук. – Харків: ХНМУ. – 2014. – 126 с.
2. Копков В.С. Допоміжні репродуктивні технології у вирішенні демографічних проблем. Правові аспекти / В.С. Копков // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2013. – № 4. – С. 55–57.
3. Общая концепция диагностики и классификация форм бесплодия // В кн.: Бесплодный брак. Руководство для врачей / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2006. – С. 19–50.
4. Сидельникова В.М. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием: метод. пособия и клин. протоколы / В.М. Сидельникова. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 224 с.
5. Агаджанян К.В. Роль гистероскопии в комплексной диагностике бесплодия у женщин / К.В. Агаджанян // Новые направления в клинической медицине : материалы Всерос. конф. – Ленинск-Кузнецкий, 2008. – С. 279–280.
6. Алим Ияд Актуальные аспекты бесплодия у женщин с функциональной гиперпролактинемией / Ияд Алими // Актуал. пробл. акушерства і гінекології, клініч. імунології та мед. генетики: зб. наук. праць. – К.; Луганськ. – 2008. – Вип. 9. – С. 94–97.
7. Effect of corticosteroids for fetal maturation on perinatal outcomes. NIH Consensus Development Panel on the Effect of Corticosteroids for Fetal Maturation on Perinatal Outcomes / JAMA. – 2015. – Vol. 273. – P. 413–8.
8. Fitzpatrick L.A. Micronized progesterone: clinical indications and comparison with current treatments / L.A. Fitzpatrick, A. Good / Fertil. Steril. – 2014. – Vol. 72. – P. 389.
9. Goldenberg RL. The preterm prediction study: fetal fibronectin, bacterial vaginosis, and peripartum infection / R.L. Goldenberg, E. Thom, A.H. Moawad // Obstet. Gynecol. – 2016. – Vol. 87. – P. 656.
10. Protective role of melatonin in progesterone production by human luteal cells / T. Taketani, H. Tamura, A. Takasaki [et al.] // J. Pineal. Res. – 2011. – Vol. 51, N 2. – P. 207–213.

Функціональні особливості фетоплацентарного комплексу при порушеннях плацентації у жінок з аномаліями розвитку матки

А.П. Садовий

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

Результати проведених функціональних досліджень свідчать про порушення у кровотоці матки, плаценти і плода при аномальному розташуванні плаценти (АРП). Ці зміни свідчать про наявність плацентарної дисфункції (ПД) різного ступеня вираженості за даної патології, при цьому ступінь і частота знаходяться в прямій залежності від розташування плаценти. Причиною розвитку ПД є зниження матково-плацентарного кровотоку, залежне, у свою чергу, від порушень плодово-плацентарного кровотоку при аномаліях плацентації. Найчастіше порушення гемодинаміки і затримки розвитку плода спостерігають при низькому її розташуванні. Встановлений патологічний варіант порівнювали з параметрами плацентометрії – у кожному третьому випадку ПД за оцінкою швидкості кровотоку випереджала дані УЗД і клінічні прояви. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: аномальна плацентація, фетоплацентарний комплекс.

Однією з основних проблем сучасного акушерства є розроблення ефективних заходів профілактики материнської і перинатальної смертності. Серед причин, що роблять вплив на підвищення цих інтегральних показників, слід зазначити аномальне розташування плаценти (АРП), тобто локалізацію її в області 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, стани плода і новонародженого при АРП залишаються до сьогодні остаточно не вивченими.

Мета дослідження: вивчення функціональних особливостей фетоплацентарного комплексу при порушеннях плацентації у жінок з аномаліями розвитку матки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проспективно були обстежені 148 жінок з різними аномаліями розвитку матки (основна група) з аномальним розташуванням плаценти (АРП). Низька плацентація виявлена при ультразвуковому дослідженні (УЗД) в терміні 14–16 тиж вагітності. Згідно з класифікацією аномалій плацентації і варіантів міграції плаценти, критерієм включення пацієнток в основну групу було розташування плаценти (у 14–16 тиж) на відстані менше 2 см від внутрішнього зіву шийки матки.

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

З 16-го тижня вагітності здійснювали УЗ контроль процесу міграції з оцінюванням положення і відстані нижнього полюса плаценти по відношенню до внутрішнього зіву. Отримавши різноманітність фізичних і функціональних параметрів процесу міграції і плацентації, а також клінічних характеристик обстежуваних пацієнток, ми вирішили доцільним ділення варіантів міграції плацентації щодо внутрішнього зіву шийки матки.

Ми виділили наступні підгрупи:

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

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 в контрольній групі становив $23,8 \pm 3,9$ року, в основній – $29,4 \pm 6,6$ року.

Функціональний стан системи мати–плацента–плід оцінювали за даними, отриманими при біохімічному скринінгу, ехографічному, доплерометричному і кардіотокографічному дослідженнях.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Оцінювання ступеня дозрівання плаценти за даними УЗД показала, що для АРП характерне запізнене дозрівання плаценти (ЗДП), виявлене в 73 (49,3%) вагітних; передчасне дозрівання плаценти (ПДП) спостерігалось у 18 (12,2%) пацієнток, своєчасне – в 57 (38,5%). Достовірно частіше ЗДП і ПДП фіксували у жінок з низькою плацентацією, 67,3% і 16,4% відповідно ($p < 0,01$). У пацієнток з передлежанням ЗДП виявляли у 41,4% спостережень, ПДП – у 10,3%; при мігруючій плаценті відповідно в 37,5% і 9,4% випадків. У контрольній групі лише у 2 (3,3%) вагітних виявлено ПДП. Отже, порушення дозрівання плаценти можуть бути причиною особливостей процесу її міграції.

ЗРП зафіксована лише в основній групі при передчасному/запізненому дозріванні плаценти і достовірно частіше ($p < 0,01$) спостерігалось при низькій локалізації із ЗДП (21,8%). При гормональній дисфункції, за нашими даними, була

тенденція до зниження величин фетометрії (порівняно з фізіологією). Достовірне 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.

Відомо, що зміна товщини плаценти є ехографічним маркером ПД. Оскільки у пацієнток з атиповою локалізацією плаценти частіше мали місце ЗДП (49,3%) і ПДП (12,2%), ми проаналізували в динаміці гестаційного періоду плаценти з порушенням процесу дозрівання.

При плацентометрії під час ехографічного дослідження проводили вимір центральної частини плаценти. Дані дослідження показали, що при 26–28 тиж вагітності в основній групі починається відставання показників товщини плаценти при ПДП ($p < 0,001$). При збільшенні терміну гестації у вагітних з аномаліями плацентації і ПДП зберігаються достовірно зниженими показники товщини плаценти ($p < 0,01$) порівняно з контрольною групою. У 38–40 тиж вагітності товщина плаценти в основній групі становить $32,53 \pm 0,48$ мм, при нормальній локалізації і фізіологічному дозріванні плаценти – $33,79 \pm 0,31$ мм ($p < 0,05$).

Отже, у жінок з АРП і передчасним її дозріванням відбувається зменшення товщини плаценти у зіставленні з даними фізіологічного дозрівання нормально розташованих плацент; швидкість приросту товщини плаценти також інтенсивніша у контрольній групі дослідження. Отже, при ПДП має місце відставання товщини плаценти, як в абсолютних значеннях, так і в темпах приросту її товщини.

При вивченні показників плацентометрії при атиповому розташуванні плаценти і її дозріванням, що запізнилося, порівняно з даними нормальної плацентації і фізіологічного дозрівання, нами отримані достовірні відмінності показників зміни товщини плаценти.

Так, у всіх жінок з аномаліями плацентації і ЗДП спостерігається збільшення швидкості наростання товщини плаценти і достовірна відмінність показників її товщини в терміні 20–26 тиж вагітності у порівнянні з даними пацієнток контрольної групи. У цілому виявляється нерівномірність (особливо у II триместрі) приросту товщини плаценти і зменшення її товщини в кінці гестаційного періоду ($p < 0,05$).

Збільшення товщини плаценти при її передлежанні, відбувається відносно швидко до 23 тиж вагітності; у 25–30 тиж – стрибкоподібне збільшення товщини плаценти; після 31 тиж спостерігається достовірне її стоншування ($p < 0,05$). Для низької плацентації характерні стрибкоподібність і нерівномірність темпу збільшення товщини плаценти; з 32 тиж вагітності спостерігається стоншування плаценти ($p < 0,05$). При міграції плаценти також відмічений стрибкоподібний темп приросту товщини плаценти до 33 тиж, потім він нерівномірний. Товщина плаценти при міграції в 36–40 тиж вагітності достовірно нижче ($p < 0,05$), ніж при нормальній її локалізації.

Отже, за даними функціональної оцінки ФПК на фоні АРП виявлена велика частота ЗДП, особливо при низькому її розташуванні і передлежанні. Саме при цьому поєднанні достовірно значимою була частка плодів із ЗРП; виявлено до-

стовірне зменшення товщини плаценти при ЗРП. Зміни ступеня дозрівання і товщини плаценти свідчать про наявність ПД при аномаліях її локалізації.

Нами проведена функціональна оцінка стану плода з визначенням біофізичного профілю. Аналіз біофізичного профілю плода (БФП) в основній групі виявив зміни, залежні від варіанту розташування плаценти/її міграції.

При передлежанні плаценти нестресовий тест (НСТ) змінений у 19 (65,5%) пацієнток, дихальні рухи плода (ДРП) – у 18 (62,0%), рухова активність плода (РАП) – у 20 (69,0%), тонус плода (ТП) – у 8 (27,5%), своєчасне дозрівання плаценти (СЗП) – у 18 (51,7%), об'єм навлоплових вод (ОНВ) – у 6 (20,7%).

Отже, для передлежання плаценти характерні особливості з боку РАП, НСТ, ДРП, СЗП. При низькому розташуванні плаценти НСТ змінений у 50 (90,9%) вагітних, ДРП – у 43 (78,2%), РАП – у 45 (81,8%), ТП – у 28 (50,9%), СЗП – у 38 (69,1%), ОНВ – у 27 (49,1%). Характерні особливості показників НСТ, РАП, ДРП, СЗП. При міграції плаценти змінені наступні показники шкали: НСТ – у 29 (45,4%) жінок, ДРП – у 33 (51,6%), РАП – у 26 (40,7%), ТП – у 9 (14,1%), СЗП – у 24 (37,5%), ОНВ – у 18 (28,1%). Характерні зміни показників НСТ, ДРП, РАП, СЗП. У контрольній групі виявлена зміна показників НСТ – у 25 (41,7%) пацієнток, ДРП – у 8 (13,3%), РАП – у 10 (16,7%), ТП – у 8 (13,3%), СЗП – у 17 (28,3%), ОНВ – у 6 (10,0%).

Отже, на фоні АРП показники шкали А.М. Vintzileos були змінені, проте їхня кількість визначалася саме варіантом плацентації. Найбільш значущі зміни були при низькій локалізації плаценти. Наступні місця посідали передлежання плаценти і повна міграція плаценти.

Відомо, що найменш сприятливими умовами для розвитку плода є процеси незавершеної міграції плаценти. Процес повної міграції зумовлює поліпшення показників шкали, проте, залишаються порушення показників БФП, виражені в дещо меншому ступеню.

У 50 (83,3%) спостереженнях контрольної групи стан плода було розцінено як фізіологічний, у 9 (15,0%) – задовільний (8–9 балів), в 1 (1,7%) випадку – сумнівний (6–7 балів). Відносний сприятливий стан плода (10–12 балів) виявлено лише у 38 (25,7%) жінок з аномальною локалізацією плаценти ($p < 0,001$).

В основній групі у 83 (56,1%) вагітних ($p < 0,001$) стан плода розцінений як задовільний (8–9 балів); сумнівний визначено у 22 (14,9%) пацієнток. Гіпоксія плода (<5 балів) відмічена у 5 (3,4%) випадках II підгрупи. Середній бал БФП контрольної групи становив $10,7 \pm 0,7$, а найнижча оцінка ($p < 0,001$) середнього балу виявлена у II підгрупі ($7,2 \pm 0,9$).

Зміни КТГ свідчать про ступінь порушень реактивності серцево-судинної системи плода і побічно свідчать про наявність гіпоксії на тлі ПД. Проведений аналіз показників КТГ за шкалою Fischer. Зазначено, що за характером частоти і тяжкості змін, параметри, що вивчаються, у вагітних основної групи розподілилися в наступному порядку (від меншого до більшого): базальна ЧСС, частота осциляцій, амплітуда осциляцій, акцелерації і децелерації.

При АРП базальна частота мала відхилення від нормальних ($p < 0,001$) в 35 (23,6%) спостереженнях; амплітуда і частота осциляцій носили патологічний характер у 59 (39,9%) і 38 (25,7%) вагітних відповідно ($p < 0,001$). Патологічні зміни

базальної ЧСС, амплітуди і частоти осциляцій були достовірно вище даних контролю у всіх трьох підгрупах.

Оцінювання акцелерацій проводили з урахуванням часу їхньої появи (періодичні/спорадичні). У контрольній групі вагітних патологічні зміни виявлено при вивченні структури акцелерацій (43,3%). Порухи акцелерацій зафіксовані у 82 (55,4%) випадках у жінок основної групи і достовірно частіше ($p < 0,01$) у 2-й підгрупі (63,6%). Зміни децелерацій відмічено у 112 пацієнток (75,7%) і у всіх підгрупах достовірно відрізнялися ($p < 0,001$) від даних контролю (8,3%): у 1-й – 72,4%, у 2-й – 94,5%, у 3-й – 60,9%.

У вагітних контрольної групи зафіксована оцінка 8–10 балів, що свідчить про фізіологічний стан плода. Сумарний бал КТГ 8–10 балів виявлений у 107 (72,3%) пацієнток з АРП, стан плода у них оцінений як задовільний; у 32 (21,6%) жінок основної групи стан плодів був 5–7 балів; у 9 (6,1%) вагітних – 4 і менше балів.

Середній бал в основній групі при АРП становив $7,2 \pm 0,9$; найвища його оцінка була у 3-й підгрупі із завершеною міграцією – $8,3 \pm 0,6$.

В основній групі у 83 (56,1%) вагітних ($p < 0,001$) стан плода розцінений як задовільний (8–9 балів); сумнівне визначене – у 22 (14,9%) пацієнток. Гіпоксія плода (<5 балів) відмічена в 5 (3,4%) випадках 2-ї підгрупи. Середній бал БФП контрольної групи становив $10,7 \pm 0,7$, а найнижча оцінка ($p < 0,001$) середнього балу виявлена у 2-й підгрупі ($7,2 \pm 0,9$).

Достовірно низький середній бал ($p < 0,01$) зафіксований у пацієнток з низьким розташуванням плаценти ($5,9 \pm 0,9$), тоді як у контролі він становив $9,4 \pm 0,6$. Найбільш виражена патологія при КТГ (0 балів) і найнижчому сумарному балі виявлено у вагітних 2-ї підгрупи з низькою плацентацією.

Для оцінювання стану гемодинаміки у системі мати–плацента–плід проведено доплерометричне дослідження кровотоку в матковій артерії (МА), артеріях пуповини і аорті плода при доношеному терміні вагітності у 60 жінок з гестацією з фізіологічним перебігом і нормальною плацентацією і в 91 вагітній з АРП з основної групи.

Середні показники матково-плацентарного (МПК), плодово-плацентарного (ППК) і плодового кровотоку у вагітних контрольної групи були наступними: систоло-діастолічне відношення (СДВ) в МА – $1,61 \pm 0,01$; СДВ в артеріях пуповини – $2,16 \pm 0,03$; СДВ в аорті плода – $4,90 \pm 0,02$. Незначне зниження кровотоку (СДВ в МА – $1,75 \pm 1,9$) виявлене у 10,0% пацієнток з нормальною плацентацією. При аномаліях плацентації виявлено статистично достовірне зниження кровотоку у всіх досліджуваних судинах: СДВ в МА становило $2,17 \pm 0,09$ ($p < 0,001$); в артеріях пуповини – $2,51 \pm 0,10$ ($p < 0,05$); в аорті плода – $5,73 \pm 0,24$ ($p < 0,05$).

У вагітних з передлежанням плаценти (1-а підгрупа) було помірне зниження МПК ($p < 0,01$) при відносно підлягаючому зберіганню ППК ($p < 0,05$). При низькій локалізації плаценти (2-а підгрупа) виявлено виражене порушення кровотоку в МА, артеріях пуповини і аорті плода ($p < 0,001$; $< 0,01$ і $< 0,001$ відповідно). Для міграції плаценти були характерні початкові порушення гемодинаміки ($p < 0,05$; $p > 0,05$ відповідно).

Отже, при різних варіантах атипової локалізації плаценти визначаються підвищені значення СДВ в МА, артеріях пуповини і аорті плода; варіант розташування

плаценти безпосередньо впливає на особливості гемодинаміки фетоплацентарної системи. Найбільш значущі зміни спостерігаються при низькій локалізації плаценти і відображають певні порушення процесів формування матково-плацентарних судин, зміни спіральних артерій, глибину інвазії трофобласта.

Виявлення «виїмки» в одній МА (особливо – в обох) або зниженні компонента діастолі кровотоку служить підставою для корекції ПД.

Порушення МПК при збереженому ППК реєстрували у 50 ($54,9 \pm 3,2\%$) жінок основної групи (I А ст. ПД); порушення ППК при збереженому МПК – у 32 ($35,2 \pm 1,9\%$) пацієнток (IБ ст. ПД). Порушення МПК і ППК (що не досягають критичної стадії) при збереженні позитивно направлено компонента діастолі визначалися в 7 ($7,7 \pm 1,2\%$) обстежених з АРП (II ст. ПД). Критичне порушення ППК (ретроградний напрям кінцево-діастолічного кровотоку) при збереженому/порушеному МПК виявлені у 2 ($2,2 \pm 0,2\%$) вагітних основної групи (III ст. ПД).

За даними УЗ-фетометрії, у 25 (16,9%) вагітних з атиповою плацентацією виявлена ЗРП. Маючи невелике число випадків ЗРП по кожному з варіантів АРП, для здобуття повнішого статистичного аналізу збільшено число спостережень і оцінка кровотоку ФПК виконана залежно від положення плаценти в матці і показників кровотоку у жінок контрольної групи (26–38 нед вагітності).

Так, з 26-го тижня вагітності виявляється порушення кровотоку в МА, найбільш виражені при ЗРП на фоні низького розташування плаценти ($p < 0,001$). Зниження компонента діастолі кровотоку в МА є найбільш ранньою ознакою порушення МПК, що свідчить про збільшення периферичного опору судин. При ЗРП чисельні значення СДВ в артеріях пуповини достовірно вище, ніж при неускладненому перебігу вагітності і нормальній плацентації. Це свідчить про підвищення периферійного судинного опору плодової частини плаценти. Найбільш виражені зміни кровотоку в артеріях пуповини зафіксовані при низькій плацентації ($p < 0,001$).

Нами встановлено, що має місце порушення при ЗРП гемодинаміки в грудному відділі низхідної частини аорти плода, більшою мірою виражені при низькій плацентації ($p < 0,01$). Відомо, що стан кровотоку в грудному відділі низхідної аорти плода відображає компенсаторно-приспосовні механізми центральної гемодинаміки плода у відповідь на зниження плацентарної перфузії. Отримані результати свідчать про підвищення показників периферичного судинного опору в аорті плода при ЗРП. Це зумовлено збільшенням опору термінальної судинної мережі плаценти, в яку прямує близько 40–60% крові з аорти плода, а також підвищенням судинної резистентності, що впливає на спазм периферійних судин плода як один з компенсаторних механізмів кровообігу в умовах зниженої плацентарної перфузії.

За даними доплерометрії, виявлені порушення кровотоку в МА, у вагітних з АРП, характеризувалися підвищенням ІР і ІІ за рахунок зниження швидкості діастолі кровотоку. У пацієнток основної групи були достовірно порушені сумарні показники матково-плацентарно-плодового кровотоку з максимальними змінами в судинах пуповини (значно збільшені показники кутнезалежних індексів), що свідчило про підвищену резистентність периферичних судин.

При порівняльній оцінці показників маткового кровотоку у жінок з нормальним розташуванням плаценти, зміненими фіксувалися переважно пульсаційний

індекс (ПІ) в правій і лівій МА – 13,1% і 14,5% відповідно. При аномальній плаценті змінювалися всі кутнезалежні показники.

При аналізі виявлених порушень кровотоку в МА і артеріях пуповини (у вагітних з АРП) встановлена достовірна відмінність в сумарній оцінці по індекс резистентності (ІР) лише в матковому кровотоку ($p < 0,05$). Порушення по сумарних значеннях ІР були рівнозначно підвищені.

Проте звертає увагу той факт, що у вагітних основної групи ІР значно більшою мірою відрізнялися від нормальних значень, і частіше порушення кровотоку підтверджувалося всіма показниками. Дана особливість свідчить про більш виражені патологічні процеси в матково–плацентарно–плодовому кровотоку в даного контингенту.

Цікаво відзначити, що патологічний варіант кровообігу корелює з параметрами плацентометрії і в 29,8% випадків діагностика ПД за результатами оцінювання швидкості кровотоку випереджає дані УЗД і клінічні прояви. Отже, раннє порушення кровотоку і його визначення за показниками кутнезалежних індексів може бути критерієм доклінічної діагностики ПД на фоні АРП.

Сумарні показники МПК у вагітних з АРП статистично достовірно відображають частоту змін ІР кровотоку і свідчать про поєднане ушкодження ФПК з розвитком ПД, пов'язаних з гемодинамічними порушеннями на рівні МПК і ППК.

ВИСНОВКИ

Результати проведених функціональних досліджень свідчать про порушення в кровотоку матки, плаценти і плода при аномальному розташуванні плаценти. Ці зміни свідчать про наявність ПД різного ступеня вираженості за даної патології. При цьому ступінь і частота знаходяться в прямій залежності від розташування плаценти. Мабуть, причиною розвитку ПД є зниження матково-плацентарного кровотоку, залежне, у свою чергу, від порушень плодово-плацентарного при аномаліях плацентації. Найчастіше порушення гемодинаміки і затримка росту плода спостерігаються при низькому її розташуванні. Встановлений патологічний варіант зіставлявся з параметрами плацентометрії – у кожному третьому випадку ПД за оцінкою швидкості кровотоку випереджала дані УЗІ і клінічні прояви. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Функциональные особенности фетоплацентарного комплекса при нарушениях плацентации у женщин с аномалиями развития матки А.П. Садовой

Результаты проведенных функциональных исследований свидетельствуют о нарушениях кровотока матки, плаценты и плода при аномальном расположении плаценты. Эти изменения свидетельствуют о наличии плацентарной дисфункции различной степени выраженности при данной патологии. При этом степень и частота находятся в прямой зависимости от расположения плаценты. Причиной развития плацентарной дисфунк-

ции (ПД) является снижение маточно-плацентарного кровотока в зависимости от плодово-плацентарного кровотока при аномалиях плацентации. Чаще всего нарушения гемодинамики и задержка развития плода наблюдаются при низком расположении плаценты. Установленный патологический вариант сопоставлялся с параметрами плацентометрии – в каждом третьем случае диагностика ПД по оценке скорости кровотока опережала данные ультразвукового исследования и клинические проявления. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: аномальная плацентация, фетоплацентарный комплекс.

Functional features fetoplacental to complex at placental disturbances at women with anomalies of development of uterus A.P. Sadovoy

Results of the conducted functional researches testify to disturbances of blood flow of uterus, a placenta and fetus at placenta misplaced. These changes indicate existence of placental dysfunction of various degree of expression at this pathology, thus degree and frequency of complications are in direct dependence on placenta locating. Thus depression of an uteroplacental blood flow depending on a fruit and placental blood flow is the reason of development of placental dysfunction at anomalies of placentalation. Most often disturbances of a hemodynamic and an arrest of development of fetus are observed at low locating of placenta. The established pathological option was compared with placentometry parameters – diagnostics of placental dysfunction according to rate of a blood flow advanced data of ultrasonic research and clinical implications in every third case. The received results need to be considered when developing algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: abnormal placentalation, fetoplacental complex.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Безнощенко Г.Б. Организация скрининга в перинатальном периоде у женщин с низким прикреплением плаценты // Омский научный вестник. – 2014. – № 3. – С. 164–165.
2. Медяникова И.В. Особенности течения беременности и родов при аномалиях плацентации // Вестник Кузбасского научного центра: Материалы 21-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, 2015. – С. 59–62.

Настання багатоплідної вагітності самостійно або після допоміжних репродуктивних технологій: порівняльні аспекти

О.М. Сусідко

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

Результати проведених досліджень свідчать, що проблема багатоплідної вагітності є дуже актуальною, особливо в аспекті варіанту настання вагітності – самостійно або після допоміжних репродуктивних технологій. При цьому, часто-та основних ускладнень вагітності не залежить від варіанту її настання, а залежить від типу хоріальності і кількості плодів. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: багатоплідна вагітність, допоміжні репродуктивні технології.

Найважливішим завданням сучасного акушерства є антенатальна охорона плода, яка посідає провідне місце у комплексній програмі по охороні майбутнього покоління [1, 2]. Причини перинатальної смертності є різними і залежать не лише від соціальних чинників, але і від біологічних особливостей організму вагітної і плода, а однією з таких особливостей є нехарактерна для людини багатоплідна вагітність [3, 4].

Порівняно з одноплодовою вагітністю, при багатоплідді ускладнюється перебіг гестаційного періоду, з високим рівнем ускладнень відбуваються пологи, а також значно підвищується материнська і перинатальна захворюваність і смертність [5].

Сьогодні багатоплідну вагітність можна вважати моделлю плацентарної дисфункції і затримки внутрішньоутробного розвитку одного або обох плодів [1, 3]. При цьому лише 4% плацент при багатоплідній вагітності відповідають гестаційному терміну і 96% мають різні порушення і патологічні зміни. Антенатальна загибель плода при багатоплідді частіше зумовлена плацентарною дисфункцією (ПД). Крім того, проведені дослідження свідчать не лише про те, що із збільшенням ступеня тяжкості дистресу плода у результаті ПД погіршується перебіг раннього неонатального періоду, але і про високу достовірність зниження рівня здоров'я у подальші вікові періоди у дітей, що перенесли хронічну гіпоксію в антенатальному періоді [2, 4].

Не дивлячись на значне число наукових повідомлень з проблеми багатоплідної вагітності, в літературі недостатньо уваги надано вивченню порівняльних аспектів багатоплідної вагітності, яка настала самостійно і в результаті використання допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), особливо в аспекті алгоритму ведення вагітності.

Усе наведене вище стало підставою для проведення справжнього наукового дослідження.

Мета дослідження: вивчення порівняльних аспектів акушерських та перинатальних наслідків розродження жінок з ятрогенною і індукованою багатоплідною вагітністю на підставі вивчення основних клінічних, ехографічних та морфологічних змін, а також удосконалення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети і завдань нами обстежені 150 вагітних жінок, які увійшли у три клінічні групи:

- перша (основна) група – 50 вагітних з багатопліддям, що настало після ДРТ;
- друга (контрольна) група – 50 жінок з вагітністю двійнятами, що спонтанно настала;
- група порівняння – 50 жінок із спонтанною одноплідною вагітністю.

Нами вивчено соціально-гігієнічні чинники досліджуваних груп, соматичний і репродуктивний анамнез, перебіг вагітності і пологів, якість спостереження в жіночій консультації.

Середній вік обстежених був достовірно вище в групі з індукованим багатопліддям і становив $31,2 \pm 0,6$ року, в контрольній і в групі порівняння – $26,5 \pm 0,5$ ($p < 0,05$). Достовірна відмінність за віком жінок в обстежуваних групах пояснюється тим, що вагітні з індукованим багатопліддям мали обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез, безплідність протягом 6–8 років, звичні втрати вагітності (мимовільні викидні, вагітності, що завмерли і позаматкові), тривале лікування запальних захворювань, оперативні втручання.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, доплерометричні, кардіотокографічні, морфологічні та статистичні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що у структурі безплідності в жінок з подальшою багатоплідною вагітністю трохи переважало вторинна безплідність (52%) над первинною (48%). Тривалість вторинної безплідності становила $8,1 \pm 0,7$ року, первинної – $5,7 \pm 0,7$ року. Серед основних причин безплідності частіше зустрічалися трубний чинник (первинна – 24% і вторинна – 36%) і змішаний генез (первинна – 10% і вторинна – 8%).

У жінок після ДРТ частота дихоріальної вагітності становила 84%, монохоріальної – 16%, двійнята – у 80% і трійні – в 20% спостережень. При спонтанній багатоплідній вагітності це співвідношення було 92% – дихоріальна і 8% – монохоріальна, двійнята – 98% і трійні – 2%.

Частота основних ускладнень вагітності не залежить від варіанту її настання (спонтанно або ДРТ), залежить від типу хоріальності і кількості плодів.

Плацентарна дисфункція при дихоріальній вагітності розвивається в 62,5% випадків; при монохоріальній – 80,0%; при двійнях – 70% і при трійнях – 100%. Частота передчасних пологів становить при дихоріальній вагітності 40%, при монохоріальній – 78%, при двійнях – 56% і при трійнях – 100%. Терміни невиношування складають при дихоріальній вагітності – $34,4 \pm 2,6$ тиж, при монохоріальній – $31,8 \pm 2,6$ тиж, при двійнях – $33,1 \pm 2,7$ тиж і при трійнях – $30,6 \pm 2,9$ тиж.

Під час оцінювання методів розродження встановлено, що частота кесарева розтину становить при дихоріальній вагітності – 44%, при монохоріальній – 100%; при всіх двійнях – 52% і при трійнях – 100%.

Перинатальні результати розродження залежать від типу хоріальності і кількості плодів. Частота асфіксії середнього і важкого ступеня складає при дихоріальній вагітності 50%; при монохоріальній – 68%; при всіх двійнях – 56% і при трійнях – 90%. Постгіпоксична енцефалопатія розвивається при дихоріальній вагітності в 63,6%; при монохоріальній – в 84,4%; при всіх двійнях – в 26,5% і при трійнях 60%. Реалізація внутрішньоутробного інфікування відбувається при дихоріальній вагітності в 30%; при монохоріальній – в 50%; при всіх двійнях – в 26,5% і при трійнях – в 60%. Сумарні перинатальні втрати складають при дихоріальній вагітності – 30,8‰; при монохоріальній – 51,2‰; при всіх двійнях – 40,7‰ і при трійнях – 81,2‰.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що проблема багатоплідної вагітності є дуже актуальною, особливо в аспекті варіанту настання вагітності – самостійно або після допоміжних репродуктивних технологій. При цьому, частота основних ускладнень вагітності не залежить від варіанту її настання, а залежить від типу хоріальності і кількості плодів. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Наступление многоплодной беременности самостоятельно или после вспомогательных репродуктивных технологий: сравнительные аспекты

Е.Р. Сусидко

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что проблема многоплодной беременности является очень актуальной, особенно в аспекте варианта наступления беременности – самостоятельно или после вспомогательных репродуктивных технологий. При этом частота основных осложнений не зависит от варианта ее наступления, а зависит от типа хориальности и количества плодов. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: многоплодная беременность, вспомогательные репродуктивные технологии.

Multipara pregnancy without and after auxiliary reproductive technologie – comparative aspects

E.N. Susidko

Results of the spent researches testify that the problem многоплодной pregnancy is very actual, especially in aspect of a variant of approach of pregnancy – is independent or after auxiliary reproductive technologies. Thus, frequency of the cores complications does not depend on a variant of its approach, and depends on type хориальности and quantities of fruits. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: multipara pregnancy, auxiliary reproductive technologies.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бурдули А.С. Репродуктивные потери в акушерстве / А.С. Бурдули. – М.: Медицина, 2008. – С. 188.
2. Василевская Л.П. Многоплодная беременность: Метод. рекомендации / Л.П. Василевская, М.А. Фукс, Е.А. Чернуха. – М.: Медицина, 2012. – С. 32.
3. Воробей В.О. Профілактика прееклампсії та анемії при багатоплідній вагітності: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.01 «Акушерство і гінекологія» / В.О. Воробей. – К., 2008. – 19 с.
4. Грищенко В.И. Совершенствование диагностики и терапии перинатальной патологии / В.И. Грищенко, Н.А. Щербина // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 10. – С. 3–6.
5. Захарова О.Ю. Клинико-морфологические критерии фетоплацентарной недостаточности при многоплодной беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.01 «Акушерство и гинекология» // О.Ю. Захарова. – М., 2009. – 30 с.

Вплив плацентації на перинатальні наслідки розродження

О.М. Томнюк

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

Результати проведених досліджень свідчать, що антенатальне порушення стану плода у жінок з передлежанням плаценти та її міграцією є визначальним в неонатальній патології і виникненні ускладнень пологового процесу, що на тлі хронічного страждання плода посилює його стан і призводить до значної частоти народження хворих дітей або інтранатальної їх загибелі. Отримані результати необхідно враховувати при розробці тактики ведення вагітності і розродження жінок з аномальним розташуванням плаценти.

Ключові слова: аномальне розташування плаценти, перинатальні результати.

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

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, стани плода і новонародженого при АРП залишаються до сьогодні остаточно не вивченими.

Мета дослідження: проаналізувати перинатальні результати розродження при АРП.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

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

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

З 16 тиж вагітності здійснювався УЗ-контроль процесу міграції з оцінюванням положення і відстані нижнього полюса плаценти по відношенню до внутрішнього зіву. Отримавши різноманітність фізичних і функціональних параметрів процесу міграції і плацентації, а також клінічних характеристик обстежуваних пацієнток,

нам представилося доцільним поділ варіантів міграції плацентації відносно внутрішнього зіву шийки матки.

Ми виділили наступні підгрупи:

1-а підгрупа (19,6%) – 29 пацієнток з повним і неповним передлежанням плаценти; процес міграції був відсутній.

2-а підгрупа (37,2%) – 55 жінок з низьким розташуванням плаценти в результаті неповної (незавершеної) міграції (нижній край плаценти нижче 5 см від внутрішнього зіву).

3-я підгрупа (43,2%) – 64 вагітні, в яких в результаті повної (завершеної) міграції плацента перемістилася у верхні відділи матки (нижній край плаценти на 5 см вищий за внутрішній зів).

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.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що у 47,3% вагітних з аномальним розташуванням плаценти пологи були мимовільними; кесарів розтин виконано у 52,7% пацієнток: у всіх 29 пацієнток при передлежанні, у 32 з 55 (58,2%) – з низькою плацентацією і у 17 з 64 (26,6%) – з мігруючою плацентою. Отже, більш ніж в половині жінок основної групи пологи були оперативними ($p < 0,001$). Звертає увагу частота ($p < 0,001$) виконання кесарева розтину у групі жінок з передлежанням плаценти і серед вагітних з неповною міграцією (низькою локалізацією) плаценти.

Своєчасних пологів у пацієнток з аномаліями плацентації було 74,3%, передчасних – 25,7%. Найбільша частота ($p < 0,001$) передчасних пологів серед вагітних з передлежанням плаценти (12 – 41,4%) і низьким її розташуванням (18 – 32,7%). Передчасні пологи у жінок з повною міграцією плаценти спостерігалися у 8 (12,5%) випадках ($p < 0,01$).

Зважаючи на високу частоту передчасних пологів в основній групі досліджуваних гестаційний вік до моменту народження коливався від 28 до 40 тиж вагітності. Живих дітей народилося 146 (98,6%), мертвих – 2 (1,35%). Доношених були 110 (75,3%) новонароджених, недоношених – 36 (24,7%). Найбільший відсоток недоношених дітей ($p < 0,05$) зустрічався у пацієнток з передлежанням і низьким розташуванням плаценти 39,3% і 31,5% відповідно, що пояснюється найбільш високою частотою передчасних пологів в даних групах.

Масово-зростові показники новонароджених від матерів з низьким розташуванням плаценти ($p < 0,05$) достовірно нижче, ніж в контрольній групі. Середня маса тіла доношених дітей при мігруючій плаценті була вища, ніж при низькому розташуванні і передлежанні плаценти, але нижче за показники контролю. Це закономірно і відображає високу частоту передчасних пологів і затримки розвитку плода (ЗРП) у вагітних даних груп. Подібна закономірність простежується і в недоношених новонароджених.

Мертвонароджуваність спостерігалася лише у жінок з передлежанням плаценти і низьким її розташуванням. У цих двох жінок пологи були передчасними

(28–33 тиж вагітності); інтранатально померлі діти мали ЗРП. Причиною смерті плодів з'явилися недоношеність, незрілість, гостра асфіксія. Інтранатальна смертність становила 13,5%.

У контрольній групі всі 60 новонароджених були доношеними, мали задовільний стан з оцінкою за шкалою Апгар 8–9 балів.

У пацієнток основної групи в асфіксії легкого ступеня (6–7 балів) народилися 68 (46,6%) новонароджених, середнього ступеня – 19 (13,0%) дітей і важкого – 10 (6,8%). Важкий і середній ступінь асфіксії спостерігався у дітей від матерів з передлежанням і низьким розташуванням плаценти; у новонароджених жінок із завершеною міграцією плаценти асфіксія важкого ступеня не наголошувалася. При міграції плаценти асфіксія середнього ступеня зустрічалася лише у 2 (3,1%) дітей. У задовільному стані з оцінкою за шкалою Апгар 8–9 балів народилися всього 5 (17,9%) новонароджених у жінок з передлежанням плаценти, 12 (22,2%) – у пацієнток з низьким її розташуванням і 32 (50,0%) дитини за наявності в матері повної міграції плаценти ($p < 0,001$).

Отже, передлежання плаценти і низька плацентажія є найменш сприятливими варіантами розташування плаценти в плані народження дітей з нижчою оцінкою за шкалою Апгар. Необхідно зазначити, що $50,0 \pm 5,3\%$ новонароджених із завершеною міграцією плаценти також перебували у стані асфіксії, при цьому в $46,9 \pm 5,2\%$ з них була асфіксія легкого ступеня (6–7 балів).

З 146 новонароджених захворювання виявили у 75 (50,7%) дітей. У групі спостережуваних з передлежанням плаценти відхилення виявлені у 23 (79,3%) новонароджених, з низьким розташуванням плаценти – у 36 (65,5%), при повній міграції – у 16 (25,0%) новонароджених. Число ускладнень на одну дитину в основній групі спостережуваних склало 1,56, а в контрольній групі всі новонароджені були здорові. Максимальне число захворювань у дітей (1,81 на одну дитину) виявлено у 2-й підгрупі, менша кількість здорових новонароджених (20,7%) була у 1-й підгрупі. Важча патологія виявлена у дітей пацієнток з низьким розташуванням плаценти ($p < 0,05$): перинатальні ушкодження ЦНС – 72,2%, внутрішньоутробна гіпотрофія – 41,7%, внутрішньоутробне інфікування – 16,7%, синдром дихальних розладів (СДР) – 11,1%, вроджені вади розвитку плода – 5,6%. Концентрація важкої патології і кількість хворих новонароджених в обстежуваних свідчать про найменш сприятливі умови для розвитку плода при незавершеному процесі міграції/низькому положенні плаценти в матці.

У підгрупі спостережуваних із завершеною міграцією плаценти більшою була частота дітей, що народилися здоровими – 75% (48) і меншим – число захворювань (1,25) на одного новонародженого. У 3-й підгрупі не було немовлят з СДР і достовірно меншим ($p < 0,05$) було число випадків ЗРП – 37,5% порівняно з показниками основної (32,0%), 1 (21,7%) і 2-ї підгруп (41,7%). Статистично достовірно менші показники ($p < 0,05$) захворюваності новонароджених виявлені при зіставленні даних жінок 3-ї і 2-ї підгруп: відповідно відсоток гіпоксично-ішемічних ушкоджень ЦНС – 50,0% і 72,2%, ВУІ – 6,3% і 16,7%. Проте, не дивлячись на реалізацію повної міграції і поліпшення умов розвитку плода, наголошується значне число (18,8%) новонароджених з аспіраційним синдромом ($p < 0,01$), що свідчить про несприятливий перебіг пологів.

Перше місце у структурі захворюваності новонароджених посідають порушення з боку ЦНС (68,0%), перебіг раннього адаптаційного періоду (зниження рухової активності, млявість, падіння маси тіла більш ніж на 8% від початкової), що виражається відхиленнями, синдромом м'язової дистонії, гіперзбудливості або пригнічення ЦНС. Неврологічна симптоматика, зумовлена внутрішньоутробною гіпоксією, достовірно частіше наголошувалася ($p < 0,05$) в новонароджених 2-ї підгрупи (72,2%).

Враховуючи, що при скринінг-УЗ-біометрії з високою частотою діагностували ЗРП, був проведений аналіз отриманих результатів. Більшість новонароджених основної групи із ЗРП і масою тіла в межах 10–3 перцентилей народилися при гестаційному віці 37 тиж. Ознаки важкої ЗРП (< 3 перцентилей) виявлені переважно у недоношених дітей – в 3,6%, 9,3% і 1,6% випадках (відповідно у 1-й, 2-й і 3-й підгрупах).

ЗРП виявлена у 24 (32,0%) дітей від матерів основної групи, з них у 15 (41,7%) новонароджених ($p < 0,05$) матері спостерігалися з приводу низької плацентажії. Слід зазначити, що у 2-й підгрупі у 3,7% в новонароджених мала місце ЗРП III ступеня при доношеній вагітності (маса тіла < 3 перцентилей), що збіглося із загостренням хронічної інфекції сечовидільної системи і гострою респіраторною вірусною інфекцією матерів у II–III триместрах гестації. Аналіз вихідного спектру збудників під час вагітності показав наявність у даних пацієнток поєднаної інфекції (ВПГ II, ЦМВ і уреаплазми).

З метою ретроспективної оцінки часу розвитку плацентарної дисфункції (ПД) і, відповідно, тривалості внутрішньоутробного страждання плода, разом з абсолютними значеннями, використовувалися спеціальні оцінні індекси масово-зростових співвідношень. При оцінці перинатальних результатів вироблений розрахунок поиндералового індексу (ПІ), який обчислювали за формулою: $PI = ((\text{маса тіла, г}) / (\text{довжина, см})^3) \times 100$.

При ранньому розвитку ПД в плода виявляється пропорційний розвиток на фоні низької маси тіла і показники ПІ, як правило, не відрізняються від норми (2,2–2,8). При пізньому розвитку ПД спостерігається значніше відставання ступеня надбавки маси тіла в порівнянні із зростанням, індекс має низькі значення.

Згідно з отриманими даними, зниження ПІ має місце в 10,7%, 16,7% і 4,7% випадках (відповідно по підгрупах). При цьому зниження ПІ при масі тіла від 10 до 3 перцентилей зафіксовано в 3,6%, 9,3% і 1,6% спостережень, а < 3 перцентилей – в 3,6%, 5,6% і 1,6% випадках. Достовірно частіше ($p < 0,05$) у всіх групах при ЗРП наголошуються нормальні показники і симетрична форма. Значення ПІ масово-зростових співвідношень новонароджених були достовірно нижче нормативних ($< 2,2$) в тих з них, матері яких спостерігалися з приводу низької плацентажії ($p < 0,05$). Це свідчить про наявність асиметричної форми гіпотрофії і негативний вплив патологічних чинників на плід на останніх етапах гестації. У пацієнток 2-ї підгрупи під час гестаційного періоду виявлена найбільша частота функціональних порушень з боку фетоплацентарного комплексу (ФПК).

В основній групі жінок з 75 хворих дітей в 10 (13,2%) діагностовано внутрішньоутробне інфікування (ВУІ): генералізована герпетична інфекція (3) і внутрішньоутробна пневмонія (7). Достовірно велика частка ВУІ ($p < 0,05$) відмічена серед новонароджених у пацієнток, що спостерігалися з приводу низької пла-

центації: 1 – 13,0%, 2 – 16,7% і 3 – 6,3%. У всіх дітей, яким при народженні винесений діагноз ВУІ, вироблено дослідження сироватки крові методом полімеразно-цепної реакції (ПЦР), посівів мазків з трахеї, зіву, анусу. Виявлено, що серед збудників на першому місці по частоті знаходиться ВПГ I, II типів як в ізолюваному вигляді, так і у варіанті поєднаної інфекції: ЦМВ, мікоплазма, гриби роду *Candida*; хламідії і ентерокок.

Аналіз захворюваності новонароджених показав, що збудники інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) визначають генералізовану ВУІ (внутрішньо-утробну пневмонію і інші форми). Супутніми захворюваннями в 10 новонароджених з ВУІ з'явилися: менінгоенцефаліт, менінгіт, ішемічне ушкодження ЦНС, міокардит, кон'юнктивіт, асфіксія, пневмонія. ВУІ, викликана ентерококом, визначала ішемічне ушкодження ЦНС.

При обстеженні під час вагітності пацієнток з атипичним розташуванням плаценти на наявність інфекцій в 10 (діти з ВУІ) було виявлено: ЦМВ, ВПГ I; хламідії, мікоплазма, уреаплазма, ВПГ I і II; уреаплазма, ВПГ II, ЦМВ; уреаплазма, хламідії, гриби роду *Candida*; гриби роду *Candida*; гарднерелла і кишкова паличка. Отже, у всіх жінок, що народили дітей з ВУІ, під час вагітності виявлені ІПСШ. У 9 з 10 новонароджених з ознаками ВУІ збудниками захворювань з'явилися види збудників, зухвалі ІПСШ.

При вивченні даних справжньої вагітності у спостережуваних (10 випадків ВУІ) звертає увагу високий інфекційний індекс: загострення хронічного пієлонефриту, циститу, тонзиліту; ОРВІ; дисбіоз піхви. При порівняльному аналізі залежності проявів інфекції в новонароджених від часу загострення інфекції в матері виявлено, що у вагітних, що мали рецидив у III триместрі (4 спостереження), прояви внутрішньоутробної інфекції реалізовувалися, як правило, у перші 3 дні раннього неонатального періоду ($r=0,89$) і характеризувалися яскравою клінічною симптоматикою. Активізація інфекції в I–II триместрах гестації (6 спостережень) поєднувалася з високою частотою розвитку симптомів дизадаптації новонародженого до позаутробних умов існування ($r=0,72$), пізнішим проявом інфекції при тривалому уповільненому перебігу.

ВИСНОВКИ

Таким чином, антенатальне порушення стану плода у жінок з передлежанням плаценти та її міграцією є визначальним в неонатальній патології і виникненні ускладнень пологового процесу, що на тлі хронічного страждання плода посилює його стан і призводить до значної частоти народження хворих дітей або інтранатальної їх загибелі. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення тактики ведення вагітності і розродження жінок з аномальним розташуванням плаценти.

Влияние плацентации на перинатальные исходы родоразрешения О.Н. Томнюк

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что антенатальное нарушение состояния плода у женщин с предлежанием плаценты и ее миграцией является определяющим в неонатальной патологии и возникновении осложнений родового процесса, что на фоне хронического страдания плода усугубляет его состояние и приводит к зна-

чительной частоте рождения больных детей или интранатальной их гибели. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке тактики ведения беременности и родоразрешения женщин с аномальным расположением плаценты.

Ключевые слова: аномальное расположение плаценты, перинатальные исходы.

Influence of a placentation on perinatal outcomes of a delivery O.N. Tomnyuk

Results of the spent researches testify that antenatal infringement of a condition of a fruit at women with prelying of a placenta and its migration is defining in neonatal pathology and occurrence of complications of patrimonial process that against chronic suffering of born aggravates its condition and leads to considerable frequency of birth of sick children or intranatal to their destruction. The received results are necessary for considering by working out of tactics of conducting pregnancy and delivery women with an abnormal arrangement of a placenta.

Key words: an abnormal arrangement of placenta, perinatal outcomes.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Безнощенко Г.Б. Организация скрининга в перинатальном периоде у женщин с низким прикреплением плаценты / Безнощенко Г.Б. // Омский научный вестник. – 2014. – № 3. – С. 164–165.
2. Медяникова И.В. Особенности течения беременности и родов при аномалиях плацентации / Медяникова И.В. // 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 / Тимофеева И.В. // Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы гинекологической эндокринологии и репродуктивного здоровья»: Тезисы докладов. – Омск, 2015. – С. 59–62.

Оптимізація тактики ведення жінок з високим перинатальним ризиком на фоні надлишкової маси тіла та метаболічного синдрому

Т.Д. Фахрутдінова

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

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

Ключові слова: дистрес плода, метаболічний синдром.

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

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

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

Усе викладене вище з'явилося для нас підставою до проведення справжнього наукового дослідження, що дозволяє вирішити важливе наукове завдання сучасного акушерства.

Мета дослідження: зниження частоти перинатальних ускладнень у жінок з МС на підставі вивчення в них клініко-ехографічних, біохімічних та ендокрино-

логічних особливостей, а також удосконалення комплексу діагностичних лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

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

1-а група – 60 жінок з порушенням жирового обміну, які отримували загальноприйнятні лікувально-профілактичні заходи:

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

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

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

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

Критерії включення пацієнток у дослідження:

- аліментарно-конституціональне ожиріння;
- ІМТ > 30.

Критерії виключення пацієнток:

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

Критерії виявлення компонентів метаболічного синдрому:

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

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

Відмінними рисами застосування запропонованого нами комплексу лікувально-профілактичних заходів були:

- додаткове використання під час вагітності фітопрепаратів, що корегують ліпідний обмін та метаболізм.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що частота плацентарної дисфункції залежить від індексу маси тіла і наявності метаболічного синдрому: від 25,0% за відсутності метаболічного синдрому; до 40,0% за наявності компенсованого метаболічного синдрому і до 50,0% – при декомпенсованому метаболічному синдромі.

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

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

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

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

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

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

ВИСНОВКИ

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

Оптимизация тактики ведения женщин с высоким перинатальным риском на фоне избыточной массы тела и метаболического синдрома Т.Д. Фахрутдинова

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

Ключевые слова: дистресс плода, метаболический синдром.

Optimization of tactics of maintaining women with high perinatal risk against the excess body weight and metabolic syndrome T.D. Fakhrutdinova

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

Key words: distress a born, a metabolic syndrome.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адашева Т.В. Метаболический синдром X / Т.В. Адашева, О.Ю. Демичева // Лечащий врач. – 2013. – № 10. – С. 24–28.
2. Grundy S.M. Metabolic Syndrome and Cardiovascular Disease / S.M. Grundy // J. Clin Endocrinol Metab. – 2008. – Vol. 89. – P. 2595–600.
3. Обмен веществ через призму метаболического синдрома / [Байрамчуков Ф.Н., Булгакова А.Д., Куреленкова М.Е. и др.] // Терапевтический архив. – 2009. – № 12. – С. 24–26.
4. Ackroff K. Effects of the lipase inhibitor orlistat on intake and preference for dietary fat in rats / K. Ackroff, A. Scalfani // Am J. Physiol. – 2011. – Vol. 271. – P. 48–54.
5. Alberti K.G. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation / K.G. Alberti, P.Z. Zimmet // Diabet Med. – 2008. – Vol. 15 (7). – P. 539–53.
6. Production of plasminogen activator inhibitor 1 by human adipose tissue: possible link between visceral fat accumulation and vascular disease / [Alessi M.C., Perietti F., Morange P. et al.] // Diabetes. – 2011. – Vol. 46 (5). – P. 860–7.
7. Atorvastatin and simvastatin reduce elevated cholesterol in non-insulin dependent diabetes / [Best J., Nicholson G.O., Neal et al.] // Diabetes Nutr Metab. – 2010. – Vol. 9. – P. 74–80.

Аномальна плацентація і перинатальні результати розродження

І.О. Фортуна, Л.В. Мніх, А.В. Кожухарь, В.В. Шелудченко

Одеський національний медичний університет

Результати проведених досліджень свідчать, що антенатальне порушення стану плода у жінок з передлежанням плаценти та її міграцією є визначальним в неонатальній патології і виникненні ускладнень пологового процесу, що на тлі хронічного страждання плода посилює його стан і призводить до значної частоти народження хворих дітей або їхньої інтранатальної загибелі. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні тактики ведення вагітності і розродження жінок з аномальним розташуванням плаценти.

Ключові слова: аномальне розташування плаценти, перинатальні результати.

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

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, стани плода і новонародженого при АРП залишаються до сьогодні остаточно не вивченими.

Мета дослідження: проаналізувати перинатальні результати розродження при АРП.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проспективно обстежували 148 жінок (основна група) з аномальним розташуванням плаценти (АРП). Низька плацентація виявлена при ультразвуковому дослідженні (УЗД) у терміні 14–16 тиж вагітності. Згідно класифікації аномалій плацентації і варіантів міграції плаценти, критерієм включення пацієнток в основну групу було розташування плаценти (у 14–16 тиж) на відстані менше 2 см від внутрішнього зіву шийки матки.

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

З 16-го тижня вагітності здійснювали УЗ-контроль процесу міграції з оцінкою положення і відстані нижнього полюса плаценти по відношенню до внутрішнього зіву. Отримавши різноманітність фізичних і функціональних параметрів процесу міграції і плацентації, а також клінічних характеристик обстежуваних пацієнток,

нам представилося доцільним ділення варіантів міграції плацентації відносно внутрішнього зіву шийки матки.

Були виділені наступні підгрупи:

1-а підгрупа – 29 (19,6%) пацієнток з повним і неповним передлежанням плаценти; процес міграції був відсутній.

2-а підгрупа – 55 (37,2%) жінок з низьким розташуванням плаценти в результаті неповної (незавершеної) міграції (нижній край плаценти нижче 5 см від внутрішнього зіву).

3-я підгрупа – 64 (43,2%) вагітні, в яких в результаті повної (завершеної) міграції плацента перемістилася у верхні відділи матки (нижній край плаценти на 5 см вищий за внутрішній зів).

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що у 47,3% вагітних з АРП пологи були мимовільними; кесарів розтин виконаний у 52,7% пацієнток: у всіх 29 пацієнток при передлежанні, у 32 з 55 (58,2%) – з низькою плацентацією і в 17 з 64 (26,6%) – з мігруючою плацентою. Отже, у більшості жінок основної групи пологи були оперативними ($p < 0,001$). Звертає увагу частота ($p < 0,001$) кесарева розтину у групі жінок з передлежанням плаценти і серед вагітних з неповною міграцією (низькою локалізацією) плаценти.

Своєчасних пологів у пацієнток з аномаліями плацентації було 74,3%, передчасних – 25,7%. Найбільша частота ($p < 0,001$) передчасних пологів серед спостережуваних з передлежанням плаценти (12 – 41,4%) і низьким її розташуванням (18 – 32,7%). Передчасні пологи у жінок з повною міграцією плаценти спостерігалися у 8 (12,5%) випадках ($P < 0,01$).

Зважаючи на високу частоту передчасних пологів в основній групі досліджуваних гестаційний вік до моменту народження коливався від 28 до 40 тиж вагітності. Живих дітей народилося 146 (98,6%), мертвих – 2 (1,35%), доношених – 110 (75,3%) новонароджених, недоношених – 36 (24,7%). Найбільший відсоток недоношених дітей ($p < 0,05$) спостерігали у пацієнток з передлежанням і низьким розташуванням плаценти 39,3% і 31,5% відповідно, що пояснюється найбільш високою частотою передчасних пологів у даних групах.

Масово-зростові показники новонароджених від матерів з низьким розташуванням плаценти ($p < 0,05$) достовірно нижче, ніж в контрольній групі. Середня маса тіла доношених дітей при мігруючій плаценті була вища, ніж при низькому розташуванні і передлежанні плаценти, але нижче за показники контролю. Це закономірно і відображає високу частоту передчасних пологів і затримки розвитку плода (ЗРП) у вагітних даних груп. Подібна закономірність просліджується і в недоношених новонароджених.

Мертвонароджуваність спостерігали лише у жінок з передлежанням плаценти і низьким її розташуванням. У цих двох жінок пологи були передчасними

(28–33 тиж вагітності); інтранатально померлі діти мали ЗРП. Причиною смерті плодів з'явилися недоношеність, незрілість, гостра асфіксія. Інтранатальна смертність склала 13,5%.

У контрольній групі всі 60 новонароджених були доношеними, мали задовільний стан з оцінкою за шкалою Апгар 8–9 балів.

У пацієнток основної групи в асфіксії легкого ступеня (6–7 балів) народилися 68 (46,6%) новонароджених, середнього ступеня – 19 (13,0%) дітей і важкого – 10 (6,8%). Важкий і середній ступінь асфіксії спостерігався у дітей від матерів з передлежанням і низьким розташуванням плаценти; у новонароджених жінок із завершеною міграцією плаценти асфіксія важкого ступеня не наголошувалася. При міграції плаценти асфіксія середнього ступеня зустрічалася лише у 2 (3,1%) дітей. У задовільному стані з оцінкою за шкалою Апгар 8–9 балів, народилися всього 5 (17,9%) новонароджених у жінок з передлежанням плаценти, 12 (22,2%) – у пацієнток з низьким її розташуванням і 32 (50,0%) дитини за наявності в матері повної міграції плаценти ($p < 0,001$).

Отже, передлежання плаценти і низька плацентация є найбільш несприятливими варіантами розташування плаценти у плані народження дітей з нижчою оцінкою за шкалою Апгар. Необхідно зазначити, що $50,0 \pm 5,3\%$ новонароджених у групах дослідження із завершеною міграцією плаценти також знаходилися у стані асфіксії, при цьому в $46,9 \pm 5,2\%$ з них була асфіксія легкого ступеня (6–7 балів).

З 146 новонароджених захворювання зафіксовані у 75 (50,7%) дітей. У групі дослідження з передлежанням плаценти відхилення виявлені в 23 (79,3%) новонароджених, з низьким розташуванням плаценти – в 36 (65,5%), при повній міграції – в 16 (25,0%) новонароджених. Число ускладнень на одну дитину в основній групі становило 1,56, в контрольній групі всі новонароджені були здорові. Максимальне число захворювань у дітей (1,81 на одну дитину) виявлено у 2-й підгрупі, менша кількість здорових новонароджених (20,7%) була у 1-й підгрупі.

Важка патологія виявлена у дітей пацієнток з низьким розташуванням плаценти ($p < 0,05$): перинатальні ушкодження ЦНС – 72,2%, внутрішньоутробна гіпотрофія – 41,7%, внутрішньоутробне інфікування – 16,7%, СДР – 11,1%, вроджені вади розвитку (ВПР) плода – 5,6%. Концентрація важкої патології і кількість хворих новонароджених в обстежуваних група свідчать про найменш сприятливі умови для розвитку плода при незавершеному процесі міграції/низькому положенні плаценти в матці.

У підгрупі пацієнток із завершеною міграцією плаценти більшою була частота дітей, що народилися здоровими – 75% (48) і меншим – число захворювань (1,25) на одного новонародженого. У 3-й підгрупі не було немовлят з СДР і достовірно меншим ($p < 0,05$) було число випадків ЗРП – 37,5% порівняно з показниками основної (32,0%), 1-ї (21,7%) і 2-ї підгруп (41,7%).

Статистично достовірно менші показники ($p < 0,05$) захворюваності новонароджених виявлені при порівнянні даних жінок 3-ї і 2-ї підгруп: відповідно відсоток гіпоксично-ішемічних ушкоджень ЦНС – 50,0% і 72,2%, ВУІ – 6,3% і 16,7%. Проте, не дивлячись на реалізацію повної міграції і поліпшення умов розвитку плода, наголошується значне число (18,8%) новонароджених з аспіраційним синдромом ($p < 0,01$), що свідчить про несприятливий перебіг пологів.

Перше місце у структурі захворюваності новонароджених займають порушення з боку ЦНС (68,0%), перебіг раннього адаптаційного періоду (зниження рухової активності, млявість, зниження маси тіла більш ніж на 8% від початкової), що виражається відхиленнями, синдромом м'язової дистонії, гіперзбудливості або пригнічення ЦНС. Неврологічна симптоматика, зумовлена внутрішньоутробною гіпоксією, достовірно частіше спостерігалася ($p < 0,05$) у новонароджених 2-ї підгрупи (72,2%).

Враховуючи, що при скринінг-УЗ-біометрії з високою частотою діагностовано ЗРП, проведений аналіз отриманих результатів. Більшість новонароджених основної групи з ЗРП і масою тіла в межах 10–3 перцентилей народилися на 37-у тижні гестації. Ознаки важкої ЗРП (<3 перцентилей) зафіксовані переважно у недоношених дітей – в 3,6%, 9,3% і 1,6% випадках (відповідно в 1-й, 2-й і 3-й підгрупах).

ЗРП виявлена у 24 (32,0%) дітей від матерів основної групи, з них у 15 (41,7%) новонароджених ($p < 0,05$) матері спостерігалися з приводу низької плацентации. Слід зазначити, що у 2-й підгрупі в 3,7% новонароджених спостерігали ЗРП III ступеня при доношеній вагітності (маса тіла <3 перцентилей), що збіглося із загостренням хронічної інфекції сечовидільної системи і гострою респіраторною вірусною інфекцією матерів в II–III триместрах гестації. Аналіз вихідного спектру збудників під час вагітності довів наявність у даних пацієнток поєднаної інфекції (ВПГ II, ЦМВ і уреоплазми).

З метою ретроспективного оцінювання часу розвитку плацентарної дисфункції (ПД) і, відповідно, тривалості внутрішньоутробного страждання плода, разом з абсолютними значеннями, використовувалися спеціальні оцінні індекси масово-зростових співвідношень. Під час оцінювання перинатальних результатів виконаний розрахунок пондерального індексу (ПІ), який обчислювали за формулою:

$$ПІ = ((\text{маса тіла, г}) / (\text{довжина, см})^3) \times 100.$$

При ранньому розвитку ПД у плода виявляється пропорційний розвиток на тлі низької маси тіла і показники ПІ, як правило, не відрізняються від норми (2,2–2,8). При пізньому розвитку ПД спостерігається значніше відставання ступеня надбавки маси тіла у порівнянні зі зростанням, індекс має низькі значення.

Згідно з отриманими даними, зниження ПІ має місце в 10,7%, 16,7% і 4,7% випадках (відповідно по підгрупах). При цьому зниження ПІ при масі тіла від 10 до 3 перцентилей зафіксовано в 3,6%, 9,3% і 1,6% спостережень, а <3 перцентилей – в 3,6%, 5,6% і 1,6% випадках. Достовірно частіше ($p < 0,05$) у всіх групах при ЗРП наголошуються нормальні показники і симетрична форма. Значення ПІ масово-зростових співвідношень новонароджених були достовірно нижче нормативних (<2,2) у тих з них, матері яких спостерігалися з приводу низької плацентации ($p < 0,05$). Це свідчить про наявність асиметричної форми гіпотрофії і негативний вплив патологічних чинників на плід на останніх етапах гестації. У пацієнток 2-ї підгрупи під час гестаційного періоду виявлена найбільша частота функціональних порушень з боку фетоплацентарного комплексу (ФПК).

В основній групі жінок з 75 хворих дітей в 10 (13,2%) діагностовано внутрішньоутробне інфікування (ВУІ): генералізована герпетична інфекція (3 дитини) і внутрішньоутробна пневмонія (7 дітей). Достовірно велика частка ВУІ ($p < 0,05$) зафіксована серед новонароджених у пацієнток, що спостерігалися з при-

воду низької плацентатії: 1 – 13,0%, 2 – 16,7% і 3 – 6,3%. У всіх дітей, яким при народженні встановлений діагноз ВУІ, виконано дослідження сироватки крові методом полімеразноцепної реакції (ПЦР), посівів мазків з трахеї, зіву, анусу. Виявлено, що серед збудників на першому місці по частоті знаходиться ВПГ I, II типів як в ізольованому вигляді, так і у варіанті поєднаної інфекції: ЦМВ, мікоплазма, гриби роду *Candida*, хламідії та ентерокок.

Аналіз захворюваності новонароджених довів, що збудники інфекцій, що передаються статевим шляхом (ПСПШ) визначають генералізовану ВУІ (внутрішньоутробну пневмонію і інші форми). Супутніми захворюваннями в 10 новонароджених з ВУІ виявили: менінгоенцефаліт, менінгіт, ішемічне ушкодження ЦНС, міокардит, кон'юнктивіт, асфіксія, пневмонію. ВУІ, спричинена ентерококом, визначала ішемічне ушкодження ЦНС.

При обстеженні під час вагітності пацієнток з атипичним розташуванням плаценти на наявність інфекцій в 10 (діти з ВУІ) було виявлено: ЦМВ, ВПГ I; хламідії, мікоплазма, уреаплазма, ВПГ I і II; уреаплазма, ВПГ II, ЦМВ; уреаплазма, хламідії, гриби роду *Candida*; гриби роду *Candida*; гарднерела і кишкова паличка. Отже, у всіх жінок, що народили дітей з ВУІ, під час вагітності виявлені ПСПШ.

При вивченні даних справжньої вагітності в обстежених (10 випадків ВУІ) звертає увагу високий інфекційний індекс: загострення хронічного пієлонефриту, циститу, тонзиліту; ГРВІ; дисбіоз піхви. При порівняльному аналізі залежності проявів інфекції в новонароджених від часу загострення інфекції в матері виявлено, що у вагітних, що мали рецидив в III триместрі (4 спостереження), прояви внутрішньоутробної інфекції реалізовувалися, як правило, у перших 3 дні раннього неонатального періоду ($r=0,89$) і характеризувалися яскравою клінічною симптоматикою. Активізація інфекції у I–II триместрах гестації (6 спостережень) поєднувалася з високою частотою розвитку симптомів дизадаптації новонародженого до позамамних умов існування ($r=0,72$), пізнішим проявом інфекції при тривалому уповільненому її перебігу.

ВИСНОВКИ

Таким чином, антенатальне порушення стану плода у жінок з передлежанням плаценти та її міграцією є визначальним в неонатальній патології і виникненні ускладнень пологового процесу, що на тлі хронічного страждання плода посилює його стан і спричинює до значної частоти народження хворих дітей або їхньої інтранатальної загибелі. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення тактики ведення вагітності і розродження жінок з аномальним розташуванням плаценти.

Аномальная плацентация и перинатальные исходы родоразрешения И.О. Фортуна, Л.В. Мних, А.В. Кожухарь, В.В. Шелудченко

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что антенатальное нарушение состояния плода у женщин с предлежанием плаценты и ее миграцией является определяющим в неонатальной патологии и возникновении осложнений родового процесса,

что на фоне хронического страдания плода усугубляет его состояние и приводит к значительной частоте рождения больных детей или их интранатальной гибели. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке тактики ведения беременности и родоразрешения женщин с аномальным расположением плаценты.

Ключевые слова: аномальное расположение плаценты, перинатальные исходы.

Abnormal placentation and perinatal outcomes of delivery I.O. Fortuna, L.V. Mnih, A.V. Kozuhar, V.V. Sheludchenko

Results of the spent researches testify that antenatal infringement of a condition of a fruit at women with prelying of a placenta and its migration is defining in neonatal pathology and occurrence of complications of patrimonial process that against chronic suffering of born aggravates its condition and leads to considerable frequency of birth of sick children or intranatal to their destruction. The received results are necessary for considering by working out of tactics of conducting pregnancy and delivery women with an abnormal arrangement of a placenta.

Key words: an abnormal arrangement of placenta, perinatal outcomes.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Безнощенко Г.Б. Организация скрининга в перинатальном периоде у женщин с низким прикреплением плаценты / Безнощенко Г.Б. // Омский научный вестник. – 2014. – № 3. – С. 164–165.
2. Медяникова И.В. Особенности течения беременности и родов при аномалиях плацентации / Медяникова И.В. // Вестник Кузбасского научного центра: Материалы IX научно-практической конференции «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии». – Кемерово, 2017. – № 4. – С. 86–89.
3. Тимофеева И.В. Факторы риска возникновения аномального расположения плаценты / Тимофеева И.В. // Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы гинекологической эндокринологии и репродуктивного здоровья»: Тезисы докладов. – Омск, 2015. – С. 59–62.

Влияние варикозной болезни на морфологические изменения плаценты и развитие плацентарной дисфункции

И.О. Фортуна, Л.В. Мних, А.В. Кожухарь, В.В. Шелудченко
Одесский национальный медицинский университет

Результаты проведенных патоморфологических исследований у пациенток с варикозной болезнью при наличии и отсутствии плацентарной дисфункции позволяют выделить несколько ведущих моментов. Прежде всего, это уменьшение васкуляризации стромы ворсин всех уровней ветвления (слабая выраженность компенсаторного ангиоматоза), количества активных синцитиальных почек, истончение синцитиотрофобласта. Уменьшение активности периферического цитотрофобласта и, наконец, двукратное уменьшение числа терминальных специализированных ворсин, которые даже в относительно благополучных участках ворсинчатого дерева встречались редко и насчитывали в своем составе по одной синцитиокапиллярной мембране. Столь значительное уменьшение количества синцитиокапиллярных мембран в терминальных ворсинах в основных группах должно уменьшать диффузионную способность плацент в конце беременности, то есть создавать условия для формирования патологии плода и новорожденного.

Ключевые слова: патоморфология, плацентарная дисфункция, варикозная болезнь.

Исследования последних лет показали, что нередким проявлением варикозной болезни у беременных является варикоз вен малого таза, определяемый в виде случайных находок при кесаревом сечении, а также варикозное расширение вен нижних конечностей и наружных половых органов [1–3].

Ряд авторов [4–5] указывают на высокую частоту выявления у рожениц эктазий венозных сосудов малого таза, что, по их мнению, объясняет увеличение воспалительных осложнений после родов у женщин с сосудистой недостаточностью вен нижних конечностей. Наличие варикозно расширенных сосудов системы внутренней подвздошной вены может способствовать развитию кровотечений в третий период родов, являться причиной тромбоэмболических осложнений, гнойно-септических процессов в послеродовой период; хронических воспалительных процессов матки и придатков, вторичного бесплодия [6–8].

Симптомокомплекс «плацентарная дисфункция» (ПД) сегодня занимает наиболее высокий удельный вес в структуре патологии перинатального периода, заболеваемости и летальности новорожденных. Разработка новых методов диагнос-

тики и лечения ПД представляется одним из перспективных научных направлений современного акушерства и перинатологии, так как нарушение функции плаценты является одной из основных причин перинатальной заболеваемости и смертности во всем мире [1–8].

Таким образом, наличие у беременных симптомокомплекса «плацентарная дисфункция» и васкулярных нарушенийотягощает течение гестационного процесса, неблагоприятно сказывается на внутриутробном развитии плода, ухудшая показатели перинатальной заболеваемости. Не вызывает сомнений тот факт, что необходим комплексный подход к изучению артериального и венозного кровообращения малого таза во время беременности.

Использование современных патоморфологических исследований в сочетании с ультразвуковыми и эндокринологическими методиками позволяют получить исчерпывающую информацию о состоянии фетоплацентарного комплекса плода при данной экстрагенитальной патологии [1–8].

Учитывая приведенное выше, в нашем исследовании решено было проанализировать патоморфологические особенности фетоплацентарного комплекса при наличии варикозной болезни, причем без и с наличием ПД.

Цель исследования: изучение влияния варикозной болезни на морфологические изменения плаценты и развитие плацентарной дисфункции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Согласно поставленной цели нами были проспективно обследованы в сроках 10–41 нед беременности, в родах и в ранний послеродовой период 100 пациенток с варикозным расширением вен малого таза.

На основании полученных результатов при ретроспективном анализе все пациентки были разделены на следующие группы:

- 1-я группа (n=50) – беременные с варикозной болезнью вен нижних конечностей (ВБ) и ПД;
- 2-я группа (n=50) – беременные с ВБ и без признаков ПД;
- контрольная группа (n=50) – пациентки с неосложненным течением беременности и родов.

Беременность у пациенток контрольной группы протекала без осложнений, не было выявлено сопутствующих экстрагенитальных заболеваний.

Пациентки были разделены на группы согласно результатов функциональных методов исследования: УЗ-фетометрии (задержка развития плода – ЗРП), признаки преждевременного старения плаценты), УЗ-доплерометрии (нарушение маточно-плацентарного и/или плодово-плацентарного кровообращения), КТГ (признаки внутриутробной гипоксии плода).

Всем пациенткам проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование с применением функциональных и лабораторных методов.

Патоморфологические исследования включало органометрию (измерение размеров и массы), макроскопическое и гистологическое исследования [7].

Гистологическое изучение последов проводилось в два этапа: первый заключался в общем описании и подтверждении макроочагов патологии (варикозные узлы пуповины, межворсинчатые кровоизлияния и т.д.); второй включал в себя по-

луколичественный анализ 12 структурных компонентов плацентарной ткани по трехбалльной степени их выраженности, которые в дальнейшем суммировались в три степени ПД.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты патоморфологических исследований свидетельствуют, что после-ды в контрольной группе по морфофункциональным особенностям не отличались от известной нормы при доношенной беременности. Плаценты были разнородными по степени зрелости составляющих котиледонов и те из них, которые частично отставали в своем развитии, компенсировались избыточной васкуляризацией терминальных ворсин. Вена пуповины и плодные оболочки как по макро-, так и по микроскопическим признакам соответствовали норме.

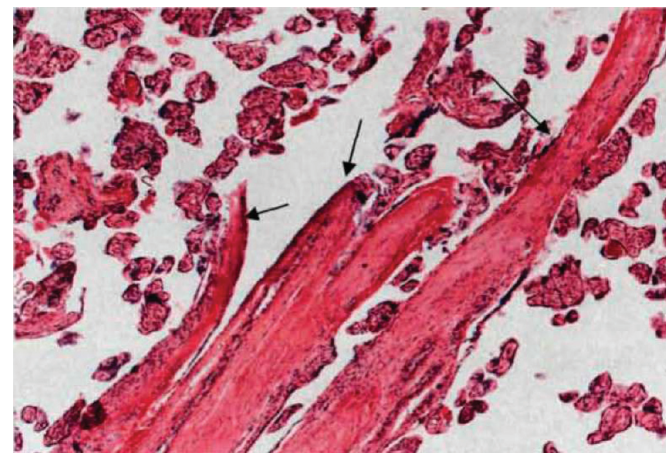
При макроскопии плацент пациенток с ВБ и ПД выявлена типичная округлая или овальная форма – 56,7% и 45,9%, в 1-й и 2-й группах соответственно, то есть почти в 2 раза меньше, чем в контрольной. Преобладали плаценты неправильной формы (53,3% и 54,1% в 1-й и 2-й группах соответственно), включая двудольевые формы и небольшие дольки, переходящие от основного тела в сторону плодных оболочек, либо изолированные от него, но соединенные с основной плацентой кровеносными сосудами.

Под гладкой плодной поверхностью доминировал рассыпной тип относительно мелких сосудов (66,7% и 69,0% в 1-й и 2-й группах соответственно), тогда как магистральный тип отмечен только в 33,3% и 31,0% наблюдений в 1-й и во 2-й группах соответственно (в контрольной группе их соотношение было примерно одинаковым).

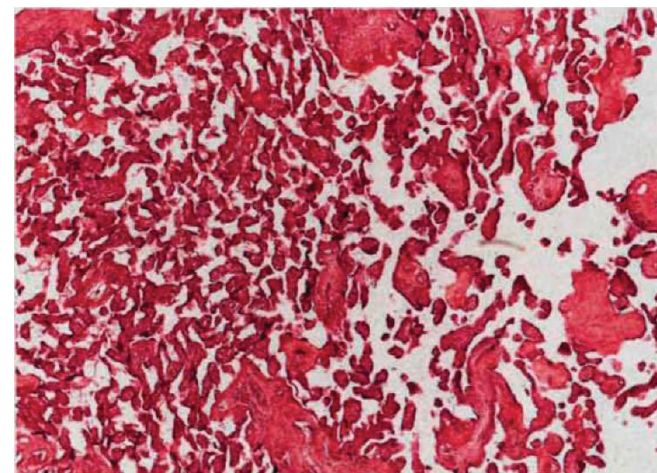
Материнская поверхность была более полнокровная, кроме легкосмываемых сгустков крови, отмечены участки тромбообразования с распространением их вглубь плацентарной ткани, что подтверждалось на параллельных разрезах. В 60,0% наблюдений в 1-й и 2-й группах соответственно зафиксировано наличие пылевидных или сливных кальцификатов на материнской поверхности.

Было акцентировали внимание на особенностях строения плацент у пациенток 1-й и 2-й групп. Прежде всего, это касается перераспределения вариантов относительной и патологической незрелости плацентарной ткани. Так, количество плацент, соответствующих по гистоструктуре доношенному сроку беременности, уменьшилось в два раза (26,7% и 27,6% в 1-й и 2-й группах соответственно, тогда как в контрольной группе – 64,5% наблюдений). Это произошло за счет почти двукратного увеличения относительной незрелости – диссоциированного развития котиледонов (46,7% и 46,1% в 1-й и 2-й группах соответственно, тогда как в контрольной группе – 25,8% наблюдений).

Также это происходило за счет увеличения количества вариантов патологической незрелости, сохранение промежуточных дифференцированных ворсин со слабой их васкуляризацией (20% и 18,7% в 1-й и 2-й группах соответственно, в контрольной – 9,7% наблюдений) и главное, появление нового варианта патологической незрелости – доминирования хаотичных склерозированных ворсин (6,6% и 7,6% в 1-й и 2-й группах соответственно, тогда как в контрольной группе они отсутствуют).



Мал. 1. Пациентка 1-й группы: мікропрепарат плаценти, опорні ворсини III порядку продовжуються в проміжні гілки (вказано стрілкою), які дають невелику кількість бічних, термінальних ворсин.
Забарвлення гематоксиліном і еозином, $\times 50$



Мал. 2. Пациентка 2-й группы: у мікропрепараті переважають дрібні, термінальні ворсини, створюючи мережу ворсин (зліва), що хаотично гілкуються, на відміну від правильного їхнього поділу (справа).
Забарвлення гематоксиліном і еозином, $\times 50$

В наблюдениях варианта промежуточных дифференцированных ворсин преобладали опорные и отходящие от них промежуточные ветви с явным дефицитом самых мелких, терминальных ворсин (рис. 1), то есть тех, которые несут на себе нависшую функциональную нагрузку в конце беременности. У двух женщин 2-й группы диагностирован другой вариант патологической незрелости – преобладание мелких, склеротичных ворсин с хаотичным характером их ветвления (7,6%, в контрольной группе они отсутствуют).

На рис. 2 видно, что в микропрепаратах плацентарной ткани доминируют очень мелкие терминальные ворсины, соединяющиеся друг с другом и образующие причудливые сети вместо четкого дихотомического ветвления.

Функциональная несостоятельность хаотичных терминальных ветвей четко документирована при изучении их при большом увеличении, поскольку на их поверхности малоразличим эпителиальный покров – синцитиотрофобласт (основной продуцент плацентарных гормонов и белков), в клеточной строме встречаются единичные, узкие капилляры, без образования синцитиокапиллярных мембран, то есть подобные терминальные ворсины практически не участвуют в трансплацентарном обмене между кровью матери и плода.

Полученные морфометрические данные подтверждают некоторые как ранее представленные структурные особенности плацентарной ткани у пациенток 1-й и 2-й группы (слабая васкуляризация ворсин, атрофия синцитиотрофобласта и др.), так и новые их детали. Так, несмотря на уменьшение общего количества мелких комочков межворсинчатого фибриноида, достоверно высоким в сравнении с контрольной группой оказался объем так называемых псевдоинфарктов, которые представляют собой замурованные в массах фибриноида мелкие ворсины. Название «псевдоинфаркты» обусловлено необходимостью отличать подобные участки ворсин при ишемических инфарктах (тотальный некроз всех компонентов ворсин), которые учитывались в общем списке признаков и не обнаружены в обеих группах женщин.

Особое внимание следует обратить на более чем двукратное увеличение встречаемости «свежих» кровоизлияний или тромбоза в межворсинчатом пространстве плацент у пациенток 1-й и 2-й групп, которые представлены сладжированными эритроцитами матери в сочетании с появлением среди них нитей фибрина и других признаков тромбообразования.

Если подвести итоги полуколичественной оценки структурных показателей плацент у пациенток основных групп в сравнении с контрольной, то главным свойством плацентарной ткани в 1-й и 2-й группах является достоверное снижение признаков ее компенсаторных реакций. Прежде всего, это уменьшение васкуляризации стромы ворсин всех уровней ветвления (слабая выраженность компенсаторного ангиоматоза), количества активных синцитиальных почечек, истончение синцитиотрофобласта.

Уменьшение активности периферического цитотрофобласта и, наконец, двукратное уменьшение числа терминальных специализированных ворсин, которые даже в относительно благополучных участках ворсинчатого дерева встречались редко и насчитывали в своем составе по одной синцитиокапиллярной мембране.

Разница с контрольной группой особенно демонстративна. Значительное уменьшение количества синцитиокапиллярных мембран в терминальных ворсинах в основных группах уменьшает диффузионную способность плацент в конце беременности, то есть является одной из причин формирования патологии плода и новорожденного.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных патоморфологических исследований у пациенток с варикозной болезнью при наличии и отсутствии плацентарной дисфункции позволяют выделить несколько ведущих моментов. Прежде всего, это уменьшение васкуляризации стромы ворсин всех уровней ветвления (слабая выраженность компенсаторного ангиоматоза), количества активных синцитиальных почечек, истончение синцитиотрофобласта.

Уменьшение активности периферического цитотрофобласта и, наконец, двукратное уменьшение числа терминальных специализированных ворсин, которые даже в относительно благополучных участках ворсинчатого дерева встречались редко и насчитывали в своем составе по одной синцитиокапиллярной мембране. Столь значительное уменьшение количества синцитиокапиллярных мембран в терминальных ворсинах в основных группах должно уменьшать диффузионную способность плацент в конце беременности, то есть создавать условия для формирования патологии плода и новорожденного.

Вплив варикозної хвороби на морфологічні зміни плаценти та розвиток плацентарної дисфункції І.О. Фортуна, Л.В. Мніх, А.В. Кожухарь, В.В. Шелудченко

Результати проведених патоморфологічних досліджень у пацієнток з варикозною хворобою за наявності і відсутності плацентарної дисфункції дозволяють виділити декілька провідних моментів. Перш за все, це зменшення васкуляризації стромі ворсин всіх рівнів галуження (слабка вираженість компенсаторного ангиоматозу), кількості активних синцитиальних нирок, стоншування синцитіотрофобласта. Зменшення активності периферичного цитотрофобласта і, нарешті, двократне зменшення числа термінальних спеціалізованих ворсин, які навіть у відносно сприятливих ділянках ворсинчатого дерева зустрічалися рідко і налічували в своєму складі по одній синцитіокапілярній мембрані. Настільки значне зменшення кількості синцитіокапілярних мембран у термінальних ворсинах в основних групах повинне зменшувати дифузійну здатність плацент в кінці вагітності, тобто створювати умови для формування патології плода і новонародженого.

Ключові слова: патоморфологія, плацентарна дисфункція, варикозна хвороба.

Influence of a varicose illness on morphological changes of a placenta and development of placental dysfunction I.O. Fortuna, L.V. Mnih, A.V. Kozshar, V.V. Sheludchenko

Results spent patomorphological researches at patients with varicose illness at presence and absence of placental dysfunction allow to allocate some the leading moments. First of all, this

reduction vascularisation of strome fibers all branching level (weak expressiveness compensation angiomatose), quantities active syncyteale kidneys, reduction syncyteotrofoblaste. Reduction of activity peripheral cytotrofoblaste and, at last, double reduction of number terminal specialised fibers which even in rather safe sites of a fleecy tree met seldom and totaled in the structure on one syncyteocapillare membrane. So considerable reduction of quantity syncyteocapillare membranes in terminal fibers in the basic groups should reduce diffusion ability of placenta in the end of pregnancy, that is create conditions for formation of a pathology of a born and the newborn.

Key words: *patomorfology, placentary dysfunction, varicose illness.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Агеева М.И. Допплерометрические исследования в акушерской практике. — М.: Видар, 2015. — 112 с.
2. Волков А.Е., Окороков А.А. Диагностическая ценность эхографии при варикозном расширении вен малого таза // Ультразвуковая диагностика. — 2014. — № 2. — С. 24.
3. Газдиева З.М. Варикозная болезнь при беременности. Клиника, диагностика и лечение: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Ростов-на-Дону, 1999. — 16 с.
4. Демидов Б.С. Клиническое значение доплерометрии в диагностике и прогнозировании плацентарной недостаточности во втором и третьем триместрах беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2000. — 18 с.
5. Елисеев О.М. Сердечно-сосудистые заболевания у беременных. — М.: Медицина, 2014. — 28 с.
6. Зубарев А.Р., Богачев И.Ю., Митков В.В. Ультразвуковая диагностика заболеваний вен нижних конечностей. — М., 2009. — 104 с.
7. Милованов А.П. Функциональная морфология и механизмы регуляции маточно-плацентарного кровообращения // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. — 2017. — № 3. — С. 109–115.
8. Проскурякова О.В. Допплерография в гинекологии /Под ред. Зыкина Б.И., Медведева М.В. — М., 2009. — С. 133–144.

УДК 618.5-089.888.61-06:618.14-003.92-097:612.017.1

Особливості цитокинового статусу рубця на матці після кесарева розтину

І.О. Фортунa, Л.В. Мніх, А.В. Кожухарь, С.В. Деришов

Одеський національний медичний університет

Результати проведених досліджень свідчать, що підвищення концентрації прозапальних цитокінів у тканині нижнього маткового сегменту під час пологів забезпечує міграцію і активацію ендотеліальних клітин, лейкоцитів і фібробластів, а також підвищення експресії чинників зростання, що беруть участь у регуляції репаративного процесу і стимулюючих процес неоангіогенезу. Отже, сукупність морфологічних і функціональних змін нижнього маткового сегменту під час термінових фізіологічних пологів потенційно забезпечує сприятливіші умови для подальшого перебігу загоєння і неоангіогенезу в області рани на матці і підвищує вірогідність формування «спроможного» рубця. Отримані результати необхідно використовувати при розробці алгоритму розродження жінок з рубцем на матці.

Ключові слова: *рубець на матці, цитокиновий статус.*

Протягом останніх 15–20 років у всіх країнах спостерігають зростання частоти кесарева розтину у 3–4 рази. Згідно з даними літератури, частота операції складає від 13% до 45% [1–5].

За даними низки авторів [1–5], рубець на матці на сьогодні є одним з основних показників до кесарева розтину, складаючи від 18,2% до 37,0%. Основним мотивом для проведення повторного кесарева розтину служить небезпека розриву матки у пологах з несприятливим результатом для матері і плода.

Не дивлячись на значне число наукових повідомлень з проблеми кесарева розтину, не можна вважати всі питання повністю вирішеними, особливо в плані особливостей цитокинового статусу рубця на матці після кесарева розтину.

Мета дослідження: вивчення особливостей цитокинового статусу рубця на матці після кесарева розтину.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

З метою визначення впливу характеру виконання першого кесарева розтину на формування місцевого мікрооточення, передування репаративним процесам в області рани на матці, оцінювали особливості морфології і обміну окремих цитокінів в тканині нижнього маткового сегменту при доношеній вагітності і під час термінових пологів в 60 вагітних, розроджених абдомінальним шляхом вперше.

Пацієнти були розподілені на дві групи:

- I (основна) група – 29 пацієнток, в яких кесарів розтин проводили в активну фазу першого періоду термінових пологів при цілому плодовому міхурі;

- II (основна) група – 31 жінка, в яких перша операція виконана при доношеній вагітності до початку пологової діяльності.

Комплексне імунологічне обстеження пацієнток, розроджених абдомінальним шляхом, включало визначення концентрації основних класів інтерлейкінів (ІЛ-1 β , ІЛ-2, ІЛ-4, ІЛ-6, ІЛ-8, ІЛ-10), чинник некрозу пухлини – ФНП α і інтерферону – ІФН γ у гомогенаті тканині нижнього маткового сегменту, біоптати якого були отримані під час кесарева розтину.

Морфологічне дослідження біоптатів нижнього маткового сегменту, отриманих при перших і при повторних операціях кесарева розтину, а також фрагментів рубця на матці, отриманих під час гістероскопії, проводили з використанням забарвлення зрізів гематоксиліном – еозином, пікрофуксином по Ван-Гізону, по Романовському-Гімзе.

Проводили морфометричне дослідження, що включало кількісне оцінювання судинного і клітинного компонентів нижнього маткового сегменту при доношеній вагітності і під час термінових пологів. Дослідження судинного компонента включало підрахунок кількості судин артеріального типу, вимір їхнього середнього діаметру і середнього діаметру просвіту у п'яти довільно вибраних полях зору.

Для визначення чисельної щільності лейкоцитів (лімфоцитів, нейтрофілів, гранулоцитів, плазматичних і огрядних клітин, еозинофілів, макрофагів) і фібробластів у тканині нижнього маткового сегменту застосовували квадратну тестову систему, що поєднується на екрані комп'ютера із зображенням, отриманим за допомогою цифрової відеокамери мікроскопа. Кількість клітин підраховували в 1 мм² зрізу.

Якісне імуногістохімічне визначення колагену I, III і IV типів у біоптатах нижнього маткового сегменту, отриманих при перших і при повторних операціях кесарева розтину, а також фрагментів рубця на матці, отриманих під час гістероскопії, проводили з використанням поліклональних антитіл кролика, специфічних до колагену людини I, III і IV типів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Усіх пацієнток було порівнянні за віком, клініко-анамнестичними даними, структурі екстрагенітальної і гінекологічної патології, особливостям перебігу справжньої вагітності, терміну гестації на момент розродження, у всіх вагітних мали відбутися перші пологи. Усі пацієнтки були госпіталізовані в акушерське відділення патології вагітності в плановому порядку для підготовки до абдомінального розродження.

Провідним показником до кесарева розтину в 94,8 $\pm$ 2,9% вагітних I групи і в 96,8 $\pm$ 2,2 % пацієнток II групи була наявність міопії високого ступеня, ускладненої хоріоретинальною дистрофією. Пацієнтки I групи були прооперовані заплановано у зв'язку з розвитком пологової діяльності, термін гестації на момент розродження склав у середньому 39,5 $\pm$ 0,6 тиж. Тривалість першого періоду пологів на момент операції становила 5,2 $\pm$ 0,7 год. Кесарів розтину у жінок II групи був виконаний в плановому порядку при доношеній вагітності, термін гестації на момент розродження становив у середньому 39,6 $\pm$ 0,5 тиж.

Тривалість операції була порівнянна в обох досліджуваних групах: 35,4 $\pm$ 2,9 хв у жінок I групи і 36,4 $\pm$ 2,1 хв у пацієнток II групи. Об'єм інтраопераційної кровов-

трати був достовірно вище у пацієнток I основної групи і становив у середньому 498,3 $\pm$ 40,7 мл, тоді як у пацієнток II групи – 516,13 $\pm$ 48,7 мл; $p < 0,0001$. Проте в жодної з пацієнток інтраопераційна крововтрата не перевищувала 700 мл.

Зросто-масові показники і оцінка новонароджених за шкалою Апгар були порівняні у досліджуваних групах, випадків асфіксії новонароджених зафіксовано не було. Післяопераційний період у всіх пацієнток протікав фізіологічно.

З метою уточнення характеру загоєння рани на матці і ранньої діагностики післяопераційних гнійно-запальних захворювань на 4–5 добу у всіх пацієнток виконано УЗД матки з доплерометричною оцінкою кровотоку в області перенесеного оперативного втручання. Згідно з отриманими результатами, усі ультразвукові показники знаходилися в межах нормальних значень для даного терміну післяопераційного періоду, достовірних відмінностей за величиною досліджуваних параметрів післяпологової матки між I і II основними групами виявлено не було.

Значення показників кровотоку, отримані в ході якісного аналізу кривих швидкості кровотоку в радіальних артеріях області перенесеного оперативного втручання, були достовірно нижче у пацієнток I групи у порівнянні з жінками II групи: індекс резистентності – 0,49 $\pm$ 0,01 і 0,52 $\pm$ 0,01 відповідно ($p < 0,001$); пульсаційний індекс – 1,70 $\pm$ 0,06 і 1,94 $\pm$ 0,07 відповідно ($p < 0,0001$); відношення систоло-діастолічне – 1,91 $\pm$ 0,07 і 2,15 $\pm$ 0,11 відповідно ($p < 0,001$). Наведені параметри побічно можуть свідчити про більш оптимальну васкуляризацію за рахунок нижчих значень периферійного судинного опору.

Отже, доплерометричне дослідження кровотоку в області перенесеного оперативного втручання у пацієнток, розроджених абдомінальним шляхом вперше, свідчить, що виконання операції під час термінових пологів позитивно впливає на процес неопангіогенезу в області післяопераційної рани.

Згідно з результатами морфологічного дослідження, біоптати нижнього маткового сегменту, отримані у пацієнток I групи при виконанні кесарева розтину під час термінових пологів, характеризувалися рядом мікроскопічних особливостей, що відрізняють їх від нижнього маткового сегменту пацієнток II групи, прооперованих при доношеній вагітності. Так, разом зі структурною перебудовою м'язового компонента під час пологової діяльності, нижній матковий сегмент характеризувався збільшенням кількості судин артеріального типу і площі судинного русла. Крім того, в нім наголошувалася поява ділянок лейкоцитарної клітинної інфільтрації.

Під час морфометричного оцінювання васкуляризації нижнього маткового сегменту в досліджуваних групах було встановлено, що кількість судин артеріального типу, їхній діаметр і відсоток площі просвіту судин були достовірно вище у пацієнток I групи у порівнянні з пацієнтками II групи.

Під час морфометричного дослідження біоптатів нижнього маткового сегменту, забарвлених по Романовському-Гімзе, встановили, що абсолютна і відносна кількість деяких клітинних елементів лейкоцитарного і фібробластичного ряду в досліджуваних зразках тканини у пацієнток I груп було достовірно вище, ніж у пацієнток II групи. Так, абсолютна кількість лейкоцитів в 1 мм² нижнього маткового сегменту у пацієнток I групи в 2,7 разу перевершувало таке у пацієнток II

групи, абсолютна кількість макрофагів – в 4 рази, абсолютне число фібробластів – в 3 рази.

Під час імунологічного дослідження концентрація прозапальних цитокінів і чинників зростання у гомогенатах тканині нижнього маткового сегменту була достовірно вище під час термінових пологів в порівнянні з доношеною вагітністю: вміст інтерлейкіну (ІЛ-1 β) у тканині нижнього маткового сегменту пацієнток І групи перевищував таке в 1,5 разу, чинника некрозу пухлини (ФНП α) – в 4 рази, ІЛ-8 – в 10 разів, інтерферону (ІФН γ) – в 1,5 разу у пацієнток ІІ групи

Підвищення концентрації прозапальних цитокінів у тканині нижнього маткового сегменту під час пологів забезпечує міграцію і активацію ендотеліальних клітин, лейкоцитів і фібробластів, а також підвищення експресії чинників зростання, що беруть участь в регуляції репаративного процесу і стимулюючих процес неогенезу. Отже, сукупність морфологічних і функціональних змін нижнього маткового сегменту під час термінових фізіологічних пологів потенційно забезпечує сприятливі умови для подальшого перебігу загоєння і неогенезу в області рани на матці і підвищує вірогідність формування «спроможного» рубця.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що підвищення концентрації прозапальних цитокінів у тканині нижнього маткового сегменту під час пологів забезпечує міграцію і активацію ендотеліальних клітин, лейкоцитів і фібробластів, а також підвищення експресії чинників зростання, що беруть участь у регуляції репаративного процесу і стимулюючих процес неогенезу. Отже, сукупність морфологічних і функціональних змін нижнього маткового сегменту під час термінових фізіологічних пологів потенційно забезпечує сприятливі умови для подальшого перебігу загоєння і неогенезу в області рани на матці і підвищує вірогідність формування «спроможного» рубця. Отримані результати необхідно використовувати під час розроблення алгоритму розродження жінок з рубцем на матці.

Особенности цитокинового статуса рубца на матке после кесарева сечения И.О. Фортуна, Л.В. Мних, А.В. Кожухарь, С.В. Деришов

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что повышение концентрации провоспалительных цитокинов в ткани нижнего маточного сегмента во время родов обеспечивает миграцию и активацию эндотелиальных клеток, лейкоцитов и фибробластов, а также повышение экспрессии факторов роста, участвующих в регуляции репаративного процесса и стимулирующих процесс неогенеза. Следовательно, совокупность морфологических и функциональных изменений нижнего маточного сегмента во время срочных физиологических родов потенциально обеспечивает более благоприятные условия для последующего течения заживления и неогенеза в области раны на матке и повышает вероятность формирования «состоятельного» рубца. Полученные результаты необходимо использовать при разработке алгоритма родоразрешения женщин с рубцом на матке.

Ключевые слова: рубец на матке, цитокиновый статус.

Features of cytokine status of hem on uterus after cesarean section operation I.O. Fortuna, L.V. Mnih, A.V. Kozuhar, S.V. Derishov

Results of the spent researches testify that increase of concentration proinflammatory cytokines in a fabric bottom uterine segment at the time of delivery provides migration and activation endothelial cells, leukocytes and fibroblasts, and also increase of an expression of factors of the growth participating in regulation reparative of process and stimulating process neoangiogenesis. Hence, set of morphological and functional changes bottom uterine segment during urgent physiological sorts potentially provides more favorable conditions for the subsequent current of healing and neoangiogenesis in the field of a wound on a uterus and raises probability of formation of a «well-founded» hem. The received results are necessary for using by algorithm working out delivery women with a hem on a uterus.

Key words: a hem on uterus, cytokine status.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Васильченко О.Н. Влияет ли количество кесаревых сечений в анамнезе на течение последующей беременности, операции и послеоперационного периода? // «Мать и дитя»: материалы X Регионального форума (20–22 марта, 2007 г.). – Казань, 2017. – С. 35–36.
2. Горбачева А.В. Повторное кесарево сечение // «Мать и дитя»: материалы XII Российского Форума (11–14 окт. 2015 г.). – М., 2015. – С. 52–53.
3. Комиссарова Л.М. Особенности течения беременности, операции и послеоперационного периода у женщин с кесаревым сечением в анамнезе // Акушерство и гинекология. – 2017. – № 1. – С. 20–22.
4. Милованов А.П. Диагностика состояния рубца на матке у беременных, перенесших кесарево сечение // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 1. – С. 40–44.
5. Чернуха Е.А. Вопрос диагностики состояния рубца на матке у беременных с кесаревым сечением в анамнезе не решен // «Репродуктивное здоровье семьи»: материалы II международного конгресса по репродуктивной медицине. – М., 2008. – С. 81–82.

Влияние различных форм вирусной инфекции на развитие плацентарной дисфункции

И.О. Фортунa, Л.В. Мних, А.В. Кожухарь, С.В. Деришов

Одесский национальный медицинский университет

В результате проведенных исследований установлено, что герпетическая инфекция играет существенную роль в развитии плацентарной дисфункции. При родоразрешении это проявляется высокой частотой асфиксии новорожденных и макроскопическими признаками внутриутробного инфицирования. Период постнатальной адаптации характеризуется существенным уровнем воспалительных заболеваний герпетической этиологии. В сравнительном аспекте в формировании перинатальной патологии наиболее неблагоприятной формой герпетической инфекции является рецидивирующая с клиническими проявлениями еще до беременности. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости поиска новых диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у женщин этой группы.

Ключевые слова: вирусная инфекция, состояние новорожденных.

В настоящее время охрана здоровья матери и ребенка является основной задачей современного акушерства. По данным современной литературы [1–3], одной из наиболее частых причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности является интраамниальная инфекция, в частности, различные формы герпетической инфекции.

Известно, что первичная герпесвирусная инфекция приводит к самопроизвольному прерыванию беременности в ранние сроки, возникновению аномалий развития у плода, а после 20 нед беременности является одной из основных причин преждевременных родов и плацентарной дисфункции. Несмотря на значительное число научных сообщений в современной литературе по проблеме герпетической инфекции в акушерстве и перинатологии, нельзя считать все вопросы полностью решенными. Так, по нашему мнению, одним из наиболее нерешенных научных задач в данном направлении является влияние различных форм герпетической инфекции на развитие плацентарной дисфункции и перинатальной патологии.

Цель исследования: изучение роли латентной и рецидивирующей герпетической инфекции в развитии плацентарной и перинатальной патологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Клинические исследования были проведены у беременных, разделенных на три группы:

- 1-я группа – 30 беременных с латентной формой герпетической инфекции;

- 2-я группа – 30 беременных с рецидивирующей формой герпетической инфекции;
- 3-я группа – 30 акушерски и соматически здоровых первородящих (контрольная группа).

Наблюдения за женщинами осуществляли в динамике беременности, начиная с 16–17 нед. и до родоразрешения с интервалом в 2–3 нед. При выполнении работы каждой пациентке проводилось общепринятое клиническое обследование, которое включает общий анализ крови, мочи, биохимическое исследование крови, бактериологическое и бактериоскопическое исследование содержимого влагалища и цервикального, определение антител М и G к вирусу простого герпеса серотипов в сыворотке крови непрямым иммуноферментным методом [3]. Наличие плацентарной дисфункции и состояние плода оценивали по показателям биофизического профиля плода, кардиотокографии, ультразвуковой фето- и плацентометрии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Изучение особенностей течения беременности у пациенток с герпетической инфекцией позволило установить, что генитальный герпес редко проявляется в виде «моноинфекции». Острые и хронические очаги экстрагенитальной инфекции преобладали у 43,3% беременных с латентной формой и у 73,3% – с рецидивирующей. Сопутствующее бактериальное поражение нижних отделов половых путей, вызванное условно-патогенной и дрожжеподобной микрофлорой наблюдалось у 83,3% обследованных, причем с одинаковой частотой при обеих формах герпетической инфекции.

Основными осложнениями у пациенток с герпетической инфекцией являются угроза прерывания беременности, плацентарная дисфункция и дистресс плода, а в родах – преждевременный разрыв плодных оболочек и аномалии родовой деятельности. Наиболее высокой была частота угрозы прерывания беременности при рецидивирующей форме герпетической инфекции (73,3%).

Основными клиническими проявлениями плацентарной дисфункции у женщин 1-й и 2-й групп являются появление угрозы прерывания беременности в ранние сроки с латентным течением, что позволило предположить наличие так называемого «напряжения» компенсаторно-приспособительных реакций. Для подтверждения этого предположения нами проанализированы не прямые признаки морфологических изменений в плаценте путем определения толщины и степени зрелости плаценты. При этом установлено, что толщина плаценты по данным УЗИ у беременных с рецидивирующей герпетической инфекцией была достоверно большей по сравнению с латентной уже при сроке 17–21 нед ($p < 0,05$), что сохранялось до момента родоразрешения. Выявлено и более раннее созревание плаценты у пациенток с рецидивирующим герпесом по сравнению с латентным.

Для рецидивирующей герпетической инфекции характерно раннее появление компенсаторно-приспособительных реакций в плаценте, что обеспечивает рост плода несмотря на наличие инфекции. Чрезмерная стимуляция компенсаторно-приспособительных механизмов в результате повторного или длительного влияния инфекционного агента приводит к преждевременному старению плаценты и нарушению функционального состояния плода в виде дистресса плода. Недоста-

точность компенсаторно-приспособительных механизмов, основным проявлением которой является задержка внутриутробного развития плода и декомпенсированная гипоксия характеризуется низкой оценкой биофизического профиля плода.

Наиболее специфическим диагностическим критерием неблагоприятных перинатальных исходов является маловодие, которое преобладало на фоне рецидивирующей герпетической инфекции.

Изучение перинатальных исходов позволило установить, что у женщин с латентной формой большинство детей (90,0%) родились с оценкой по шкале Апгар 7–8 баллов, а в состоянии средне-тяжелой асфиксии – только 10,0%. По сравнению с этим, во 2-й группе эти показатели составили соответственно 56,7% и 43,3% соответственно.

В структуре заболеваемости новорожденных от матерей с латентной формой герпетической инфекции преобладали поражения центральной нервной системы гипоксического и смешанного генеза. Развитие этих осложнений безусловно связано с хронической кислородной недостаточностью плода вследствие нарушений функции фетоплацентарной системы, что приводит к изменениям метаболизма, гемодинамики и микроциркуляции при рождении. Генерализация процесса в виде сепсиса у новорожденных имела место в 3,3% случаев при сочетании нескольких факторов риска (массивное бактериальное обсеменение цервикального канала и длительный безводный период).

В группе пациенток с рецидивирующей формой герпетической инфекции в структуре заболеваемости новорожденных на первый план вышла внутриутробная инфекция, диагностированная у 33,3% детей, а также синдром дыхательных расстройств (23,3%), обусловленный повреждением сурфактанта легких или нарушением его созревания.

Клинические проявления внутриутробного инфицирования у новорожденных от матерей с рецидивирующей герпетической инфекцией были самые разнообразные: от локальных кожных высыпаний в виде пиодермии и везикулопустулеза до внутриутробной бактериальной пневмонии и поражения центральной нервной системы. Это подтверждает тот факт, что герпетическая инфекция не только поражает плод, но и является благоприятным фоном для бактериальной инфекции.

Наиболее тяжелые формы внутриутробной герпетической инфекции диагностированы у детей от матерей с тяжелым течением генитального герпеса на фоне частых рецидивов. У этих пациенток каждый второй ребенок рождался с внутриутробной герпетической инфекцией и патологией центральной нервной системы. Во всех случаях внутриутробного инфицирования рецидивы генитального герпеса у матерей регистрировались после 32 нед беременности, а клинические проявления врожденной инфекции появлялись в течение первых трех дней после рождения.

Перинатальная патология центральной нервной системы гипоксического генеза и задержка внутриутробного развития плода встречались в два раза чаще, чем при латентной форме генитального герпеса и в большинстве случаев сочетались с синдромом дыхательных расстройств.

ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, герпетическая инфекция играет существенную роль в развитии плацентарной дисфункции.

При родоразрешении это проявляется высокой частотой асфиксии новорожденных и макроскопическими признаками внутриутробного инфицирования. Период постнатальной адаптации характеризуется существенным уровнем воспалительных заболеваний герпетической этиологии. В сравнительном аспекте в формировании перинатальной патологии наиболее неблагоприятной формой герпетической инфекции является рецидивирующая с клиническими проявлениями еще до беременности. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости поиска новых диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у женщин этой группы.

Вплив різних форм вірусної інфекції на розвиток плацентарної дисфункції

І.О. Фортунa, Л.В. Мніх, А.В. Кожухарь, С.В. Дерішов

У результаті проведених досліджень встановлено, що герпетична інфекція відіграє істотну роль в розвитку плацентарної дисфункції. При розродженні це виявляється високою частотою асфіксії новонароджених і макроскопічними ознаками внутрішньоутробного інфікування. Період постнатальної адаптації характеризується істотним рівнем запальних захворювань герпетичної етіології. У порівняльному аспекті у формуванні перинатальної патології найменш сприятливою формою герпетичної інфекції є рецидивуюча з клінічними проявами ще до вагітності. Отримані результати свідчать про необхідність пошуку нових діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у жінок цієї групи.

Ключові слова: вірусна інфекція, стан новонароджених.

Influence of various forms of a virus infection on development of placental dysfunction

I.O. Fortuna, L.V. Mnih, A.V. Kozuhar, S.V. Derishov

As a result of the lead researches it is established, that herpesvirus the infection plays an essential role in development placental dysfunction. At deliveries it is shown by high frequency asphyxia newborns and macroscopical attributes intra-uterine infection. The period postnatal adaptations is characterized by an essential level of inflammatory diseases herpesvirus etiology. In comparative aspect in formation perinatal pathologies the most adverse form herpesvirus infections is recedive and clinical displays up to pregnancy. The received results testify to necessity of search of new diagnostic and treatment-and-prophylactic actions at women of this group.

Key words: a virus infection, a condition of newborns.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Зуева Э.А., Волкова Н.Н. Применение низкоинтенсивного лазерного излучения в комплексном лечении рецидивирующей ВПГ-инфекции у беременных // Вестник акушера-гинеколога. – 2015. – № 4. – С. 26–29.
2. Маркін Л.Б., Луцки Б.Д., Попович А.І. Хронічні інфекції в акушерстві та гінекології // Зб. наук. праць пленуму Асоціації акушерів-гінекологів України. – Ялта. – 2010. – С. 336–338.
3. Zueva E. Antenatal Diagnostics of Intrauterine Infection of the Fetus in Pregnant with HSA Infection // International Society for Immun.Reprod.Washington, 2015. – P. 121–123.

Особливості репродуктивного здоров'я жінок з обтяженим анамнезом

К.В. Ходорчук

Одеський національний медичний університет

Результати проведених досліджень свідчать про наявність особливостей структури, термінів і механізму переривання вагітності, змін медико-соціального портрета і стану репродуктивного здоров'я пацієнток, страждаючих невиношуванням вагітності. У механізмі мимовільного переривання вагітності переважає інфекційно-запальний генез. Достовірно зменшилася частка пацієнток раннього і пізнього репродуктивного віку, що зайняті на промисловому виробництві і вчать, збільшилася кількість домогосподарок, жінок, що мають сексуальний дебют до 18 років, хронічні запальні захворювання статевих органів, генітальну мікоплазменну і герпетичну інфекцію, пухлиноподібні утворення яєчників.

Реалізації мимовільного абортів сприяють наступні чинники: соціальні – не комфортні житлові умови, низький рівень доходу сім'ї; виробничі – виробничі шкідливості, переважно психоемоційна напруженість у процесі повсякденної трудової діяльності; дія продуктів промислового виробництва; невиконання рекомендацій лікаря унаслідок фінансового неблагополуччя або недостатньої компетентності цих рекомендацій. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: мимовільний аборт, медико-соціальні аспекти.

Проблема невиношування вагітності (НВ) продовжує зберігати свою актуальність і пріоритетність у сучасному акушерстві. Зумовлено це перш за все тим, що НВ є однією з головних складових репродуктивних втрат [1–6]. Так, від 15% до 25% усіх зареєстрованих вагітностей мимоволі уриваються, при цьому 5–20% припадає на частку звичного НВ, а 80% вагітностей уриваються до 12 тиж [3–6].

Останнім часом спостерігається зростання частоти мимовільних абортів (МА) [1–6]. Крім того, кожен епізод МА посилює наявні порушення репродуктивного здоров'я (РЗ) жінки [5, 6]. У той самий час збереження і відновлення РЗ населення – найважливіший напрямок державної політики в області поліпшення демографічної ситуації в країні. При цьому першим завданням залишається підвищення якості і доступності медичної допомоги жінкам і дітям.

Проблемі НВ присвячено багато фундаментальних досліджень [1–6]. Проте ціла низка запитань до цих пір залишається невирішеною. Так, недостатньо вивчені медико-соціальні і психологічні особливості РЗ жінок з МА в анамнезі, що і з'явилося **метою** наукового дослідження.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети для вивчення медико-соціальних чинників пацієнток, сприяючих реалізації мимовільних абортів (МА), використовували соціологічний метод у формі стандартизованого інтерв'ю. З метою визначення медико-соціальних і психологічних чинників, що сприяють втраті вагітності, проводили аналіз матеріалів анкетування 228 пацієнток з МА за допомогою спеціальних розроблених авторами стандартизованих анкет (1-а група). Для порівняння на питання анкет відповіли 132 жінки з вагітністю, що нормально протікала і закінчилася народженням живої доношеної дитини (2-а група).

Критерії виключення:

- пацієнтки з важкою екстрагенітальною патологією, що є протипоказанням для настання і пролонгації вагітності;
- пацієнтки, які мають вагітність після допоміжних репродуктивних технологій;
- пацієнти, які не дали інформованої згоди на участь у дослідженні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Клініко-статистичний аналіз історій хвороби жінок з мимовільним перериванням вагітності строком до 22 тиж, що спостерігалися в 1998–2000 рр. і 2008–2010 рр., виявив деякі особливості.

Середній вік пацієнток з НВ становить 27,96–28,85 року, достовірно рідше зустрічаються жінки раннього і пізнього репродуктивного віку. Зазнав зміни і соціальний статус пацієнток з НВ. Достовірно зменшилося число жінок, зайнятих на промисловому виробництві і такі, що вчать, достовірно збільшилася кількість домогосподарок, неістотно зросло число жінок, зайнятих приватною підприємницькою діяльністю. Дві третини пацієнток мають хронічну соматичну патологію, часто поєднану, структура якої за останніх 10 років не змінилася. Сьогодні в 1,4% досліджуваного контингенту зареєстрована ВІЛ-інфекція. Не дивлячись на деяке зменшення середнього віку менархе, у 9,4% пацієнток менструація починається пізніше 16 років, що достовірно частіше, ніж у минулому десятилітті ($p=0,050$).

Якщо в останньому десятилітті минулого століття кожна третя пацієнтка з НВ мала сексуальний дебют до 18 років і поза шлюбом, то сьогодні в такій ситуації знаходиться практично кожна друга. У подальшому кожна четверта пацієнтка з НВ має незареєстрований шлюб. Особливості статевої поведінки спричинює неухильне зростання гінекологічних захворювань. Сьогодні у 60,3% жінок з НВ мають хронічні захворювання в анамнезі, 70,4% – на перенесені ІПСШ. Достовірно збільшилася частота хронічних запальних захворювань статевих органів, генітальної мікоплазменної, ВПГ-1,2, ЦМВ-інфекції, пухлиноподібних утворень яєчників.

Намітилися позитивні тенденції щодо використання засобів контрацепції: сьогодні їх використовує кожна друга пацієнтка з НВ, тоді як 10 років тому – лише кожна четверта ($p=0,000$). При цьому сьогодні в 2 рази частіше пацієнтки віддають перевагу гормональній контрацепції, достовірно рідше застосовують внутрішньоматковий контрацептив, у 4 рази частіше використовують бар'єрні методи запобігання небажаної вагітності.

На сучасному етапі, не дивлячись на безперечне збільшення числа жінок, що використовують різні методи контрацепції, як і в попередньому десятилітті, кожна четверта пацієнтка з НВ перериває першу вагітність шляхом хірургічного абортів. У той самий час реєструють достовірне зниження частоти повторних хірургічних абортів. Існує тенденція до збільшення частоти мимовільного переривання першої вагітності, до зменшення частоти звичного НВ, достовірно рідше зустрічаються пацієнтки з трьома і більше МА. Мабуть, це пов'язано з вдосконаленням методів діагностики причин НВ, предгравідарної підготовки і планування подальшої вагітності. Частота МА після зданої первинної безплідності достовірно знизилася, вочевидь, за рахунок сучасних профілактичних і лікувальних заходів при настанні вагітності.

На сучасному етапі у 51,5% жінок МА відбувається на терміні 5–8 тиж, що достовірно частіше у порівнянні з попереднім періодом дослідження ($p=0,000$). Лише в 10,2% випадків спостерігаються пізні МА (у 2 рази рідше, ніж у попереднє десятиліття).

Сьогодні ми спостерігаємо зміну структури МА: достовірне збільшення частоти вагітності, що не розвивається, до 67,3% (проти 25,1% в попередній період дослідження, $p=0,007$), що, можливо, пов'язано з особливостями статевої поведінки пацієнток.

При патоморфологічному дослідженні абортного матеріалу в 98,9% реєструються запальні зміни хоріальної тканини, децидуальної оболонки, ендометрія, що достовірно частіше, ніж у попередньому десятилітті ($p=0,000$). Це свідчить, що в механізмі мимовільного переривання вагітності на сучасному етапі переважає інфекційно-запальний генез.

Проведене дослідження дозволило встановити, що реалізації МА сприяють наступні чинники:

1. Соціальні:
 - некомфортні житлові умови;
 - низький рівень доходу сім'ї;
2. Виробничі:
 - виробничі шкідливості, переважно, психоемоційна напруга у процесі повсякденної трудової діяльності;
 - дія продуктів промислового виробництва (загазованість, електромагнітне випромінювання, вібрація, радіаційний чинник)
3. Психологічні:
 - сильні переживання з приводу рядових конфліктних ситуацій в сім'ї;
 - зняття стресу шляхом табакокуріння;
 - необхідність денного сну.
4. Гігієнічні:
 - відсутність регулярного чотирьохразового харчування;
 - зневага гарячою їжею домашнього приготування;
 - низька фізична активність і табакокуріння до настання даної вагітності;
 - байдуже відношення до куріння чоловіка і колег по роботі.
5. Медичні:
 - незапланована вагітність, відсутність предгравідарної підготовки;
 - невиконання рекомендацій лікаря унаслідок фінансового неблагополуччя або недостатньої комплаєнтності цих рекомендацій.

Аналіз матеріалів анкетування свідчить, що жінки, що перенесли МА, мають психосоціальні особливості. Вони достовірно частіше відзначають загальну слабкість, зниження працездатності, поганий настрій ($p=0,000$), відчуття втрати сили ($p=0,003$) і змучені ($p=0,000$), тривогу за своє здоров'я ($p=0,045$), потребу в спілкуванні з лікарем ($p=0,006$), ніж пацієнтки з вагітністю, що нормально перебігає. Жінки з НВ значно рідше відчувають себе бадьорими і повними сил. Усе наведене вище різко обмежує їх звичний круг спілкування ($p=0,038$).

При порівнянні показників у жінок з вагітністю, що одноразово урвалася, і зі звичним НВ, виявлені наступні особливості. Пацієнток з декількома викиднями в анамнезі більшою мірою непокоять загальна слабкість, швидка стомлюваність, зниження працездатності ($p=0,042$) і настрою, ослаблення пам'яті ($p=0,014$), відчуття змученості. У даній категорії жінок достовірно частіше виникають сварки з друзями і чоловіком ($p=0,024$), вище оцінюється потреба у спілкуванні з лікарем. Звертає на себе увагу низький показник фізичної активності цих пацієнток, виражені труднощі при виконанні звичної роботи ($p=0,045$), що значно обтяжує цих жінок. Спостерігається зниження професійних можливостей ($p=0,050$), при цьому частина опитаних свідчить про необхідність професійного перепрофілювання.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про наявність особливостей структури, термінів і механізму переривання вагітності, змін медико-соціального портрета і стану репродуктивного здоров'я пацієнток з невиношуванням вагітності. У структурі мимовільних абортів спостерігається достовірне збільшення частки вагітності, що не розвивається, викиднів на термінах 5–8 тиж і зменшення частоти пізніх викиднів. Існує тенденція до збільшення частоти мимовільного переривання першої вагітності, до зменшення частоти звичного невиношування вагітності, достовірно рідше зустрічаються пацієнтки з трьома і більше викиднями, а також з мимовільним абортів після подолання первинної безплідності. У механізмі мимовільного переривання вагітності переважає інфекційно-запальний генез.

Достовірно зменшилася частка пацієнток раннього і пізнього репродуктивного віку, які зайняті на промисловому виробництві і вчать, збільшилася кількість домогосподарок, жінок, що мають сексуальний дебют до 18 років, хронічні запальні захворювання статевих органів, генітальну мікоплазменну і герпетичну інфекцію, пухлиноподібні утворення яєчників. Достовірно частіше пацієнтки використовують контрацепцію, рідше удаються до повторних хірургічних абортів.

Реалізації мимовільного абортів сприяють наступні чинники: соціальні – некомфортні житлові умови; низький рівень доходу сім'ї; виробничі – виробничі шкідливості, переважно психоемоційне напруження у процесі повсякденної трудової діяльності; дія продуктів промислового виробництва (загазованість, електромагнітне випромінювання, вібрація, радіаційний чинник); психологічні – сильні переживання з приводу рядових конфліктних ситуацій в сім'ї; зняття стресу шляхом табакокуріння, необхідність денного сну; гігієнічні – відсутність

регулярного чотирьохразового харчування; зневага гарячою їжею домашнього приготування; низька фізична активність і табакокуріння до настання даної вагітності; байдуже відношення до куріння чоловіка і колег по роботі; медичні – незапланована вагітність, відсутність предгравідарної підготовки; невиконання рекомендацій лікаря унаслідок фінансового неблагополуччя або недостатньої компетентності цих рекомендацій.

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

Особенности репродуктивного здоровья женщин с отягощенным анамнезом **К.В. Ходорчук**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о наличии особенностей структуры, сроков и механизма прерывания беременности, изменений медико-социального портрета и состояния репродуктивного здоровья пациенток, страдающих невынашиванием беременности. В механизме самопроизвольного прерывания беременности преобладает инфекционно-воспалительный генез. Достоверно уменьшилась доля пациенток раннего и позднего репродуктивного возраста, занятых на промышленном производстве и учащих, увеличилось количество домохозяек, женщин, имеющих сексуальный дебют до 18 лет, хронические воспалительные заболевания половых органов, генитальную микоплазменную и герпетическую инфекцию, опухолевидные образования яичников.

Реализации самопроизвольного аборта способствуют следующие факторы: социальные – некомфортные жилищные условия; низкий уровень дохода семьи; производственные – производственные вредности, преимущественно психоэмоциональное напряжение в процессе повседневной трудовой деятельности; воздействие продуктов промышленного производства; невыполнение рекомендаций врача вследствие финансового неблагополучия или недостаточной компетентности этих рекомендаций. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: самопроизвольный аборт, медико-социальные аспекты.

Features of reproductive health of women with burdened anamnesis **K.V. Hodorchuk**

Results of the spent researches testify to presence of features of structure, terms and the mechanism of interruption of pregnancy, changes of medical-social portrait and a condition of reproductive health of the patients suffering incompetent of pregnancy. In the mechanism of spontaneous interruption of pregnancy prevails infectious-inflammatory genesis. The share of patients of the early and late reproductive age occupied on industrial production and pupils has authentically decreased, the quantity of housewives, the women having a sexual debut till 18 years, chronic inflammatory diseases of genitals, genital micoplasma and virus-herpes infection, tumors formations of ovariums has increased.

Realisations of spontaneous abortion promote following factors: social – not comfortable living conditions; low level of the income of a family; Industrial – industrial harm, mainly

a psychoemotional pressure in the course of daily labour activity; influence of products of industrial production; default of recommendations of the doctor owing to financial trouble or insufficient competence of these recommendations. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: spontaneous abortion, medical-social aspects.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Пестрикова Т.Ю. Перинатальные потери. Резервы снижения / Т.Ю. Пестрикова. – М.: Литтерра, 2008. – 208 с.
2. Подзолкова Н.М. Клинические и патогенетические аспекты неразвивающейся беременности / Н.М. Подзолкова, В.Г. Истратов, Т.В. Золотухина и др. // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2009. – № 2. – С. 40–44.
3. Радзинский В.Е. Аборт – проблема национальной безопасности страны. Охрана репродуктивного здоровья – будущее России / В.Е. Радзинский, М.Б. Хамошина, М.Г. Лебедева, И.А. Чакчурина // Материалы Всероссийской конференции с международным участием, посвященные 10-летию кафедры акушерства и гинекологии мед. факультета Белгородского гос. университета. – Белгород, 2010. – С. 165–167.
4. Радзинский В.Е. Неразвивающаяся беременность / В.Е. Радзинский, В.И. Димитрова, И.Ю. Майскова. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2009. – 196 с.
5. Радзинский В.Е. Прогнозы лечения невынашивания беременности в первом триместре прогестагенами / В.Е. Радзинский, Е.Ю. Запертова, А.В. Миронов // Гинекология. – 2016. – Т. 8, № 4. – С. 35–37.
6. Радзинский В.Е. Реабилитация репродуктивного здоровья после хирургического аборта / В.Е. Радзинский, С.М. Семятов // Гинекология. – 2016. – Т. 8, № 1. – С. 5–9.

Особенности гормональной дисфункции у женщин, перенесших различные методы прерывания беременности в I триместре

С.Н. Бакшеев

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что проведение медикаментозного аборта наименее угнетает функциональную активность яичников, но приводит к повышению активности надпочечников через 1 и 6 мес. Вакуум-аспирация и искусственный аборт отчетливо уменьшают резерв яичников в течение 6 мес наблюдения, о чем свидетельствует снижение продукции эстрадиола и ингибина-В. Проведенный анализ динамики кровотока в сосудах матки и придатков показал, что в целом прерывание беременности в I триместре не оказало существенного влияния на гемодинамику. Вместе с тем установлена коррелятивная зависимость между методикой прерывания беременности и развитием патологии органов малого таза. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма реабилитационных мероприятий у женщин, прерывающих беременность в I триместре.

Ключевые слова: прерывание беременности, гормональная дисфункция.

Одним из главных факторов, негативно влияющих на репродуктивный потенциал женщины, является искусственное прерывание беременности [1, 2]. Проблема абортов, несмотря на установившуюся тенденцию к снижению их числа, по-прежнему требует решения в силу того, что является ведущей причиной материнской смертности, воспалительных заболеваний половых органов, бесплодия, невынашивания беременности и перинатальной патологии [1, 2].

Если учесть, что большая часть наступивших ежегодно беременностей заканчивается искусственными абортами [1, 2], что половина всех прерываний беременности приходится на женщин в оптимальный репродуктивный период – 20–29 лет [1, 2] и более 50% абортов влекут за собой ранние или поздние осложнения, то существует реальная угроза потери здоровья будущего населения страны.

Вместе с тем, несмотря на многочисленные исследования посвященные безопасности абортов, роль последних в генезе осложнений последующих беременностей и родов еще недостаточно изучена, и многие вопросы продолжают оставаться дискуссионными [1, 2].

Цель исследования: изучение функционального состояния яичников у женщин, перенесших различные виды аборта в I триместре беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для оценки влияния прерывания беременности в I триместре на состояние репродуктивного здоровья женщины был проведен ретроспективный анализ архивного материала. При этом проанализирована 1551 история болезни и амбулаторная карта, из них 523 женщины, которые имели в анамнезе искусственный аборт (АА), 723 – вакуум-аспирацию (ВА) и 305 – медикаментозный аборт (МА) с применением различных препаратов.

Для оценивания функционального состояния яичников были использованы эхографические, доплерометрические и эндокринологические методы исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Изучение документов 523 женщин с АА в анамнезе показало, что все женщины: в прошлом имели искусственное прерывание беременности: 35,7% – 1 аборт; 47,8% – до 3 абортов; 16,5% – от 4 до 13 абортов; роды были в анамнезе у 68,2% пациенток. Подобное соотношение родов и абортов было типичным для всех изучаемых женщин.

Сравнивая частоту ранних и поздних осложнений после различных видов аборта можно заключить, что каждый вид аборта имеет свои особенности.

Так, по суммарной частоте осложнений лидировала группа МА (13,3%), после которого в 8,8% случаях зарегистрирована ЗЧПЯ, 2% – после АА и 1,1% – после ВА. Гематома выявлена у 2,7% женщин после МА, что в 4,5 раза чаще, чем после АА и в 2,5 раза чаще, чем после ВА.

При анализе поздних осложнений установлено, что воспаление матки и придатков наблюдали у 12,8% женщин после АА против 2,4% и 3,2% после ВА и МА соответственно, нарушение менструального цикла отмечено у 6,3% пациенток после АА, а после ВА и МА – в 0,3% и 0,8% случаев соответственно. Полипы эндометрия выявлены чаще после МА – 2,0%, тогда как после АА – 0,4%, после ВА – 0,5%.

Оценка функционального состояния яичников проведена через 1 и 6 мес после аборта. Исследование проводили до назначения комбинированных контрацептивов и не менее 1 мес спустя после их отмены.

Проведенный анализ показал, что исходно значения эстрадиола у женщин всех групп достоверно не отличались от здоровых. При исследовании через 6 мес после ВА и АА цифры эстрадиола были снижены в 1,7 и 2,2 раза по сравнению с группой контроля и составили $45,6 \pm 12,4$ нмоль/л и $36,9 \pm 12,6$ нмоль/л соответственно ($p < 0,05$).

При детальном анализе было установлено, что уровень эстрадиола через 1 мес после МА был снижен у 67,5% женщин этой группы и оставался низким у 27,5% пациенток через 6 мес после МА. В группе пациенток, перенесших ВА, низкие значения эстрадиола отмечены у 35,2% женщин, через 6 мес эта цифра составила 65,5%. Через 1 мес после АА эстрадиол снизился у 17,5% с увеличением этой цифры до 67,5% при повторном исследовании через 6 мес.

Важным показателем функциональной активности яичников является уровень тестостерона. Показатели тестостерона через 1 мес после аборта свидетельствовали о его значительном снижении в группе женщин после МА ($p<0,05$), но к 6-у месяцу наблюдения тестостерон соответствовал показателю здоровых женщин. Повышенные значения тестостерона через 1 мес после прерывания беременности выявлены у 10,2% пациенток после ВА, и в среднем его значения от группы здоровых не отличались, тогда как спустя 6 мес средний уровень тестостерона достоверно снизился ($p<0,05$). После АА уровень тестостерона на всем протяжении наблюдения оставался стабильным и достоверных различий с группой здоровых женщин не установлено ($p>0,05$).

Нарушение продукции андрогенов было зафиксировано у женщин по уровню дегидроэпандростеронсульфата (ДГЭА-с). В этом плане МА оказался более неблагоприятным, чем остальные виды аборта. В среднем достоверно высокий уровень ДГЭА-с отмечен через 1 и 6 мес после МА ($p<0,01$), тогда как инструментальные методы прерывания беременности ни в одном случае не привели к подобным результатам. Индивидуальный анализ позволил оценить степень и частоту повышения ДГЭА-с. В результате МА цифры ДГЭА-с превышающие норму в 2–2,5 раза оказались у 25,2% женщин через 1 мес и у 55,5% – через 6 мес, что и определило повышение средних значений в целом по группе.

Прерывание беременности медикаментозным путем привело к снижению уровня ингибина-В в сыворотке крови у 40,2% и у 22,5% женщин через 1 и 6 мес соответственно. В среднем достоверной разницы значений по сравнению со здоровыми не выявлено, что позволяет только констатировать тенденцию к снижению уровня гормона. В результате ВА и АА спустя 1 мес отмечено снижение ингибина-В у одинакового количества женщин – 67,5%, а через 6 мес нормализации показателя не произошло, в среднем он остался сниженным как после ВА, так и АА.

Обращает внимание, что нормализация показателей стероидных гормонов происходила уже через 2 мес применения комбинированных оральных контрацептивов (КОК) и только к 6-у месяцу наблюдения у женщин, не использующих КОК.

Следовательно, МА наименее угнетает функциональную активность яичников, но приводит к повышению активности надпочечников, увеличивая продукцию ДГЭА-с у 25,2% через 1 мес и у 55,5% женщин через 6 мес послеабортного периода. ВА и АА отчетливо уменьшают резерв яичников на протяжении 6 мес наблюдения, о чем свидетельствует снижение продукции эстрадиола у 65,2% и 67,5%, а также и ингибина-В у 42,5% женщин.

При оценке исследования кровотока в маточных и спиральных артериях женщин всех групп не выявило достоверного повышения индекса резистентности по сравнению со здоровыми. Показатели индекса резистентности (RI) в маточных артериях через 1 и 6 мес после аборта во всех группах находились в пределах нормальных значений и изменялись незначительно, например, после МА – от $0,85\pm 0,03$ до $0,79\pm 0,05$, ВА и АА – от $0,79\pm 0,02$ до $0,88\pm 0,04$ и от $0,76\pm 0,02$ до $0,85\pm 0,05$ соответственно.

Анализ показал, что RI яичниковых артерий после МА в два и более раза превышающий значения здоровых наблюдался у 10,2% женщин этой группы, что способствовало увеличению средней в целом ($0,93\pm 0,04$) и отличало от значений груп-

пы сравнения ($p<0,001$). Спустя 6 мес после аборта цифры RI у всех женщин после МА соответствовали значениям здоровых. После ВА показатель RI яичниковых артерий был аналогичен группе сравнения, и в среднем составил $0,65\pm 0,02$. Исследование кровотока в яичниковых артериях через 6 мес после ВА свидетельствовало о достоверном повышении RI до $0,81\pm 0,04$ по сравнению со здоровыми ($0,67\pm 0,04$; $p<0,05$). Детальный анализ показал, что после ВА у 37,5% пациенток зарегистрированы цифры RI в 1,2 раза превышающие значения здоровых. После АА, RI оставался стабильным $0,77\pm 0,11$ и $0,75\pm 0,05$ на всех этапах наблюдения.

Итак, проведенный анализ динамики кровотока в сосудах матки и придатков показал, что в целом прерывание беременности в I триместре не оказало существенного влияния на гемодинамику.

При измерении объемов матки было установлено, что любой вид аборта сопровождался достоверным увеличением объема матки на протяжении 1 мес в 1,6 раза по сравнению со здоровыми женщинами. Наибольший объем матки имели женщины после АА.

Через 6 мес наблюдения объем матки женщин после МА и ВА соответствовали нормальным показателям, тогда как АА сопровождался достоверным увеличением объема матки по сравнению со здоровыми ($p<0,05$). Детальный анализ показал, что в группе АА у 30,3% пациенток объем матки в 1,7 раза превышал показатели здоровых.

За весь период наблюдения не отмечено каких-либо отклонений в объеме яичников у женщин после МА и АА. Использование ВА привело к уменьшению объема яичников спустя 6 мес у 40,0% женщин. В среднем яичники объемом $6,08\pm 1,38$ см³ после ВА спустя 6 мес, достоверно отличались от $10,02\pm 0,75$ у здоровых женщин.

Математический анализ выявил достоверную корреляционную связь после АА между объемом матки и развитием аденомиоза ($x=0,17$; $p<0,05$) а также хронического эндометрита ($r=0,23$; $p<0,01$). Наблюдалась корреляция между объемом яичников и RI яичниковых артерий ($r=0,86$; $p<0,001$), эстрадиолом, тестостероном, ДГЭА-с ($r=0,45$; $p<0,001$) и ингибином-В ($r=0,48$; $p<0,001$). Аналогичные связи были выявлены и после ВА.

После МА выявлены корреляции между объемом матки и хроническим эндометритом ($r=0,81$; $p<0,05$), аденомиозом ($r=0,9$; $p<0,01$) и хроническим сальпинго-офоритом ($r=0,84$, $p<0,01$), воспалительными заболеваниями нижних отделов половых путей ($r=0,81$; $p<0,05$), что подтверждает роль инструментального вида аборта в развитии этих осложнений.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что проведение медикаментозного аборта наименее угнетает функциональную активность яичников, но приводит к повышению активности надпочечников через 1 и 6 мес. Вакуум-аспирация и искусственный аборт отчетливо уменьшают резерв яичников на протяжении 6 мес наблюдения, о чем свидетельствует снижение продукции эстрадиола и ингибина-В. Проведенный анализ динамики кровотока в сосудах матки и придатков показал, что в целом прерывание беременности в I триместре не оказало существенного влияния на гемодинамику. Вместе с тем установлена коррелятивная

зависимость между методикой прерывания беременности и развитием патологии органов малого таза. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма реабилитационных мероприятий у женщин, прерывающих беременность в I триместре.

Особенности гормональной дисфункции у женщин, что перенесли різні методи переривання вагітності у I триместрі
С.М. Бакшеев

Результати проведених досліджень свідчать, що проведення медикаментозного аборту найменш пригнічує функціональну активність яєчників, але призводить до підвищення активності надниркових залоз через 1 і 6 міс. Вакуум-аспірація і артіфіційний аборт виражено зменшують резерв яєчників протягом 6 міс спостереження, про що свідчить зниження продукції естрадіолу і інгібіну-В. Проведений аналіз динаміки кровотоку в судинах матки і придатків показав, що в цілому переривання вагітності в I триместрі істотно не вплинуло на гемоциркуляцію. У той самий час вставлена корелятивна залежність між методикою переривання вагітності і розвитком патології органів малого таза. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму реабілітаційних заходів у жінок, що переривають вагітність у I триместрі.

Ключові слова: переривання вагітності, гормональна дисфункція.

Features of hormonal dysfunction at the women who have transferred various methods of interruption of pregnancy in the first trimester
S.N. Baksheev

Results of the spent researches testify that carrying out of medicamentous abortion least oppresses functional activity of ovariums, but leads to increase of activity of adrenal glands in 1 and 6 months. Vacuum aspiration and artificial abortion distinctly reduce a reserve of ovariums throughout 6 months, supervision to what production decrease of estradiol testifies and ingibina-B the carried out analysis of dynamics of a blood-groove in vessels of a uterus and appendages has shown that, as a whole, pregnancy interruption in the first trimester has not rendered essential influence on haemocirculation. At the same time, correlative dependence between a technique of interruption of pregnancy and development of a pathology of bodies of a small basin is filled. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of rehabilitation actions at the women interrupting pregnancy in 1 trimester.

Key words: pregnancy interruption, hormonal dysfunction.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гатина Г.А. Воздействие искусственного прерывания беременности в I триместре на нейроэндокринную систему женщины / Г.А. Гатина, А.Р. Махмудова, Д.М. Магомедханова // Мать и дитя: матер. I регионально-го науч. форума. – Казань, 2014. – С. 223 – 224.
2. Глуховец Б.И. Искусственное бесплодие современных женщин (медицинские и социальные аспекты) / Б.И. Глуховец, Н.Г. Глуховец, Е.И. Новикова // Мать и дитя: матер. I регионального науч. форума. – Казань, 2014. – С. 224–225.

УДК 618.15-002-022.1-097:612.112.3

Роль системного і місцевого фагоцитозу в діагностиці та лікуванні інфекційно-запальних захворювань піхви

В.В. Децик

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

Результати проведених досліджень свідчать про істотну роль системного і місцевого фагоцитозу під час оцінювання стану чинників захисту у пацієнток з інфекційно-запальними захворюваннями піхви. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: інфекційно-запальні захворювання піхви, системний і місцевий фагоцитоз.

Багаточисельними дослідженнями останніх років доведено, що інфекційно-запальні процеси, зокрема у піхві, беруть участь в розвитку акушерсько-гінекологічної патології, що визначає не лише здоров'я матері, але і плода [1–6]. У клініці захворювань просліджуються дві тенденції: по-перше, невідповідність тяжкості зовнішніх проявів і рівня патологічних, по-друге, невисока ефективність проведеного лікування, що зумовлює фульмінантний перебіг з летальним результатом або до хронізації процесів [1–6].

Етіологічна структура збудників інфекційних процесів в останнє десятиліття істотно змінилася, що пов'язане з постійною еволюцією бактерій і залученням до патологічних процесів умовно-патогенних мікроорганізмів [2, 3]. У зв'язку з подвійною природою останніх – умовно-патогенні мікроорганізми (УПМ) як комменсали присутні у складі нормальної мікрофлори здорових людей, а також реєструються як етіопатогени при різних місцевих і генералізованих процесах – у клініцистів іноді виникають складнощі під час оцінювання результатів обстеження, визначенні доцільності лікування, що призначається, і виборі лікарських препаратів [4, 5].

У діагностиці неспецифічних інфекцій до останнього часу вирішальне значення при визначенні етіологічної значущості надавалося чисельності виявлених мікроорганізмів в ураженому органі, а в разі мікст-інфекції – встановленню кількісних співвідношень між асоціантами. Проте багатьма дослідниками [1–6] у подібних ситуаціях істотним є визначення у виділених культур чинників патогенності. Цінність цього критерію підвищується при виявленні не одного, а декількох

чинників вірулентності, і особливо в патогенетично значущій дозі і рівні активності. Рішення питання про етіологічну роль УПМ в осередку ураження полегшується при з'ясуванні у відповідь реакції макроорганізму в зоні первинної колонізації, оскільки ступінь реактивності і динамічні зміни показників локальних чинників неспецифічного захисту в істотній мірі відображають «поведінку» умовного патогену як коменсала або збудника інфекційного процесу. Комплексний підхід, що враховує як біологічні особливості УПМ, так і специфіку локальної у відповідь реакції макроорганізму, розроблення нових інформативних і доступних для практики критеріїв, що дозволяють визначити роль ізольованих штамів у патологічному процесі при неспецифічних інфекційних захворюваннях піхви (НІЗВ), представляється актуальною і насущною проблемою.

Не дивлячись на значне число наукових досліджень з проблеми НІЗВ не можна вважати всі питання повністю вирішеними, особливо в аспекті змін системного і місцевого фагоцитозу при даній патології.

Мета дослідження: вивчення особливостей системного і місцевого фагоцитозу при НІЗВ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для детального аналізу інфекційних захворювань репродуктивної сфери була розроблена власна карта обліку, в якій виділені змішані форми інфекції різної етіології (вірусно-бактеріальні, бактеріально-грибкові тощо).

Після оформлення згоди на медичне втручання і відповідно до критеріїв включення і виключення були сформовані відповідні групи.

Критерії включення:

- вік обстежуваних – від 20 до 45 років;
- скарги на патологічні виділення із статевих шляхів;
- встановлення діагнозу вульвовагінального кандидозу (ВВК), бактеріального вагінозу (БВ), неспецифічного вульвовагініту (НВВ) або змішаних бактеріально-грибкових або аеробно-анаеробних бактеріальних інфекцій піхви;
- пацієнтки, обстежені особисто автором статті.

Критерії виключення:

- вживання гормональної або внутрішньоматкової контрацепції;
- наявність ектопії шийки матки, гострого або загострення хронічного екстрагенітального або гінекологічного захворювання;
- позитивний тест на ВІЛ, сифіліс;
- позитивні тести на *M. genitalium*, *C. trachomatis*, вірус папіломи людини (ВПЛ), вірус простого герпесу (ВПГ), цитомегаловірус (ЦМВ), *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*.

У результаті було виділено 9 профільних груп:

- I група – умовно здорові (42 жінки);
- II група – кандидозостійство (45 жінок);
- III група – бактеріальний вагіноз (112 жінок);
- IV група – неспецифічний вульвовагініт (107 жінок);
- V група – гострий вульвовагінальний кандидоз (61 жінка);
- VI група – хронічний вульвовагінальний кандидоз (76 жінок);

- VII група – бактеріальний вагіноз + кандидозна інфекція (71 жінка);
- VIII група – неспецифічний вульвовагініт + кандидозна інфекція (84 жінки);
- IX група – бактеріальний вагіноз + неспецифічний вульвовагініт (63 жінки).

Після розподілу пацієнток за групами проведені поглиблені імунологічні дослідження.

Цитологічне, бактеріоскопію і бактеріологічне дослідження вагінального секрету проводили традиційними методами

Для дослідження функціональної активності лейкоцитів кров забирали з ліктьової вени у кількості 3,0 мл і тримали у стерильній пластиковій пробірці, виготовленій з антиадгезивної пластмаси. Забір вагінального відокремлюваного виробляли за допомогою ложки Фолькмана (100 мкл) і тримали у пробірці з 900 мкл стерильного фізіологічного розчину.

Розраховували наступні показники: відсоток фагоцитозу, фагоцитарне число, фагоцитарний індекс.

Відсоток фагоцитозу (ФП) – кількість клітин, що захопили один або більш за об'єкти фагоцитозу (ФЕБ) на 100 потенційних фагоцитів.

Фагоцитарний індекс (ФІ) – кількість об'єктів фагоцитозу, яке доводиться на одну клітку («дійсний» фагоцит), яка фагоцитують, що характеризує поглинальну активність фагоцитів.

Фагоцитарне число (ФЧ) – кількість об'єктів фагоцитозу, яке в середньому доводиться на один з 100 фагоцитів, що характеризує загальну поглинальну активність фагоцитів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що характерні клінічні ознаки («сирнисті» виділення, запах «гнилої» риби, виражена дифузна гіперемія слизової оболонки) реєструються лише при моноформах захворювання (кандидоз, бактерійний вагіноз, неспецифічний вульвовагініт), а утворення різних бактерійних і бактерійно-грибкових асоціацій мікроорганізмів у вагінальному біотопі призводить до зміни клінічної картини і формування малосимптомних форм захворювання.

Приєднання грибів роду *Candida* до мікробіоценозу, характерного для бактеріального вагінозу, найчастіше реалізується у вигляді кандидозостійства (76,1%). У протилежність цьому, при неспецифічному вульвовагініті гриби залучаються до інфекційного процесу значно частіше (58,3%), при цьому їхня участь у складі бактеріально-грибкових асоціацій формує складний комплекс змін, що спотворюють клінічні симптоми як неспецифічного вульвовагініту, так і власне кандидозу.

Оцінювання якісного і кількісного складу мікрофлори вагінального біотопу, заснована на екологічних принципах, і використання оригінальних індексів відносної різноманітності і домінування облігатних і транзитних видів мікроорганізмів забезпечує велику стандартність і об'єктивність обліку результатів бактеріологічного дослідження.

Аналіз функціональної активності умовно-патогенних мікроорганізмів, які ізолюються при неспецифічних інфекційних захворюваннях піхви, що дозволяє розрізняти штами по мірі патогенності, може бути додатковим критерієм у визна-

ченні їхньої етіологічної значущості і диференціюванні стану «здорового носійства» від інфекційного процесу.

Як відомо, умовно-патогенні бактерії є сапрофітами-комменсалами і розвиток інфекційного процесу за їхньою участю можливий при порушенні у системі протинфекційного захисту. З урахуванням особливостей етіології і переважно локальної природи НІЗВ, можна було чекати різну міру участі компонентів цитокінового статусу.

Клітини, що фагоцитують, утворюють основні в кількісному відношенні клітинні популяції у периферійній крові людини. За їхнього нормального функціонування інфекційні процеси мають бути маловірогідні. Проте вони існують, і однією з можливих причин їхнього існування можуть стати зміни кількості, функціональної активності фагоцитів, які «працюють» з ними в комплексі захисних систем. Фагоцитарний процес також є інтегральним і практично єдиним клітинним механізмом місцевого протимікробного захисту піхви. Проте стан системних і локальних захисних чинників за даної патології залишається недостатньо вивченим. У зв'язку з цим нами зроблена спроба порівняльного аналізу вираженості фагоцитарних реакцій у крові і вагінальному секреті умовно здорових і пацієнток з НІЗВ.

Стан фагоцитарного захисту крові оцінювали за кількістю лейкоцитів, нейтрофільних гранулоцитів, моноцитів/макрофагів, їхньої фагоцитарної активності. Показники фагоцитарної активності у I групі відповідали регіональним нормативам для жінок репродуктивного віку в лютеїнову фазу циклу.

Враховуючи відсутність прямого контакту мікробних антигенів з клітинами крові при НІЗВ, ми передбачали відсутність змін в кількості і функціональній активності лейкоцитів периферійної крові. Аналіз отриманих даних показав достовірні міжгрупові відмінності за абсолютною кількістю лейкоцитів ($F=2,76$, при Ркритіч. $=1,94$), нейтрофільних гранулоцитів ($F=21,10$) і макрофагів ($F=5,88$). Проте всі значення перебували у діапазоні коливань, характерних для здорових жінок (лейкоцити – 7003–8550, нейтрофільні гранулоцити – 6284–7759, моноцити – 287–677). Крім того, при розгляді участі різних популяцій лейкоцитів у фагоцитозі (доля нейтрофільних гранулоцитів і макрофагів) достовірних міжгрупових відмінностей не отримано ($F=1,42$ і $F=0,01$ відповідно). Групи також не відрізнялися за показниками активності і ефективності фагоцитозу.

При вивченні клітинного складу вагінального відокремлюваного здорових жінок встановлено, що серед загального числа лейкоцитів (5921–6215 клітин у мкл) нейтрофільних гранулоцитів припадає на частку 91–97%, частину, що залишилася, складають макрофаги – 3–9%.

У II групі не виявлено будь-яких змін в порівнянні із здоровими жінками в кількості або функції фагоцитів, що є додатковим аргументом на користь розгляду кандидозостійства як варіанту нормоценозу.

При БВ не спостерігається відхилень у кількості лейкоцитів, аналогічні дані отримані при цитологічному дослідженні вагінального вмісту. Співвідношення нейтрофільних гранулоцитів/макрофагів не змінилося, але активність і ефективність фагоцитозу була значно понижена ($p_{1,3}<0,05$). Ймовірно, розвиток БВ відбувається на тлі пригнічення локальних фагоцитарних реакцій, а надлишкове антигенне наван-

таження при підвищенні чисельності і розширення спектру БВ-асоційованих мікроорганізмів посилює процес гальмування функціональної активності фагоцитів.

НВВ характеризувався значним збільшенням числа лейкоцитів у вагінальному секреті ($p_{1,4}<0,05$), при цьому, як і при БВ, доля кожної популяції була збережена: нейтрофільні гранулоцити – 90–98%, макрофаги – 2–10%. На тлі достовірного зниження рівня клітин (нейтрофільні гранулоцити – $p_{1,4}<0,05$, макрофаги – $p_{1,4}<0,05$), що фагоцитують, спостерігали активацію їхньої поглинальної здатності клітин. Така зміна функціональної активності нейтрофільних гранулоцитів, ймовірно, є компенсаторною реакцією у відповідь на зниження кількості фагоцитів, що вступають у процес фагоцитозу.

Виражена запальна реакція у відповідь на переважання аеробних бактерій у відокремлюваному піхви підтверджується клінічними проявами і результатами дослідження бактеріоскопії.

Абсолютно іншу картину спостерігали при грибковій інфекції. При гострій формі на тлі нормальної кількості лейкоцитів, переважання нейтрофільних гранулоцитів і збереження їхньої активності у вагінальному вмісті виявлено збільшення абсолютного і відносного вмісту макрофагів ($p_{1,5}<0,05$). Показники активності і ефективності фагоцитозу макрофагів були достовірно вище у порівнянні з групою здорових.

Хронічна форма характеризувалася достовірним підвищенням кількості лейкоцитів (нейтрофільних гранулоцитів і макрофагів) у вагінальному відокремлюваному в порівнянні з I і IV групою ($p<0,05$). Збільшення долі макрофагів супроводжувалося вираженим зниженням їхньої фагоцитарної активності. Крім того, зміни відмічені і в активності нейтрофільної ланки. Зафіксовано як зниження числа нейтрофільних гранулоцитів, що фагоцитують, так і гальмування їхньої поглинальної здатності, що, ймовірно, призводить до зростання УПБ.

У пацієнток VII і VIII групи виявляли схожі порушення, які виявлялися підвищенням числа лейкоцитів, макрофагів і нейтрофільних гранулоцитів. При домінуванні нейтрофільних гранулоцитів, що зберігається, виявили достовірне підвищення відсотка макрофагів, проте воно було менш значним, ніж при «чистій» формі кандидозної інфекції. В обох групах фагоцитарна активність клітин знижувалася.

При змішаній анаеробно-аеробній інфекції спостерігали збільшення кількості лейкоцитів, при збереженні вкладу кожного пулу в клітинний склад. Відмічена депресія фагоцитарних реакцій нейтрофілів, при збереженні (ФП, ФЧ) і навіть активації (ФІ) в макрофагів. Виявлені особливості можуть свідчити про тривалість запального процесу і є компенсаторною реакцією, що обмежує поширення інфекції.

Як видно з наведених даних, для НІЗВ характерні порушення фагоцитарних реакцій на локальному рівні, а їхня спрямованість і ступінь вираженості залежать від етіологічного чинника. Бактеріальні інфекції характеризуються переважанням нейтрофільних гранулоцитів у вагінальному відокремлюваному, проте показники їхньої фагоцитарної активності різко знижені, що, ймовірно, пов'язано із впливом токсичних біопродуктів на лейкоцити. Переважання анаеробних бактерій не супроводжується розвитком запальної реакції. У той самий час, при поєднанні з аеробними УПМ, як і в разі абсолютного домінування останніх, КІ у вагінальному відокремлюваному різко зростає.

Виражені зміни у кількісному і якісному складі фагоцитів виявлені при кандидозній інфекції. На тлі домінування нейтрофільних гранулоцитів у вагінальному відокремлюваному збільшується пул макрофагів, які мають велике значення у поглинанні крупних об'єктів, якими є клітки грибів. Дисфункція і гальмування фагоцитарних реакцій веде до розмноження і інвазії грибів, формування хронічних форм.

Кількість і активність нейтрофільних гранулоцитів відрізнялися при різних формах захворювання. Так, гострий ВВК характеризувався збереженням їхнього числа і функціональної активності, а при хронічній формі, не дивлячись на підвищення кількості, спостерігається значне зниження поглинальної здатності. Слід зазначити, що такі порушення зумовлюють не лише тривалу персистенцію грибів, але і зміну складу мікрофлори піхви.

Фагоцитарні реакції при змішаних формах НІЗВ мали деякі схожі параметри: значне підвищення кількості лейкоцитів, їхня дисфункція і збільшення долі макрофагів при приєднанні грибкової інфекції. Такі зміни можна пояснити не лише дією великої кількості антифагоцитарних чинників мікробної природи, але і тривалістю інфекційного процесу, що призводить до виснаження локальних захисних механізмів.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про істотну роль системного і місцевого фагоцитозу при оцінюванні стану чинників захисту у пацієнток з інфекційно-запальними захворюваннями піхви. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Роль системного и местного фагоцитоза в диагностике и лечении инфекционно-воспалительных заболеваний влагалища

В.В. Децик

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной роли системного и местного фагоцитоза при оценке состояния факторов защиты у пациенток с инфекционно-воспалительными заболеваниями влагалища. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: инфекционно-воспалительные заболевания влагалища, системный и местный фагоцитоз.

Role of system and local fagocytose in diagnostic and treatment of infectious-inflammatory diseases of vagina

V. V. Dezik

Results of the spent researches testify about an essential role of system and local fagocytose at an estimation of a condition of local factors of protection at patients with infectious-inflammatory diseases of a vagina. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: infectious-inflammatory diseases of a vagina, system and local fagocytose.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Карпунина Т.И. Сложности диагностики и лечения вагинального кандидоза, ассоциированного со стафилококковой инфекцией // Вестник Российской военно-медицинской академии. Приложение. – 2015. – Ч. 1. – № 1 (17). – С. 487.
2. Карпунина Т.И. Микрофлора влагалища и сенситизация к микробным антигенам у женщин с привычным невынашиванием беременности // Вестник Российской военно-медицинской академии. Приложение. – 2015. – Ч. II. – № 2 (22). – С. 569–570.
3. Олина А.А. Местный иммунитет и локальная иммунотерапия эктопии шейки матки // Журнал акушерства и женских болезней. – 2016. – Т. LV. – Вып. 4. – С. 71–76.
4. Олина А.А. Эпидемиологические и микробиологические аспекты неспецифических инфекционных заболеваний влагалища / А.А. Олина // Уральский медицинский журнал. Гигиена и эпидемиология. – 2016. – №8 (48). – С. 160–163.
5. Падруль М.М. Состояние микроэкологии влагалищного биотопа при бактериальном вагинозе // Бюллетень ВСЦН СО РАМН. – 2012. – Т. 1. – № 4. – С. 119–121.
6. Ширева Ю.В. Аэробный вагинит – реальная угроза сохранению репродуктивного здоровья // Здоровье и образование ребенка: материалы I Всерос. науч.-практ. конф. – Пермь, 2012. – С. 428–430.

Особливості порушень репродуктивної функції у жінок з доброякісними новоутвореннями яєчників

А.В. Єжова

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки із доброякісними новоутвореннями яєчників (ДНЯ) на тлі нереалізованої репродуктивної функції становлять групу високого ризику не тільки в плані лікування безплідності, але надалі – виношування вагітності з позитивними перинатальними результатами. Запропонований нами алгоритм діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів дозволяє не тільки підвищити частоту відновлення репродуктивної функції, але й знизити рівень гестаційних ускладнень. Це дає нам право рекомендувати його для широкого використання у практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: доброякісні новоутворення яєчників, репродуктивна функція, реабілітація.

На сьогодні доброякісні новоутворення яєчників (ДНЯ) є найпоширенішою патологією серед жінок репродуктивного віку, займаючи більше 50% у структурі всієї гінекологічної захворюваності [1–4]. Серед основних особливостей даної патології в останні роки можна виділити «омолодження» ДНЯ та їхній негативний вплив на репродуктивну функцію жінок, що призводить до росту питомої кількості жінок з ДНЯ, які не народжували [1–4]. Основними причинами такої негативної тенденції вважають збільшення патології пубертатного періоду з патологічним становленням менструального циклу, ріст соматичної захворюваності, у тому числі і дисгормонального генезу, нераціональне використання сучасних контрацептивних засобів, несприятливий вплив екологічного стану навколишнього середовища [1–4].

Хірургічне лікування ДНЯ у структурі лікувально-профілактичних заходів посідає провідне місце, досягаючи 60–70% [1–4]. Незважаючи на значне число наукових публікацій з проблеми хірургічного лікування ДНЯ, не можна вважати усі питання повністю вирішеними. На нашу думку, у першу чергу, це стосується оптимізації ендоскопічного лікування і післяопераційної реабілітації пацієнток з нереалізованою репродуктивною функцією, а також тактики ведення вагітності, що наступила. Публікації з цього наукового питання є поодинокими і носять фрагментарний характер.

Усе наведене вище з'явилося для нас підставою до проведення наукових досліджень у даному напрямку, що дозволить істотно знизити частоту різної пато-

логії репродуктивної системи, а також поліпшити результати розродження цих пацієнток.

Мета дослідження: зниження частоти порушень репродуктивної функції та наступних гестаційних ускладнень у жінок з ДНЯ, які не народжували, на підставі вивчення в них клініко-ехографічних, морфологічних, ендокринологічних та імунологічних особливостей, а також розроблення і впровадження комплексу діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було обстежено 130 пацієнток, яких було розподілено на три групи:

- контрольна група – 30 гінекологічно й соматично здорових жінок репродуктивного віку;
- 1-а група – 50 пацієнток з доброякісними новоутвореннями яєчників (ДНЯ), які в анамнезі мали 1–2 пологів;
- 2-а група – 50 пацієнток з ДНЯ, у яких не було пологів в анамнезі.

Усім пацієнткам було проведено лапароскопічне лікування ДПЯ.

Післяопераційну реабілітацію пацієнток проводили диференційовано з урахуванням морфологічних особливостей вилучених тканин, наявності супутньої генітальної та екстрагенітальної патології, а також репродуктивного анамнезу.

Усім пацієнткам поряд із детальним клінічним дослідженням, проводили комплексне функціональне і лабораторне обстеження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними клінічними особливостями ДНЯ у жінок, які не народжували, є: висока частота безплідності (80,0%); вираженого больового синдрому (34,0%); альдисменореї (44,0%); ациклічних кровотеч (28,6%), кров'янистих виділень у середині циклу (38,1%), а також хронічного сальпінгоофориту (30,0%) та патологічних змін шийки матки (34,0%).

У жінок з ДНЯ, які не народжували, дисгормональні порушення залежать від фази менструального циклу і характеризуються у фолікулярну фазу достовірним зниженням вмісту Е ($p < 0,001$) при одночасному підвищенні рівня Прл ($p < 0,01$); в лютеїнову фазу – достовірним підвищенням вмісту Е ($p < 0,01$); ПГ ($p < 0,01$); ЛГ ($p < 0,01$) і ФСГ ($p < 0,001$).

Основним методом оперативного лікування ДНЯ у жінок, які не народжували, є лапароскопія з таким обсягом оперативного втручання: ендокоегуляція вогнищ ендометріозу (56,0%); роз'єднання спайок (50,0%); сальпінгооваріолізис (34,0%); сальпінгостомія (26,0%), фімбріопластика (20,0%) і консервативна міомектомія (14,0%).

При морфологічному дослідженні ДНЯ відмічено переважання ендометріом (56,0%); серозних (22,0%) та муцинозних цистоаденом (20,0%), а також наявність лейоміоматозних вузлів (14,0%).

Ефективність індивідуально підібраної комплексної терапії, що включає лапароскопічне лікування з наступною реабілітацією з використанням гормональної та антигомотоксичної терапії протягом 2–3 років, становить 80,0%.

Клінічний перебіг вагітності після комплексного лікування ДНЯ характеризується високою частотою плацентарної недостатності (45,0%); гестаційної анемії (42,5 %) та преєклампсії (15,0 %), що спричинює значний рівень ускладнень при розродженні: передчасний розрив плодових оболонок (32,5%); аномалії пологової діяльності (25,0%) і дистрес плода (20,0%), що призводить до високої частоти передчасних пологів (7,5%) і кесарева розтину (42,5%).

Перинатальні наслідки розродження жінок з ДНЯ в анамнезі характеризуються високою частотою інтранатальної асфіксії різноманітного ступеня тяжкості (32,5%), ЗВУР плода (32,5%), інтраамніального інфікування (15,0%) та постгіпоксичної енцефалопатії (25,0%).

Для практичної охорони здоров'я необхідно рекомендувати наступні моменти:

1. З метою відновлення репродуктивної функції яєчників у жінок з ДНЯ, які не народжували, необхідно використовувати комплексний підхід з максимально щадним обсягом лапароскопічного втручання з наступною реабілітацією на підставі використання гормональної та антигомотоксичної терапії.

2. При веденні вагітності в жінок з ДНЯ в анамнезі необхідно використовувати комплекс лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на зниження частоти плацентарної недостатності, гестаційної анемії та преєклампсії, а при розродженні – аномалій пологової діяльності.

3. З метою контролю за ефективністю лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів у жінок з ДНЯ, які не народжували, необхідно динамічне дослідження основних клінічних, ехографічних та ендокринологічних показників.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать, що жінки із доброякісними новоутвореннями яєчників на тлі нереалізованої репродуктивної функції становлять групу високого ризику не тільки в плані лікування безплідності, але і надалі – виношування вагітності з позитивними перинатальними результатами. Запропонований нами алгоритм діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів дозволяє не тільки підвищити частоту відновлення репродуктивної функції, але і знизити рівень гестаційних ускладнень. Це дає нам право рекомендувати його для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Особенности нарушений репродуктивной функции у женщин с доброкачественными новообразованиями яичников

А.В. Ежова

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что женщины с доброкачественными новообразованиями яичников на фоне нереализованной репродуктивной функцией составляют группу высокого риска не только в плане бесплодия, но и вы-

нашивания беременности с позитивными перинатальными результатами. Предлагаемый нами алгоритм диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий позволяет не только повысить частоту восстановления репродуктивной функции, но и снизить уровень гестационных осложнений. Это дает нам право рекомендовать данный алгоритм для широкого использования в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: доброкачественные новообразования яичников, репродуктивная функция, реабилитация.

Features of infringements of reproductive function at women with good-quality new growths ovaries

A. V. Ezhova

Results of the spent researches testify, that women with good-quality new growths ovaries against non-realised reproductive function make group of high risk not only in respect of barrenness, but also prolongation pregnancy with good perinatal results. The algorithm of diagnostic, treatment-and-prophylactic and rehabilitation actions offered by us allows not only to raise frequency of restoration of reproductive function, but also to lower level gestation complications. It grants to us is right recommend the given algorithm for wide use in practical public health services.

Key words: good-quality new growths ovaries, reproductive function, rehabilitation.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Автандилов Г.Г. Медицинская морфология: руководство. – М.: Медицина, 2011. – 383 с.
2. Адамян Л.В., Алексеева М.Л., Минина Л.С. Гормональный статус и стероидрегулируемая система эндометрия у пациенток с доброкачественными опухолями и эндометриодными кистами яичников // Акуш. и гин. – 2010. – № 9. – С. 55–57.
3. Басаков В.П., Цвелев Ю.В., Кира Е.В. Эндометриодная болезнь. – СПб., 2012. – С. 136–141.
4. Белоглазова С.Е., Зурабиани С.Р., Джабраилова С.Ш. Хирургическое лечение образований яичников лапароскопическим доступом. // Акуш. и гин. – 2015. – № 4. – С. 23–24.

Корекція оваріальної дисфункції в пубертатному періоді у дівчат, народжених з великою масою тіла

В.М. Зінченко

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

Вивчені порівняльні аспекти клінічного перебігу, ехографічних особливостей, ендокринологічних і обмінних порушень у дівчаток з різною масою тіла при народженні. Показана роль крупної маси тіла при народженні у генезі порушень репродуктивної системи і соматичної захворюваності. Встановлений взаємозв'язок між клінічними, ехографічними, ендокринологічними і біохімічними змінами у дівчаток з різною масою тіла при народженні. Запропоновані методи контролю за клінічною течією пубертатного періоду. Розроблені і впроваджені практичні рекомендації по зниженню частоти і ступеня вираженості порушень репродуктивної системи у дівчаток з крупною масою тіла при народженні на підставі використання комплексних гомеопатичних препаратів.

Ключові слова: пубертатний період, репродуктивна система, патологія, корекція.

Репродуктивне здоров'я дівчаток і дівчат є основою нормальної демографічної ситуації в країні. У зв'язку з цим розвиток дитячої і підліткової гінекології має дуже важливе значення, тому саме в пубертатному періоді закладається основа репродуктивного здоров'я майбутніх матерів [1, 2, 6]. В останні роки у вітчизняній і зарубіжній літературі [3, 5, 7] все частіше розглядається питання про наявність взаємозв'язку між особливостями перенесеної акушерської патології і станом репродуктивного здоров'я дівчаток-підлітків. У той самий час, в сучасній літературі є лише поодинокі публікації [1, 4] про фізичний і статевий розвиток дівчаток, що народилися з різною масою тіла. Хоча тут можна допустити можливий розвиток соматичної захворюваності і патології пубертатного періоду. Усе наведене вище є підставою для проведення справжнього наукового дослідження.

Мета дослідження: зниження частоти і ступеня вираженості оваріальної дисфункції у дівчаток з крупною масою тіла при народженні на підставі використання диференційованого підходу до корекції виникаючих порушень ендокринологічного статусу і змінних процесів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети і завдань справжнього наукового дослідження було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 90 дівчаток пубертатного періоду, яких були розподілено на три групи:

- контрольна група – 30 соматично здорових дівчаток, що народилися через природні пологові шляхи від матерів без акушерської і екстрагенітальної патології з масою тіла 3000–3500 г;
- I група – 30 дівчаток, що народилися з масою тіла більше 4000 г і отримували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи;
- II група – 30 дівчаток, що народилися з вагою більше 4000 г і в яких був використаний пропонований нами диференційований підхід до корекції оваріальної дисфункції.

На першому етапі проведених досліджень (вік дівчаток до 12 років) були вивчені порівняльні аспекти клінічного перебігу раннього пубертатного періоду і основні функціональні і лабораторні показники. На другому етапі (вік від 12 до 14 років) була оцінена ефективність загальноприйнятих і запропонованих лікувально-профілактичних заходів.

Загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи включали наступні моменти:

- вітамінотерапія (Е, С, фолієва кислота); фізіотерапія (ендоназальний електрофорез);
- біостимулятори (алое, склоподібне тіло, гумізол).

Диференційований підхід до корекції порушень репродуктивної системи складався з наступних аспектів:

1. При варіанті народження крупного плода унаслідок конституціональних особливостей використовували коензим композитум; гінекохель.
2. У разі народження крупного плода унаслідок наявності в матері соматичної (цукровий діабет, тиреоїдна патологія) і акушерської патології (пreeк-лампсія, плацентарна дисфункція, резус-конфлікт, переносена вагітність) застосовували препарати коензим композитум і оваріум композитум залежно від клінічно-функціонально-лабораторних показників; гінекохель і церебрум композитум.

Початком проведення пропонованих лікувально-профілактичних заходів вважали вік дівчаток 12–12,5 року, що передуює початку менструальної функції на 3–6 міс.

Наш вибір для корекції порушень репродуктивної системи у дівчаток, що народилися з крупною масою тіла, був зроблений на антигомотоксичній терапії у зв'язку з тим, що вони є комплексними гомеопатичними препаратами, що володіють широким спектром дії по відношенню до різних ланок ендокринної і репродуктивної систем. Вони не мають побічних та алергічних ефектів, добре переносяться пацієнтами.

Для оцінювання отриманих клінічних результатів нами були проаналізовані основні особливості перебігу вагітності і пологів, а також стан дівчаток при народженні і перебіг раннього неонатального періоду у порівняльному аспекті.

Оцінювання ступеня фізичного розвитку включало наступні параметри: вимір зросту (Р); маси тіла (М); об'єму грудної клітки (КГК) і розміри таза; обчислення масо-ростового індексу (ВРІ): $V (кг) : P (м^2)$; вимір об'єму талії, стегна на рівні великого рожа, кола гомілковостопного суглоба, кола променезап'ясткового суглоба; довжини нижньої кінцівки від великого рожа стегна до підлоги; довжини

гомільки від рожна малої гомількової кісті до підлоги; відстань від остистого відростка сьомого шийного хребця до верхнього краю вирізки груднини.

Гармонійність розвитку визначали методом морфології (ріст, об'єм грудей, вік і сума основних розмірів тазу). Статевий розвиток оцінювали на підставі послідовності появи і вираженості вторинних статевих ознак. Рівень статевого розвитку дівчаток позначається формулою МаРАхМе, що включає наступні показники: розвиток грудних залоз (Ма); лонне оволосіння (Р); пахвовe оволосіння (Ах) і вік менархе (Ме). У кожному показнику статевої формули розрізняють декілька мір.

З метою вивчення особливостей становлення і характеру менструальної функції з'ясовували вік і сезонність менархе, час її стабілізації, регулярність, тривалість менструального циклу, інтенсивність і больові відчуття.

Ступінь розвитку внутрішніх статевих органів визначали за допомогою ультразвукового дослідження з використанням трансабдомінального датчика 3,5 мН. Проведені наступні ехографічні виміри: довжина, ширина, передньо-задній розмір, товщина передньої і задньої стінок, довжина шийки матки, величина м-ехо-камера, довжина, ширина і товщина яєчників з підрахунком кількості рідких включень у фолікулінову і лютеїнову фази менструального циклу.

Функціональний стан гіпофізу, щитоподібної залози, надниркових залоз і яєчників визначали у першу (5–8-й день) і другу (21–25-й день) фази менструального циклу радіоімунологічним методом з визначенням наступних показників у плазмі крові: естрадіол (Естр.); прогестерон (ПГ); фолікулоstimулюючий гормон (ФСГ); лютеїнізуєчий гормон (ЛГ); пролактин (Прл); кортизол (Кр.); тиреотропний гормон (ТТГ); трийодтиронін (ТЗ) і тироксин (Т4).

З метою вивчення деяких біохімічних показників, що відображають стан білкового, жирового, вуглеводного і мінерального обмінів в організмі дівчаток, проведений аналіз вмісту загального білка, альбуміну, тригліцеридів, холестерину, сечовини, АЛТ, лужної фосфатази, глюкози, кальцію, калію, магнію і фосфору.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У сучасній літературі описана чітка залежність між масою тіла при народженні подружжя і розвитком у них крупного плода. Антропометричні дані матерів і батьків дівчаток есіх трьох груп свідчать, що середня маса тіла і його довжина в двох основних групах була достовірно вище в порівнянні з контрольною ($p < 0,05$). На відміну від даних матерів, серед батьків не відмічено достовірних відмінностей з боку середньої маси тіла на момент зачаття, також як і середнього зросту ($p > 0,05$).

Однією з причин народження дітей з великою масою тіла є супутня екстрагенітальна патологія. При вивченні соматичної захворюваності матерів слід констатувати, що найчастіше серед жінок основних груп зустрічався цукровий діабет (16,7% і 20,0%) і серцево-судинні захворювання (10,0% і 13,3%). У структурі серцево-судинної патології зустрічалися гіпертонічна хвороба, нейроциркуляторна астенія і ревматизм. Цукровий діабет у всіх випадках був інсулінозалежний і жінки отримували інсулінотерапію протягом всього гестаційного періоду.

Особливий інтерес представляють дані про клінічний перебіг вагітності у матерів різних груп. У першу чергу, слід зазначити відсутність істотних відмінностей за всіма параметрами між матерями двох основних груп. Проте у порівнянні з кон-

трольною групою, у них найчастіше зустрічалися гестаційна анемія (43,3% і 40,0%); плацентарна дисфункція (30,0% і 33,3%) і преєклампсія (16,7% і 20,0%). Крім того, якщо серед жінок контрольної групи не було відмічено випадків резус-конфліктів і перенесеної вагітності, то в основних групах вони мали місце (по 6,7% в кожній групі). Отримані результати дозволяють виділити серед основних причин народження дітей з масою тіла більше 4000 г окрім конституціональних особливостей, наявність екстрагенітальної і акушерської патології в матерів.

Безумовно, при такій різниці в клінічному перебігу вагітності і пологів, частота перинатальної патології істотно відрізнялася за групами. Серед різних варіантів у I і II групах можна виділити значну частоту асфіксії новонароджених (20,0% і 23,3%); постгіпоксичної енцефалопатії (16,7% і 20,0%) і пологової травми (по 10,0% у кожній групі). Випадки внутрішньоутробного інфікування, гіпербілірубінемії і геморагічного синдрому мали місце в 3,3–6,7% спостережень лише серед новонароджених основних груп. Високий рівень перинатальної патології серед дітей з великою масою тіла дозволяє віднести їх до групи ризику щодо розвитку порушень фізичного і статевого розвитку, а також соматичної захворюваності.

На завершальному етапі проаналізовані основні антропометричні показники народжених дівчаток різних груп. Достовірних відмінностей між основними параметрами I і II груп не встановлено ($p > 0,05$). У порівнянні з контрольною маса тіла новонароджених основних груп була достовірно вище (контрольна – $3241,1 \pm 124,1$ г; I – $4124,3 \pm 104,1$ г; $p < 0,05$ і II – $4153,1 \pm 110,8$ г; $p < 0,05$), також як і довжина тіла (контрольна – $51,2 \pm 1,1$ см; I – $55,1 \pm 1,0$ см; $p < 0,05$ і II – $54,8 \pm 0,9$ см; $p < 0,05$). Згідно з проведеним аналізом анамнестичних даних, серед основних причин народження крупного плода у I і II групах переважали конституціональні особливості (56,7% і 53,3%) у порівнянні з наявністю екстрагенітальної і акушерської патології (33,3% і 36,7%). У кожному десятому випадку (по 10,0%) спостерігали поєднання конституціональних особливостей з екстрагенітальною і акушерською патологією.

Отже, як свідчать результати клінічної характеристики матерів дівчаток з великою масою тіла, у них спостерігається висока частота різних гестаційних ускладнень, у тому числі і в критичні для гонад терміни. Це, у свою чергу, може порушувати процеси структурного і функціонального диференціювання гонад в жіночій статі. Перинатальна патологія у новонароджених з крупною масою тіла була в кілька разів вище у порівнянні з контрольною групою, що може негативно впливати на формування і становлення центральних механізмів регуляції фізичного і статевого розвитку, а також менструальної функції. Отримані результати є переконливою підставою для вивчення порівняльних аспектів фізичного і статевого розвитку дівчаток, що народилися з різною масою тіла.

Порушення становлення статокінетичних функцій у дітей протягом першого року життя можуть з'явитися несприятливим фоном для подальшого фізичного і статевого розвитку, а також стану здоров'я в цілому. Як видно з отриманих даних, на першому році життя, не дивлячись на високі темпи фізичного розвитку (середні показники маси тіла і зростання, відображені в амбулаторних історіях, були достовірно вище у дівчаток, що народилися з масою тіла 4000 г і більш), становлення статокінетичних функцій у дівчаток основних груп істотно відрізняється від тако-

го у дівчаток контрольної групи. Так, основні критерії психомоторного розвитку дітей протягом першого року життя, не дивлячись на швидке збільшення маси тіла і зросту, опинилися істотно нижчим біля дівчаток, що народилися з масою тіла 4000 г і більше.

Основні антропометричні показники дівчаток різних груп спочатку були вивчені в 12 років. При цьому у дівчаток, які народилися з великою масою тіла, достовірно більше були наступні параметри: маса тіла ($p < 0,05$); зріст ($p < 0,05$); об'єм грудей ($p < 0,05$) і об'єм стегна ($p < 0,05$). Крім того, важливим є встановлений факт збільшення основних розмірів тазу таких дівчаток у 12 років на 1–2 см у порівнянні з контрольною групою. При вивченні структури основних морфотипів відмічено, що в контрольній групі частіше за інших зустрічалася макроскелія з відставанням у розвитку грудної клітини і таза (63,3%), а в основних групах переважав морфотип, що випереджає норму (46,7% і 43,3%), а також макроскелія (16,7% і 20,0%).

Особливий інтерес представляє порівняльна характеристика екстрагенітальної патології обстежених дівчаток до 12 років. Як свідчать отримані результати, сумарна частота соматичної захворюваності була на порядок вище у крупнонароджених дівчаток. Особливо наочно це було видимим під час оцінювання рівня частих респіраторних вірусних інфекцій (контрольна – 33,3%; I – 70,0% і II – 73,3%); патології легенів (контрольна – 26,7%; I – 53,3% і II – 56,7%); захворювань ЛОР-органів (контрольна – 16,7%; I – 36,7% і II – 33,3%) і алергійних станів – (контрольна – 13,3%; I – 33,3% і II – 30,0%).

Показовою є наявність ендокринної патології лише у дівчаток, які народилися з великою масою тіла: захворювання щитоподібної залози (16,7% і 20,0%) і цукровий діабет (10,0% і 13,3%). Ці дані можуть свідчити про можливе зниження опірності організму до дії чинників зовнішнього середовища на тлі наявних дисгормональних порушень. Практична значущість отриманих результатів полягає в тому, що вони обґрунтовують необхідність ширшого обхвату диспансерним спостереженням і збільшення об'єму обстеження великих при народженні дівчаток з моменту народження до закінчення пубертатного періоду, а також проведення у них корекції виявлених порушень.

Під час аналізу порівняльних аспектів статевого розвитку дівчаток, народжених з різною масою тіла, простежується чітка залежність послідовності і міри вираженості пубархе. Так, середній вік телархе був вищий у середньому на 1 рік у крупнонароджених дівчаток, проте темпи розвитку грудних залоз (показник Ма менше на 10–13%) у цих групах були істотно нижчі. Показовим є в цьому аспекті і значний рівень (33,3%) у крупнонароджених дівчаток лобкового обволосіння за чоловічим типом з переходом на білу лінію живота і внутрішню поверхню стегон. Ці дані свідчать про їхнє відставання у статевому розвитку за цілою низкою параметрів у порівнянні з дівчатками, що народилися з масою тіла 3000–3500 г і свідчать про необхідність додаткового вивчення гормонального статусу у порівняльному аспекті.

Особливий інтерес представляють дані ендокринологічного статусу обстежених дівчаток у 12 років. Характерною особливістю отриманих результатів є відсутність достовірних відмінностей з боку ряду показників: ФСГ ($p > 0,05$); про-

лактин ($p > 0,05$); кортизол ($p > 0,05$); трийодтиронін ($p > 0,05$) і тироксин ($p > 0,05$). У порівнянні з цим у крупнонароджених дівчаток було виявлено достовірне збільшення вмісту ЛГ ($p < 0,05$) і ТТГ ($p < 0,05$) при одночасному достовірному зниженні рівня естрадіолу ($p < 0,05$) і прогестерону ($p < 0,05$). Отримані дані свідчать про складність генезу гормональних порушень у крупнонароджених дівчаток. Це виявляється порушенням функції гіпоталамо-гіпофізарної області (достовірне збільшення вмісту ЛГ); яєчників (достовірне зниження рівня естрадіолу і прогестерону) і щитовидної залози (зростання вмісту ТТГ).

Така ситуація, на нашу думку, свідчить про можливості пошуку щадних варіантів корегуючої терапії у дівчаток, народжених з масою більше 4000 г для можливого попередження серйозніших гормональних змін. Крім того, це диктує необхідність додаткового ультразвукового обстеження органів репродуктивної системи дівчаток різних груп саме в ранньому пубертатному періоді.

Основною особливістю отриманих ехографічних даних є наявність достовірного збільшення основних розмірів матки (довжина, передньо-задній розмір, ширина і довжина шийки матки) і яєчників (товщина, довжина і ширина) у крупнонароджених дівчаток ($p < 0,05$). Крім того, були вивчені особливості дозрівання фолікулів у дівчаток різних груп в 12 років. Отримані результати дозволяють констатувати у крупнонароджених дівчаток наявність множинних фолікулів у 1,5 разу частіше у порівнянні з контрольною групою, також у поодиноких випадках (6,7%) і формування функціональних кіст яєчників. На нашу думку, результати проведених ехографічних досліджень свідчать про підвищений ризик формування дрібнокістозної дегенерації яєчників у крупнонароджених дівчаток.

На додаток до наведених вище особливостей клінічного перебігу раннього пубертатного періоду, а також функціональних і ендокринологічних досліджень, були вивчені основні біохімічні показники, що дозволяють відзначити можливі порушення білкового, вуглеводного, ліпідного і мінерального обмінів. Отримані результати свідчать про відсутність достовірних відмінностей з боку наступних показників: загальний білок ($p > 0,05$); сечовина ($p > 0,05$); калій ($p > 0,05$) і магній ($p > 0,05$). Порівняно з цим, у крупнонароджених дівчаток було виявлено достовірне збільшення вмісту альбуміну ($p < 0,05$); тригліцеридів ($p < 0,05$); холестерину ($p < 0,05$); лужної фосфатази ($p < 0,05$) і глюкози ($p < 0,05$) на тлі одночасного зниження наступних параметрів: АЛТ ($p < 0,05$); кальцій ($p < 0,05$) і фосфору ($p < 0,05$).

Отримані результати надлишкового вмісту в організмі крупнонароджених дівчаток альбуміну, тригліцеридів, лужної фосфатази, глюкози і холестерину не виключає значення аліментарного чинника і можливі порушення змінних процесів. Виявлене зниження рівня кальцію і фосфору, на наш погляд, може бути пов'язано з його підвищеним витрачанням на побудову кісткової системи і узгоджуються з даними антропометричних показників.

Відсутність достовірних відмінностей за всіма параметрами, що вивчаються, між крупнонародженими дівчатками I і II груп свідчать про дотримання принципу рандомізації при підборі груп для подальшого оцінювання ефективності проведених лікувально-профілактичних заходів.

Таким чином, як показали результати вивчення порівняльних аспектів фізичного і статевого розвитку, стан ендокринологічного статусу і ехографічних особливостей, а також біохімічних досліджень, дівчатка, народжені з масою тіла більше 4000 г складають групу високого ризику щодо розвитку патології репродуктивної системи. Це диктує необхідність пошуку нових вирішень щодо можливості корекції виникаючих порушень напередодні пізнього пубертатного періоду і початку менструальної функції для попередження серйозніших ускладнень з боку органів репродуктивної системи і соматичної захворюваності.

Як було зазначено вище, нами був використаний диференційований підхід до корекції порушень репродуктивної системи у крупновагових дівчаток. Основним обґрунтуванням такого рішення були різні причини народження дітей з масою тіла більше 4000 г: конституційні особливості і наявність супутньої екстрагенітальної і акушерської патології. На підставі наведених вище закономірностей перший варіант лікувально-профілактичних заходів був використаний у II групі в 56,7% випадків, в другий – відповідно у 43,3% пацієнток. Важливим моментом є відсутність алергічних реакцій та індивідуальної нестерпності гомеопатичних препаратів у всіх спостереженнях. Для оцінювання впливу запропонованої корегуючої методики наступним етапом обстеження всіх клінічно-функціональних і лабораторних показників з'явився єдиний термін – 14 років. Це пов'язано з адекватністю і об'єктивністю трактування отриманих даних.

До 14-річного віку між крупноваговими дівчатками I і II груп спостерігали достовірні відмінності з боку всіх антропометричних показників. На наш погляд, на особливу увагу заслуговує нижча маса тіла ($p<0,05$); менший об'єм грудей ($p<0,05$) і талії ($p<0,05$), ширина плечей ($p<0,05$). При цьому достовірних відмінностей між контрольною і II групою по всіх параметрах не встановлено ($p>0,05$). Під час порівняльної характеристики основних розмірів таза дівчаток у цьому самому віці зафіксовано, що при використанні запропонованої нами корегуючої терапії у крупно вагових дівчаток II групи параметри таза були достовірно нижче, у середньому на 1–1,5 см.

Для оцінювання клінічної ефективності запропонованої методики по відношенню до соматичної захворюваності нами вивчена їхня структура до 14-річного віку. Основні відмінності зафіксовані з боку наступних параметрів: захворювання легенів (33,3% і 10,0%); нейроциркуляторна астенія (33,3% і 13,3%) і захворювання травного тракту (I група – 26,7% і II група – 10,0%). Показовим є і попередження розвитку в II групі нової ендокринної патології, рівень якою збільшився на тлі загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів у 1,5 разу. Під час вивчення середнього показника соматичної захворюваності на одну дівчинку було встановлено зниження цього параметра у II групі у 2,1 разу по відношенню до I групи, що, безумовно, підкреслює ефективність запропонованої корегуючої терапії по відношенню до екстрагенітальної патології у крупновагових дівчаток.

Становлення менструальної функції якнайповніше відображає наявні гормональні зміни у пубертатному періоді. Найбільш виражені відмінності констатовані при вивченні основних параметрів становлення менструальної функції. Під час оцінювання середнього віку початку менархе можна констатувати, що використання корегуючої терапії сприяло своєчасному початку менархе відносно кон-

трольної групи (контрольна – $12,8\pm 0,1$ року; I – $13,5\pm 0,1$ року; $p<0,05$ і II група – $12,9\pm 0,1$ року; $p<0,05$). Своєчасно менструальний цикл встановився у 70,0% дівчаток II групи, у групі порівняння цей параметр був в 1,6 разу менше (43,3%). Показовим є той факт, що до 14-річного віку у 23,3% дівчаток I групи виявляли різні порушення менструального циклу, а при використанні нашої методики даний показник був нижчий в 3,5 разу (6,7%).

Аналогічну закономірність можна було спостерігати і під час оцінювання тривалості менструального циклу: показник «31 і більше днів» (30,0% і 6,7%); частоті хворобливих менархе (53,3% і 26,7%); кількості крові, що втрачається: «ясні місячні» (40,0% і 20,0%) і тривалість менструації: «більше 6 днів» (43,3% і 16,7%). Отримані дані про становлення менструальної функції є досить переконливим підтвердженням ефективності пропонованих нами лікувально-профілактичних заходів.

Враховуючи факт встановлення менструального циклу до 14-річного віку у більшості обстежених дівчаток, оцінювання основних ендокринологічних показників проводили за фазами менструального циклу. Так, у фолікулінову фазу при використанні загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів констатовано достовірне зниження вмісту естрадіолу ($p<0,05$) і прогестерону ($p<0,05$) при одночасному збільшенні рівня ТТГ ($p<0,05$). Всі останні параметри були без достовірних відмінностей ($p>0,05$). У II фазу гормональні порушення носили більш виражений характер. Вони полягали у достовірному збільшенні в I групі вмісту ФСГ ($p<0,05$); ЛГ ($p<0,05$) і естрадіолу ($p<0,05$) на тлі одночасного зниження рівня пролактину ($p<0,05$); кортизолу ($p<0,05$) і прогестерону ($p<0,001$).

Установлені ендокринологічні особливості підтверджують результати клінічних досліджень, що свідчать про високу частоту порушень менструального циклу і соматичної захворюваності, в основному, ендокринного характеру у крупновагових дівчаток на тлі загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів. Використання комплексних гомеопатичних препаратів за пропонованими нами схемами дозволяє запобігти можливим ендокринологічним змінам, що позитивно відбивається на клінічному перебігу пізнього пубертатного періоду.

Ехографічне дослідження органів репродуктивної системи також було проведено з урахуванням фази менструального циклу. Аналізуючи основні розміри матки слід зазначити, що в лютеїнову фазу у всіх групах всі показники були більші на 2–3 мм. У порівняльному аспекті у дівчаток I групи всі розміри матки були достовірно більше як в I, так і в II фазу менструального циклу ($p<0,05$). Аналогічна закономірність спостерігалася і під час оцінювання основних розмірів яєчників. Множинні дозріваючі фолікули зустрічалися у дівчаток I групи в 1,5 разу частіше, а в 16,7% спостережень діагностовано функціональні кісти яєчників.

На завершальному етапі були проаналізовані основні біохімічні показники у порівняльному аспекті. Згідно з отриманими даними достовірні відмінності спостерігали лише з боку ліпідного обміну. Вони виражалися у достовірному збільшенні вмісту тригліцеридів ($p<0,05$); лужної фосфатази ($p<0,05$) і холестерину ($p<0,05$) на тлі одночасного зниження рівня АЛТ ($p<0,05$). Запропонована

корекція комплексними гомеопатичними препаратами дозволяє попередити порушення ліпідного обміну по всіх параметрах.

Таким чином, результати проведених досліджень щодо диференційованого підходу до корекції порушень репродуктивної системи за пропонуваними нами схемами дозволяють запобігти можливим порушенням менструального циклу і розвитку соматичної ендокринної захворюваності. Своєчасна корекція ендокринологічного статусу і ліпідного обміну дозволяє істотно поліпшити клінічний перебіг пізнього пубертатного періоду.

ВИСНОВКИ

1. Клінічний перебіг пубертатного періоду у дівчаток, що народилися з масою тіла більше 4000 г характеризується збільшенням основних антропометричних параметрів, розмірів таза, морфотипів з випередженням норми, високим рівнем соматичної захворюваності при одночасному відставанні статевого розвитку на 1–2 роки; формуванні дисгормональних змін у грудних залозах (36,7%), мультифолікулярної форми яєчників (53,3%) і функціональних кіст яєчників (16,7%).

2. Менструальна функція у крупновагових дівчаток характеризується відстроченим початком на 0,5 року ($13,5 \pm 0,1$ року); тривалим періодом встановлення регулярності (більше року); високим рівнем альго- (53,3%) і дисменореї (23,3%), а також більшою тривалістю менархе ($5,3 \pm 0,2$ дня) і об'ємом крові, що втрачається.

3. Використання запропонованої корекції порушень репродуктивної системи у крупновагових дівчаток дозволяє попередити порушення фізичного і статевого розвитку; знизити загальну соматичну захворюваність у 2 рази, частоту порушень менструального циклу у 3,5 разу, мультифолікулярних форм яєчників у 1,7 разу і запобігти утворенню функціональних кіст яєчників при одночасній нормалізації ендокринологічного статусу і ліпідного обміну.

Коррекция овариальной дисфункции в пубертатном периоде у девочек, родившихся с большой массой тела

В.М. Зинченко

Изучены сравнительные аспекты клинического течения, эхографически особенностей, эндокринологических и обменных нарушений у девочек с различной массой тела при рождении. Показана роль крупной массы тела при рождении в генезе нарушений репродуктивной системы и соматической заболеваемости. Установлена взаимосвязь между клиническими, эхографическими, эндокринологическими и биохимическими изменениями у девочек с различной массой тела при рождении. Предложены методы контроля за клиническим течением пубертатного периода и эффективностью проводимых лечебно-профилактических мероприятий. Разработаны и внедрены практические рекомендации по снижению частоты и степени выраженности нарушений репродуктивной системы у девочек с крупной массой тела при рождении на основе использования комплексных гомеопатических препаратов.

Ключевые слова: пубертатный период, репродуктивная система, патология, коррекция.

Correction of ovariale dysfunction in the pubertatny period at the girls who were born with big body weight

V.M. Zinchenko

The relative aspects of clinical flow, ultrasound of features, endocrinological and metabolic infringements at the girls with various mass of a body are investigated at birth. The role of large mass of a body is shown at birth in a genesis of infringements of reproductive system and somatic case rate. The interrelation between clinical, ultrasound, endocrinological and biochemical changes at the girls with various mass of a body fixed at birth. The methods of the control behind clinical flow pubertate term and efficacy of spent treatment-and-prophylactic measures are offered. Are developed and the practical references on drop of frequency and degree of manifestation of infringements of reproductive system at the girls with large mass of a body are introduced at birth on the basis of use of complex homeopathic preparations.

Key words: pubertate term, reproductive system, pathology, correction.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вдовиченко Ю.П., Палагусенец А.Ю., Данкович Н.О. Особливості фізичного і статевого розвитку дівчаток, які народилися з крупною масою тіла // Науковий вісник Ужгородського ун-та. серія «Медицина». – 2001. – Вип. 13. – С. 170–172.
2. Вовк І.Б., Ромащенко О.В. Сучасні функціональні методи дослідження в дитячій та підлітковій гінекології // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2012. – № 4. – С. 36–38.
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. Данкович Н.О., Палагусинец А.Ю., Бакучава Р.О. Взаємозв'язок соматичного статусу і порушень менструального циклу у дівчаток у пубертатному періоді // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – № 2. – С. 80–81.
5. Куликов А.М. Заболевания желудочно-кишечного тракта у девушек с нарушениями полового развития // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2016. – № 4. – С. 343–344.
6. Ромащенко О.В. Запальні захворювання органів малого таза у юних жінок // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2012. – № 1. – С. 113–117.
7. Шабанова Л.Ф., Ландина О.Ю., Куликов А.М. Оценка эффективности реабилитации при соматических заболеваниях у подростков // Международный журнал иммунореабилитации. – 2015. – № 4. – С. 53–55.

Вплив метаболічного синдрому на тактику ведення жінок з поєднаною патологією матки у період постменопаузи

В.В. Костіков

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

Результати проведених досліджень свідчать про істотну роль метаболічного синдрому в генезі розвитку поєднаної патології матки у період постменопаузи. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: поєднана патологія матки, період постменопаузи, метаболічний синдром.

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

Складність ведення даного контингенту хворих зумовлена тим, що в період постменопаузи вже є, як правило, соматичні захворювання: гіпертонічна хвороба, остеохондроз, ендокринна патологія, метаболічні порушення, функціональні зміни центральної нервової системи. Цей контингент пацієнток, як правило, не організований, що знижує частоту профілактичних оглядів і збільшує ступінь занедбаності захворювання [2, 6].

Екстрагенітальна патологія завжди розглядалася як чинник ризику розвитку поєднаної патології матки, особливо в період постменопаузи. При цьому останнім часом велике значення надається наявності метаболічного синдрому (МС) у генезі різних дисгормональних порушень, у тому числі й органів репродуктивної системи [4, 8].

Не дивлячись на тривалу історію досліджень періоду постменопаузи до теперішнього часу не можна вважати до кінця з'ясованими причини і механізм розвитку поєднаної патології матки саме в цей період, а також особливості впливу МС на клінічну картину даної патології.

У зв'язку з викладеним представляється актуальним і перспективним обґрунтування і розроблення клінічної системи діагностики і тактики ведення жінок з поєднаною патологією матки у період постменопаузи на фоні і без МС.

Мета дослідження: вивчення впливу МС на клінічні прояви поєднаної патології матки у період постменопаузи.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети були ретроспективно проаналізовані історії хвороби 128 жінок і досліджено 171 пацієнтка з кровотечами у період постменопаузи. Серед ретроспективно вивчених пацієнток виділена група порівняння, що складається з 61 жінки з поєднаною патологією матки (СПМ) у період постменопаузи (для порівняння методів лікування даного контингенту).

З нашого дослідження були виключені пацієнтки, в яких при патоморфологічному дослідженні були виявлені злоякісні або передракові зміни ендометрія. У той самий час не можна не відзначити, що такі поєднання патологій як МС, лейоміома матки (ЛМ) і атрофія ендометрія (АЕ) (на тлі метроррагії); МС, ЛМ і гіперплазія ендометрія (ГЕ); рецидивуюча гіперплазія ендометрія (РГЕ), є доброякісними з точки зору патоморфолога, проте враховуючи вік пацієнток і комплексність ушкодження, можуть розглядатися як передракові з позицій клініциста.

Усі 171 пацієнтки з кровотечами у період постменопаузи пройшли повне клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження. У ході поглибленого обстеження були сформовані дві клінічні групи.

До основної групи увійшли 89 жінок з наявністю МС:

- 1-а підгрупа – 30 жінок з ізольованою формою патології ендометрія;
- 2-а підгрупа – 59 жінок із СПМ.

У контрольну групу – 82 жінки, що не мають МС:

- 1-а підгрупа – 48 пацієнток з ізольованою патологією ендометрія;
- 2-а підгрупа – 34 жінки з поєднаною формою проліферативних процесів матки.

Діагностика МС ґрунтувалася на критеріях, затверджених ВООЗ.

У поняття «СПМ» ми об'єднали патологію ендометрія у поєднанні з ЛМ, патологію ендометрія і аденоміоз (АМ), АМ і ЛМ, а також усі три патології одночасні. У поняття «патологія ендометрія» ми включили: гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ), поліпи ендометрія (ПЕ) залозиста гіперплазія ендометрія (ЗГЕ) і АЕ (за умови наявності метроррагії).

У комплекс обстеження жінок, що перебували під спостереженням, входили: ретельний збір анамнезу життя і захворювання, об'єктивне обстеження, додаткові методи обстеження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час обстеження пацієнток обох груп нами виявлені наступні види СПМ:

- ЛМ і АЕ – у 18 (20,22±2,25%) хворих групи з МС та у 14 (17,07±1,15%) жінок групи без МС;
- ЛМ і ПЕ – у 30 (33,71±3,01%) хворих основної групи та у 18 (21,95±2,57%) жінок контрольної групи ($p<0,01$);
- ЛМ у поєднанні з ЗГЕ – у 7 (7,87±1,85%) хворих основної групи, у контрольній групі не виявлена ($p<0,001$);

- ЛМ у поєднанні з АМ і ПЕ – у 4 ($4,49 \pm 1,19$ %) пацієнток з наявністю МС та в 2 ($2,44 \pm 0,74$ %) жінок без ознак МС.

Ізольована патологія ендометрія в основній і контрольній групах представлена таким чином:

- АЕ у групі з МС – у 10 ($11,24 \pm 1,34$ %) жінок з МС та у 23 ($28,05 \pm 2,96$ %; $p < 0,001$) пацієнток без МС;
- ПЕ – у 16 ($17,98 \pm 1,01$ %) хворих основної групи та в 25 ($30,49 \pm 3,08$ %; $p < 0,001$) жінок групи контролю;
- ЗГЕ – у 4 ($4,49 \pm 1,19$ %; $p < 0,001$) хворих основної групи, у групі контролю злозиста гіперплазія ендометрія не діагностована.

Отже, в основній групі достовірно частіше зафіксовані поєднання ЛМ і ЗГЕ, ЛМ і ПЕ, при ізольованій формі патології ендометрія також в групі з МС частіше зустрічалися ГЕ. У групі контролю при ізольованій формі патології ендометрія достовірно частіше виявлені АЕ і ПЕ.

Під час аналізу віку проспективно обстежених хворих у підгрупах, у свою чергу розподілених за наявністю ізольованої або поєднаної форм патології ендометрії, було зазначено, що в основній групі з наявністю ізольованої патології ендометрії середній вік становив $60,51 \pm 1,51$ року, із СПМ – $57,86 \pm 0,99$ року, у контрольній групі з ПЕ – $60,54 \pm 1,34$ та із СПМ – $58,02 \pm 1,53$ року ($p > 0,05$). Отже, вік хворих був трохи меншим у підгрупах із СПМ ($p > 0,05$) обох груп.

Жінки з проявами МС та ізольованою патологією ендометрія за тривалістю постменопаузи були розподілені таким чином: тривалість менопаузи до 5 років – у 10 ($33,33 \pm 3,06$ %), 6–10 років – у 10 ($33,33 \pm 3,06$ %), більше 11 років – у 10 ($33,34 \pm 3,06$ %) пацієнток. Серед пацієнток без проявів МС з ізольованою формою патології ендометрії було 17 ($35,42 \pm 3,90$ %), 17 ($35,42 \pm 3,90$ %) та 14 ($29,17 \pm 2,56$ %) жінок відповідно.

Клінічна симптоматика у пацієнток відрізнялася значною різноманітністю симптомів, що зумовлено різними чинниками: тривалістю захворювання, поєднанням декількох патологічних процесів статевих органів, особливостями попереднього лікування, соматичною патологією. В основному клінічна картина гіперпластичних процесів матки у пацієнток характеризувалася матковими кровотечами (різного ступеня вираженості і тривалості) і больовим синдромом.

Усі пацієнтки на момент госпіталізації скаржилися на кров'яні виділення із статевих шляхів, кожна третя жінка основної групи мала їх в анамнезі. Скарги на біль внизу живота пред'являли 39 ($43,82 \pm 2,25$ %) пацієнток основної і 30 ($36,59 \pm 2,31$ %) жінок контрольної групи ($p < 0,05$); АМК в анамнезі зафіксовані у 29 ($32,58 \pm 2,96$ %) і 10 ($12,20 \pm 1,61$ %; $p < 0,001$) жінок відповідно.

Біль у поперековій області була наявна у 23 ($25,84 \pm 1,64$ %) пацієнток з МС і у 9 ($10,98 \pm 1,45$ %) жінок без наявності МС ($p < 0,001$). Поллакіурія, дизурія, стресове нетримання сечі непокоїли 15 ($16,85 \pm 1,96$ %) хворих основної і 9 ($10,98 \pm 1,45$ %) жінок контрольної групи ($p < 0,05$). Скарги з боку інших систем пред'являли 80 ($89,89 \pm 3,19$ %) і 67 ($81,71 \pm 3,26$ %) жінок відповідно ($p < 0,05$).

На наш погляд, настільки виражена велика кількість скарг зумовлена віком і наявністю метаболічних порушень. Аналіз скарг хворих обох груп дозволяє зробити висновок про те, що маткові кровотечі у пацієнток з ПЕ і СПМ на тлі МС або без нього є основним симптомом і приводом для звернення по медичну допомогу серед

жінок даної вікової групи. Тривалість перебігу СПМ становила $11,5 \pm 1,7$ року у пацієнток основної групи і $10,87 \pm 1,6$ року – у жінок групи контролю. Тобто, зі збільшенням віку збільшується і тривалість існування патологічного процесу.

Тривалість кров'яних виділень на момент госпіталізації у гінекологічне відділення в основній групі становила $1,4 \pm 0,07$ міс, в групі контролю – $1,2 \pm 0,08$ міс, що свідчить про недостатню медичну обізнаність пацієнток і неадекватність спостереження в жіночій консультації за цією групою хворих.

Отже, у жінок з МС в період постменопаузи були достовірно більш виражені поєднані скарги (з боку низки систем, перенесені раніше аномалії менструального циклу) при порівнянні з аналогічними показниками пацієнток без наявності МС.

За наявності МС достовірно частіше виявляються ознаки цервіциту, наботових кіст, ніж у групі жінок без МС, у групі контролю частіше зустрічалися пацієнтки з незміненою шийкою матки. Це свідчить про те, що розвиток СПМ спричинює МС, а також хронічне запалення статевих органів.

За результатами бімануального обстеження у групі пацієнток з МС достовірно частіше виявлено збільшення матки до 7–8 тиж вагітності; у контрольній групі частіше зустрічалися жінки з розмірами матки, відповідними росту.

Отже, наявність МС впливає на ступінь вираженості проліферативних процесів в міометрії.

Дослідження області придатків не давало чіткої інформації про патологічні процеси в яєчниках. Придатки не були збільшені у 78 ($87,64 \pm 3,36$ %) пацієнток основної та у 78 ($95,12 \pm 2,37$ %) жінок контрольної груп; незначне їхнє збільшення було у 9 ($10,11 \pm 1,03$ %) пацієнток з ознаками МС ($p < 0,01$) та у 2 ($2,44 \pm 0,70$ %) – без ознак МС (кістозні зміни по МКБ-10); тяжистість в області придатків визначалася у 2 ($2,25 \pm 0,48$ %) і 2 ($2,44 \pm 0,70$ %) обстежених відповідно. При дослідженні склепінь і параметріїв відмічено сплюснення склепінь з одного боку у 2 ($2,25 \pm 0,48$ %) пацієнток основної і 2 ($2,44 \pm 0,70$ %) жінок контрольної групи. Збільшення придатків, яке не відповідало зросту, частіше спостерігали у групі з МС, що підтверджує роль обмінно-ендокринних порушень в генезі патологічних процесів органів малого таза.

Пацієнтки основної і контрольної груп розподілялися також по ступеню вираженості ожиріння, тяжкість якого визначали за індексом маси тіла.

Серед пацієнток, що мають МС з ізольованою формою патології ендометрія, переважали жінки з ожирінням 1 ст. і 2а ст. Надлишкова маса тіла (1 ст.) у цій групі була у 13 ($43,33 \pm 3,04$ %) жінок; ожиріння 2а ст. – у 10 ($33,33 \pm 2,60$ %); ожиріння 2б ст. – у 3 ($10,00 \pm 1,47$ %; $p < 0,01$) при порівнянні з даними аналогічної групи пацієнток, що не мають МС.

У групі хворих, що не мають МС, з ізольованою патологією ендометрія переважали жінки з 1 ст. ожиріння – 29 ($60,41 \pm 3,05$ %; $p < 0,01$), 2а ст. виявлена у 10 ($20,83 \pm 1,86$ %) хворих, що зустрічається значно рідше з аналогічними даними основної групи; 2б ст. ожиріння виявлена в 1 ($2,08 \pm 0,06$ %) жінки; у 8 ($16,66 \pm 1,37$ %) пацієнток зафіксована нормальна маса тіла.

В основній групі жінок з поєднаною патологією ендометрії ожиріння 1 ст. виявлене у 20 ($33,89 \pm 2,16$ %), 2а ст. – у 26 ($44,33 \pm 3,46$ %), 2б ст. – у 8 ($13,55 \pm 1,45$ %) і 3 ст. – у 4 ($6,77 \pm 0,27$ %) пацієнток.

У контрольній групі обстежених із СПМ 1 ст. ожиріння зареєстрована у 20 (58,82±3,44%; $p<0,001$) пацієнток, 2а ст. – у 10 (29,41±2,81%), 2б і 3 ст. не зафіксовані; 4 (11,76±1,52%) жінки були з нормальною масою тіла ($p<0,001$) порівняно з даними аналогічної групи обстежуваних, які мають МС.

Отже, в основній групі переважали пацієнтки з ожирінням і різко вираженим ожирінням, що підтверджує роль обмінних порушень у розвитку патологічних процесів у статевих органах.

Екстрагенітальні захворювання у хворих з МС були представлені ожирінням, захворюваннями серцево-судинної системи (в основному артеріальна гіпертензія – АГ), ендокринної системи (цукровий діабет – ЦД 2-го типу, захворювання щитоподібної залози – ЩЗ), патологією травного тракту (ТТ) і нирок. Екстрагенітальну патологію у хворих без наявності МС становили: захворювання серцево-судинної системи, ЩЗ, патологія ТТ, нирок, захворювання суглобів.

При СПМ АГ в основній групі пацієнтів зафіксована у 49 (83,05±4,88%) жінок, в аналогічній контрольній – у 1 (32,35±2,02%; $p<0,001$); дитячі інфекції серед пацієнток з проявами МС – у 24 (40,68±3,39%) жінок, дитячі інфекції серед пацієнток без проявів МС – у 5 (14,71±1,07%; $p<0,001$). Патологію ЩЗ за наявності поєднаної патології матки спостерігали у 20 (33,90±2,16%) жінок основної групи та у 2 (5,88±1,03%; $p<0,001$) пацієнток контрольної групи; ЦД 2-го типу в основній групі при СПМ діагностований у 20 (33,90±2,16%) жінок, у контрольній групі не виявлений ($p<0,001$).

Захворювання ТТ при поєднаній патології матки у групі з проявами МС зафіксовані у 16 (27,12±2,08%) пацієнток, без проявів МС – у 12 (35,29±2,19%; $p<0,01$) обстежених. Ішемічна хвороба серця була у 8 (13,56±1,45%) жінок основної групи та у 3 (8,82±0,86%; $p<0,05$) пацієнток контрольної групи.

Патологія нирок при СПМ і МС виявлена у 4 (6,78 ± 0,27 %) жінок, без МС – у 2 (5,88±1,03%), захворювання легенів – у 4 (6,78±0,27%) і у 2 (5,88± 1,03%) жінок відповідно.

Отже, нами відмічена велика обтяженість екстрагенітальною патологією у жінок основної групи (з поєднаною патологією ендো- та міометрія і ізольованою формою патології ендометрія) у порівнянні з аналогічними показниками обох підгруп контролю.

З перенесених гінекологічних захворювань в основній і контрольній групах найчастішими були хронічні запальні процеси статевих органів.

Аналіз структури гінекологічних захворювань за даними анамнезу у хворих з ізольованою патологією ендометрія свідчить, що аборти виконувалися пацієнткам в основній групі у 25 (83,33±4,81%) жінок і у 30 (62,50±3,92%; $p<0,01$) пацієнток в контрольній групі. У групі жінок з МС запальні захворювання і спайковий процес малого таза виявлені у 15 (50,00±3,12%) випадках, у групі без МС – в 13 (27,08±2,41%; $p<0,001$).

Отже, у хворих при ізольованій і поєднаній формах патології ендо- і міометрія запальні захворювання статевих органів і спайковий процес малого таза зустрічаються в кожному третьому/другому випадках. Це спричинює дисфункції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи і патології грудних залоз в анамнезі.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про істотну роль метаболічного синдрому в генезі розвитку поєднаної патології матки у період постменопаузи. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Влияние метаболического синдрома на тактику ведения женщин с сочетанной патологией матки в период постменопаузы

В.В. Костиков

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной роли метаболического синдрома в генезе развития сочетанной патологии матки в период постменопаузы. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: сочетанная патология матки, постменопаузальный период, метаболический синдром.

Influence of the metabolic syndrome on the tactics of managing women with combined pathology of the uterus during the postmenopause

V.V. Kostikov

The results of the conducted studies testify to the essential role of the metabolic syndrome in the genesis of the development of the combined pathology of the uterus during the period of postmenopause. The obtained results must be taken into account when developing a complex of diagnostic and therapeutic-prophylactic measures.

Key words: combined pathology of the uterus, postmenopausal period, metabolic syndrome.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков. – М.: Медицина, 2014. – 320 с.
2. Аккер Л.В. Течение постовариктомиического синдрома в постменопаузальном периоде. Особенности метаболических изменений и их коррекция заместительной гормональной терапией / Л.В. Аккер, А.И. Гальченко, Т.С. Таранина // Акушерство и гинекология. – 2014. – № 5. – С. 34–38.
3. Афанасьева А.А. Гистероскопический контроль терапии гиперпластических процессов эндометрия в перименопаузе / А.А. Афанасьева, В.А. Кулавский // Проблемы пери- и постменопаузального периода. – М., 2016. – С. 6–7.
4. Беляков Н.А. Метаболический синдром у женщин / Н.А. Беляков и др. – СПб.: СПб МАПО, 2015. – 438 с.
5. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии / Я.В. Бохман. – СПб: Фолиант, 2009. – 542 с.
6. Бреусенко В.Г. Значение современных методов диагностики опухолей яичников у женщин в период постменопаузы / В.Г. Бреусенко, Л.Н. Демина, Ю.А. Голова и др. // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2009. – № 2. – С. 67–72.
7. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии: Руководство для врачей / Е.М. Вихляева. – М.: МИА, 2009. – 768 с.
8. Григорян О.Р. Терапия метаболического синдрома: коррекция углеводного обмена и артериальной гипертензии. Возможности коррекции метаболического синдрома у женщин в период постменопаузы / О.Р. Григорян // Справочник поликлинического врача. – 2016. – № 1. – С. 61–63.

Вплив удосконаленої консервативної міомектомії на відновлення репродуктивної функції жінок

О.О. Літвак

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

Були обстежені 125 жінок репродуктивного віку, що планують вагітність. Пацієнткам були проведені міомектомії абдомінальним доступом, а також за допомогою стандартної і вдосконаленої нами лапароскопії. Удосконалена нами лапароскопічна міомектомія є ефективним методом лікування міоми матки у пацієнток репродуктивного віку і може самостійно використовуватися для відновлення фертильності або ж як перший етап перед допоміжними репродуктивними технологіями. Отримані результати дослідження свідчать про те, що вдосконалена лапароскопічна міомектомія повністю виправдовує себе у жінок репродуктивного віку, плануючих вагітність, з наявністю субсерозних, субсерозно-інтрамуральних і навіть інтрамуральних вузлів великих розмірів з центрипетальним зростанням і деформацією порожнини матки.

Ключові слова: міома матки, консервативна міомектомія, репродуктивна функція.

На сьогодні вивченню міоми матки присвячено безліч робіт, однак це питання залишається недостатньо вирішеним. Міома матки – доброякісна пухлина статевої системи жінок, що часто зустрічається, а її частота у жінок репродуктивного віку коливається від 20% до 40% [1, 2].

Серед різних локалізацій міома матки, особливо у жінок репродуктивного віку, провідне місце займає субсерозно- та інтрамуральне розташування одного або декількох вузлів [3, 4]. Таке розташування міоматозного вузла є дуже несприятливим, оскільки практично завжди вимагає хірургічного лікування, а шанси консервативної терапії достатньо низькі.

Частота безплідності у жінок з міомою матки досягає 30–35%, а при настанні вагітності можливе невиношування, виникнення ускладнень як у період гестації, так і під час пологів і в післяпологовий період [5, 6].

Безплідність, як первинна, так і вторинна – нерідке явище у разі даного захворювання. Проблема набуває все більшої актуальності у зв'язку з омолодженням контингенту хворих міомою матки з одного боку, і пізнім плануванням вагітності (після 40 років) – з іншого, коли значно підвищується ризик виникнення гіперпластичних процесів, ендометріозу і запальних захворювань органів малого таза, як

основних причин невдач в реалізації репродуктивної функції [1, 7]. За даними авторів, питома вага міомектомії, у тому числі і при субсерозному та інтрамуральному розташуванні, відносно невелика, що, на нашу думку, вимагає розширення показань з метою відновлення і збереження репродуктивної функції у жінок фертильного віку.

Незважаючи на значну кількість запропонованих методик консервативної міомектомії, ефективність відновлення репродуктивної функції залишається достатньо невисокою, що свідчить про необхідність подовження наукових пошуків у цьому напрямку.

Усе наведене вище з'явилося для нас підставою до проведення наукових досліджень, що дозволить підвищити ефективність відновлення репродуктивної функції у жінок з міомою матки.

Мета дослідження: підвищення ефективності відновлення репродуктивної функції у жінок з міомою матки на підставі наукового обґрунтування та впровадження удосконаленої методики консервативної міомектомії з використанням сучасних ендоскопічних технологій.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

За дизайном наукова робота є одноцентровим, рандомізованим, контрольованим дослідженням. Під нашим спостереженням перебували 125 жінок репродуктивного віку, плануючих вагітність, яким були проведені міомектомії абдомінальним доступом, а також за допомогою стандартної і вдосконаленої нами лапароскопії.

Критерії включення у дослідження:

- репродуктивний і пізній репродуктивний (до 45 років) вік;
- бажання зберегти/відновити фертильність;
- верифікований діагноз міоми матки;
- розмір матки менше 16 тиж вагітності;
- наявність показань до хірургічного лікування;
- згода пацієнтки на оперативне лікування;
- згода пацієнтки на участь у дослідженні.

Критерії виключення з дослідження:

- вік старше 45 років;
- важка екстрагенітальна патологія, що є протипоказанням до оперативного лікування;
- злоякісні новоутворення будь-якої локалізації;
- запальні захворювання органів малого таза у стадії загострення;
- психічні захворювання, хронічний алкоголізм, наркоманія;
- матка розмірами більше 16 тиж вагітності;
- відсутність згоди пацієнтки на участь у дослідженні.

Відповідно до хірургічного доступу пацієнток розподілено на 3 порівняних по основних статистичних критеріях репрезентативних груп:

- I група (n=32) – абдомінальний доступ;
- II група (n=49) – загальноприйнята лапароскопічна міомектомія;
- III група (n=44) – вдосконалена лапароскопічна міомектомія.

Усім 125 досліджуваним проведена міомектомія: 32 (25,6%) – абдомінальна, 49 (39,2%) – загальноприйнята лапароскопічна і 44 (35,2%) – удосконалена нами лапароскопічна міомектомія.

Пацієнткам II групи була використана загальноприйнята методика лапароскопічної міомектомії [2].

Під час виконання вдосконаленої нами лапароскопічної методики у пацієнток III групи для зниження інтраопераційної крововтрати ми застосовували введення в міоматозний вузол розчину реместипу у розведенні 1:10 на фізіологічному розчині і тимчасову судинну оклюзію, шляхом прецизійного кліпування маткових артерій і судин воронко-тазових зв'язок.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними показаннями до консервативної міомектомії є:

- менометрорагії, що спричинюють анемію (28,0%);
- поєднання міоми матки з порушенням репродуктивної функції (безплідність, невиношування вагітності) (26,0%);
- міома матки, що супроводжується порушенням функції суміжних органів (24,0%);
- швидке збільшення пухлини (22,4%);
- поєднання міоми матки з генітальним ендометріозом (17,6%), а у 26,0% випадків мають місце поєднані наведені вище показання.

У жінок, які планують консервативну міомектомію, поодинокі міоматозні вузли спостерігають у 58,4%, множинні – у 41,6%. Субсерозна локалізація вузлів зустрічається у 24,0%; субсерозно-інтрамуральна – у 62,2% та інтрамуральна – у 13,6% випадках.

Основними перевагами загальноприйнятої лапароскопічної міомектомії порівняно з абдомінальним доступом є зниження об'єму інтраопераційної крововтрати (на 39,4%); частоти розтинів порожнини матки (на 20,9%); укорочення періоду температурної реакції після оперативного втручання (на $2,9 \pm 0,2$ доби); зменшення числа післяопераційних койко-днів (на $3,7 \pm 0,3$ доби); зниження частоти реакцій стресу на 1 (на 22,4%) і 4 (на 13,2%) добу післяопераційного періоду; на 4-у добу частіше зустрічається реакції активації (на 20,2%), а також профілактика післяопераційних гнійно-септичних ускладнень (тільки після абдомінального доступу у 9,4%).

Удосконалена нами лапароскопічна міомектомія у порівнянні із загальноприйнятою дозволяє знизити об'єм інтраопераційної крововтрати (на 46,6%); частоту постгеморагічної анемії (на 20,9%); зменшити період температурної реакції після оперативного втручання (на $1,4 \pm 0,1$ доби) та знизити післяопераційне перебування у стаціонарі (на $1,3 \pm 0,1$ доби).

Частота відновлення репродуктивної функції у жінок після удосконаленої консервативної міомектомії становить 45,5%, причому 34,1% завагітнали самостійно, а 11,4% – з використанням допоміжних репродуктивних технологій. Фізіологічний

перебіг вагітності виявляли у 27,3%, із загрозою переривання вагітності – у 13,8%, рівень невиношування складає 4,4%. Розродження у 59,1% відбувається через природні пологові шляхи, а у 40,9% – шляхом кесарева розтину.

ВИСНОВКИ

Таким чином, удосконалена нами лапароскопічна міомектомія є ефективним методом лікування міоми матки у пацієнток репродуктивного віку і може самостійно використовуватися для відновлення фертильності або ж як перший етап перед допоміжними репродуктивними технологіями. Отримані результати дослідження свідчать про те, що вдосконалена лапароскопічна міомектомія повністю виправдовує себе у жінок репродуктивного віку, плануючих вагітність, з наявністю субсерозних, субсерозно-інтрамуральних і навіть інтрамуральних вузлів великих розмірів з центрипетальним зростанням і деформацією порожнини матки.

Влияние усовершенствованной консервативной миомэктомии на восстановление репродуктивной функции женщин

Е.О. Литвак

Были обследованы 125 женщин репродуктивного возраста, которые планировали беременность и были прооперированы абдоминальным доступом, а также по стандартной и усовершенствованной нами лапароскопии. Усовершенствованная нами лапароскопическая миомэктомия является эффективным методом лечения миомы матки у пациенток репродуктивного возраста и может самостоятельно использоваться для восстановления фертильности или как первый этап перед вспомогательными репродуктивными технологиями. Полученные результаты исследований свидетельствуют о том, что усовершенствованная лапароскопическая миомэктомия полностью эффективна у женщин репродуктивного возраста, которые планируют беременность, особенно при наличии субсерозных, субсерозно-интрамуральных и даже интрамуральных узлов больших размеров с центральным ростом и деформацией полости матки.

Ключевые слова: миома матки, консервативная миомэктомия, репродуктивная функция.

Influence of an advanced conservative myomectomy on restoration of genesial function of women

E.O. Litvak

125 women of genesial age who planned pregnancy were surveyed and operated by abdominal access, and also on the laparoscopy standard and improved by us. The laparoscopic myomectomy improved by us is an effective method of treatment of hysterosmyoma at patients of genesial age and can independently be used for restoration of fecundity or as the first stage before auxiliary genesial technologies. The received results of researches testify that the advanced laparoscopic myomectomy is completely effective at women of genesial age who plan pregnancy, especially in the presence of subserous, the subserous-intramurale and even the intramurale of knots of the larger sizes з the central body height and deformation of cavity of the uterus.

Key words: hysterosmyoma, conservative myomectomy, genesial function.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Грідчін С.В. Субмукозна міома матки: тактика лікування та відновлення репродуктивної функції / С.В. Грідчін // Здоровье женщины. – 2016. – № 2. – С. 148–149.
2. Запорожан В.М. Фактори ризику розвитку міоми матки у жінок репродуктивного віку / В.М. Запорожан, С.М. Непорада // Одес. мед. журнал. – 2014. – № 2. – С. 37–40.
3. Іванюта С.О. Органозберігаючі операції – сучасна необхідність в лікуванні лейоміом / С.О. Іванюта // 36. наук. праць Асоц. акушерів-гінекологів України. – Київ: Інтермед, 2008. – С. 595–599.
4. Agdi M. Endoscopic management of uterine fibroids / M. Agdi, T. Tulandi // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. – 2008. – Vol. 22, N 4. – P. 707–716.
5. Bendifallah S. Myomectomy for infertile women: the role of surgery / S. Bendifallah, J.L. Brun, H. Fernandez // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. – 2011. – Vol. 40, N 8. – P. 885–901.
6. Brady P.C. Uterine fibroids and subfertility: an update on the role of myomectomy / P.C. Brady, A.K. Stanic, A.K. Styer // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. – 2013. – Vol. 25, N 3. – P. 255–259.
7. Cheng M.H. Medical treatment for uterine myomas / M.H. Cheng, H.T. Chao, P.H. Wang // Taiwan J. Obstet. Gynecol. – 2008. – Vol. 47, N 1. – P. 18–23.

УДК 613.888:618.17

Особливості впливу гормональної та внутрішньоматкової контрацепції на репродуктивне здоров'я жінки

О.А. Лубковська

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

Планування сім'ї має велике значення в житті жінки. Адже це дає можливість парам самостійно планувати народження дітей, уникаючи небажаної вагітності, що закінчується штучним абортom. Як відомо, аборт може бути причиною багатьох гінекологічних захворювань, що негативно впливає на репродуктивне здоров'я жінки. Щоб уникнути таких ускладнень у всьому світі використовують різні методи контрацепції (хімічні, механічні, хірургічні).

Одними з найбільш поширених методів є гормональна та внутрішньоматкова контрацепції. Незважаючи на значний прогрес у розвитку контрацепції, все ж таки залишається підвищений ризик розвитку ускладнень від їхнього використання. До таких ускладнень належать серцево-судинні захворювання, метаболічні порушення, порушення мікробіоценозу піхви, які, у свою чергу, можуть спричинити запальні процеси органів малого таза. Тому вивчення впливу останніх на репродуктивне здоров'я жінки залишається актуальним і дискусійним.

Ключові слова: репродуктивне здоров'я, комбінована оральна контрацепція, внутрішньоматкова контрацепція, тромбоемболія, мікробіоценоз піхви, запальні захворювання органів малого таза.

Репродуктивне здоров'я є однією з найважливіших складових у побудові здорової нації суспільства. В основі такого розвитку лежать особливості планування сім'ї. Незважаючи на величезний світовий прогрес у цьому напрямку, проблема абортu та пов'язаних із ним ускладнень залишається до сьогодні надзвичайно актуальною та дискусійною. За даними ВООЗ, у 2015 році виконувалося близько 22 млн небезпечних абортів у рік, з яких близько 0,21% закінчуються смертю жінки.

Штучне переривання вагітності впливає не лише на стан соматичного благополуччя, а й на психологічний стан жінки, у результаті якого в майбутньому можливий розвиток порушень у нейроендокринній системі [3].

Сьогодні у всьому світі для запобігання небажаної вагітності та штучного абортu з його ускладненнями використовують різні методи контрацепції. До таких методів відносять хімічні, механічні, хірургічні. Однак одними з найбільш поширених методів, а особливо серед країн Європи в Німеччині, Великобританії, Франції були і залишаються гормональна та внутрішньоматкова контрацепції. Це пояс-

нуються тим, що при використанні саме цих контрацептивів спостерігається найменший відсоток непланованих вагітностей [7, 9].

Метод контрацепції відомий ще здавна. Так, у літописах згадується, що ще у давній Африці використовували різні речовини, які вводили в піхву. Також використовували відвари з різних рослин для промивання піхви після статевого акту. В Америці це був відвар з червоного дерева, лимона; у Суматрі – з опію; у Єгипті – з акації та меду тощо [11].

Про внутрішньоматкову контрацепцію (ВМК) світ вперше отримав уявлення у 1909 році, коли Ріхтер опублікував свою статтю на тему «Новий метод профілактики виникнення вагітності», в якій було описано контрацептив, який був побудований з двох шовкових ниток і нитки з бронзи, яка з'єднувала останні. У подальшому ВМК була вдосконалена Графенбергом. Він зробив внутрішньоматкове кільце з шовкових ниток, обплетених дротом зі сплаву міді, нікелю та цинку. Однак таке внутрішньоматкове кільце мало низку недоліків, одними з них були велика частота запальних процесів органів малого таза та надзвичайно високий відсоток експульсії кільця. Тому воно було заборонене. Але вже у 1934 році ці недоліки спробував усунути японець Отта. Він додав до ВМК центральний диск, у результаті чого кількість експульсій зменшилося. Після численних досліджень у 1961 році Ліппс створює внутрішньоматкову спіраль змєподібної конфігурації у вигляді подвійної букви S, яка була названа петлею Ліппса. Згодом було створено внутрішньоматкову систему з міддю, сріблом та з гормональним компонентом, які вважаються більш безпечними у використанні.

Про гормональну контрацепцію уперше заговорив у 1931 році Л. Хаберландт, який запропонував використовувати екстракт яєчників свиней – інфекундін – для подавлення фертильності. Але необхідність великої кількості яєчників для отримання такого екстракту та рання смерть Хаберландта зупинила на деякий час розвиток у цьому напрямку. Вже у 1939 році ця проблема була вирішена Р. Маркером шляхом виявлення та виділення з рослин сімейства агави та ямса стероїда сапогеніна, який у подальшому перетворювали в прогестерон. Таке вироблення прогестерону починає відбуватися під керівництвом компанії «Синтекс».

Компанією «Синтекс» у 1951 році було подано заявку на реєстрацію штучно синтезованого прогестерону – норетістерону, який було синтезовано К. Джерассом шляхом видалення вуглецю в 19-у положенні з прогестерону. Новий прогестерон був у 10 разів активнішим, ніж природний прогестерон. Однак саме відкриття, яке дало напрямку у розвитку оральної контрацепції належить Мін Чу Чангу, який був запрошений Г. Пінкусом для вивчення впливу прогестерону на овуляцію. На той момент вже було синтезовано та описано естроген Адольфом Бутенантом. Чанг виявив 100% ефективність прогестерону в подавленні овуляції, тобто запобіганню вагітності.

Вже у 1960 році компанією «Серле» було випущений препарат Еновід, який був схвалений управлінням по контролю за якістю харчових товарів та лікарських препаратів. Еновід містив два компоненти: норетінодрел та местранол. Саме з моменту випуску цього препарату розпочалася ера комбінованих оральних контрацептивів (КОК). Звичайно, на сьогоднішній день КОК містять набагато менші концентрації гормонів, що забезпечує значно меншу частоту ускладнень від їхнього застосування [11].



Класифікація комбінованих оральних контрацептивів

*Джерело: побудовано автором на основі джерел [1, 2]

Сьогодні, як і раніше, до складу КОК входять естрогенний та прогестагенний компоненти, які є аналогами природних гормонів. Існує розширена класифікація КОК (малюнок).

Комбіновані оральні контрацептиви поділяють на монофазні, двофазні та багатофазні. Різниця між ними полягає в різній кількості естрогену та прогестагену. Також КОК розділяють на високодозовані, низькодозовані та мікродозовані, які характеризуються різною кількістю вмісту етинілестрадіолу. Основна функція етинілестрадіолу – вплив на проліферацію ендометрія та забезпечення відсутності проміжних кров'яних виділень [2].

У склад комбінованих оральних контрацептивів входить прогестагеновий компонент, який розподіляють на три покоління. Препарати першого покоління містять норетінодрел ацетат, етінодіол діацетат, норетінодрон.

Прогестагени, які входять до складу другого та третього покоління розділяються на дві підгрупи. До першої входять норетистерон, норетистерона ацетат, етінодіол, норетінодрел. Інша підгрупа включає левоноргестрел, дезогестрел, гестоден, дієногест, гестринон, норгестимат, дроспіренон [1].

Синтетичні прогестагени на відміну від природного прогестерону краще й швидше взаємодіють із прогестероновими рецепторами, тим самим забезпечують ефект негативного зворотного зв'язку, тобто блокують гонадотропіни та овуляцію. Також такі прогестагени більш активно взаємодіють з рецепторами інших стероїдних гормонів, таких як андрогени, глюко- та мінералокортикоїди. В результаті цього синтетичні прогестагени виконують антиандрогенні (до них відносяться ципротерон, дієногест, дроспіренон), антимінералокортикоїдні (не відбувається затримка натрія та води – дроспіренон) ефекти. Однак з іншої сторони деякі прогестагени мають й андрогенний ефект. Прогестагени мають структурну схожість з тестостероном, у результаті чого відбувається більш активне зв'язування та активація рецепторів до андрогенів. До високоандрогенних прогестагенів належать норетистерон, лінестренон, етінадіол діацетат тощо [2, 7].

При більш детальному аналізі гестагенів можна зазначити, що, наприклад, гестоден, на відміну від інших, зумовлює трансформацію ендометрія в найменшій дозі. Він не потребує попереднього перетворення в печінці. Також характеризується високим індексом селективності та біодоступністю, що проявляється більш низьким ризиком міжменструальних кровотеч. Гестоден володіє антимінералокортикоїдною дією та найменше впливає на карбогідратний метаболізм, що дає змогу його застосовувати при порушенні толерантності до глюкози.

Дезогестрел та норгестимат є фармакологічно неактивними та потребують перетворення в печінці. Дезогестрел характеризується найбільш високим індексом селективності та позитивним впливом на обмін ліпідів, збільшуючи рівень ліпідів високої щільності [8].

Дієногест позитивно впливає на ЦНС, покращуючи сон, пам'ять, зменшує роздратованість і депресію. Також він не має естрогенної, антиестрогенної та андрогенної активності.

Дроспіренон має антимінералокортикоїдну дію, збільшуючи виділення з організму солей та води.

Виділяють ще одну групу прогестагенів, які є похідними 17-гідроксипрогестерона, які також діляться на підгрупи. До першої групи входять 17-оксипрогестерона капронат, медоксипрогестерона ацетат і ципротерон ацетат, мегестрол ацетат. До іншої підгрупи входить дідрогестерон.

Незважаючи на значний прогрес у розвитку контрацепції, все-таки залишається підвищений ризик розвитку ускладнень від її використання. До таких ускладнень належать серцево-судинні захворювання, а особливо венозні тромбоемболії. Основна причина розвитку тромбозу – порушення в системі гемостазу. Система гемостазу – це сукупність механізмів, які забезпечують стабільність рідинного стану крові та цілісність судинних стінок. У нормі систему гемостазу забезпечує рівновага таких систем крові як коагуляційна, антикоагуляційна та фібринолітична.

При порушенні рівноваги однієї з цих систем розвиваються такі патологічні стани як підвищена кровоточивість або підвищення внутрішньосудинного тромботворення. Синтетичні естрогени після проходження через печінку підвищують утворення прокоагуляційних факторів та зменшують синтез антитромбіну III, у результаті чого підвищується фібринолітична активність крові та підвищується агрегація тромбоцитів. Такій патології в акушерстві та гінекології приділяють велику

увагу, оскільки тромбози виникають спонтанно, а діагностика та лікування не завжди вчасна.

Особливо небезпечні тромбози рідких локалізацій, так як перші симптоми неспецифічні та не завжди на них звертають увагу. До таких тромбозів належать тромбоз церебральних вен, синдром Бадда-Кіарі, тромбоз мезентеральних, яєчникових вен, вен сітківки очей, тощо. Хоч медицина й на високому рівні, летальність від такого ускладнення залишається високою [8, 12].

Сучасна контрацепція містить надзвичайно низькі дози естрогенного та гестагенного компонентів, що у свою чергу мінімізує розвиток такої патології як тромбоз. Саме тому таку контрацепцію можна застосовувати навіть жінкам з неускладненим варикозним розширенням вен. Однак потрібно пам'ятати, що хоч до складу КОК входять мінімальні дози як естрогенного, так і гестагенного компонентів, ці жінки мають більший ризик розвитку виникнення такої патології [12].

Факторами ризику, які можуть також підвищити ймовірність виникнення тромбоемболій, є ожиріння, збільшення віку, куріння, хірургічні втручання тощо. Дані наукових досліджень свідчать, що чим вища концентрація етинілестрадіолу містяться в КОК, тим більша ймовірність розвитку серцево-судинної патології. Тому у всьому світі для забезпечення репродуктивного здоров'я ВООЗ рекомендує та наполягає на використанні КОК з мінімальною кількістю етинілестрадіолу, а саме – 20–30 мкг, або використовувати внутрішньоматкову систему, яка, на відміну від КОК, не впливає ні на гемостаз, ні на метаболічні процеси [12].

У наукових джерелах описується те, що на фоні використання контрацепції може змінюватися мікрофлора піхви. Стан мікробіоценозу піхви є показником репродуктивного здоров'я, тому питання щодо впливу останніх є актуальним та дискусійним. Як відомо, нормальна флора піхви виконує захисну функцію статевих шляхів та у здорової жінки репродуктивного віку вона характеризується широким спектром мікроаерофілів, факультативними та облигатними анаеробами, які під час своєї життєдіяльності не впливають на здоров'я жінки і не викликають патологічних станів, які потребували б медикаментозного лікування. До таких представників належать грампозитивні анаероби – *Lactobacterium*, *Peptostreptococcus* spp, а також *Bifidobacterium* spp, *Clostridium* spp., *Ureoplasma urealyticus*, гриби роду *Candida* тощо.

Однак при дії специфічних негативних факторів нормальна мікрофлора піхви порушується у сторону переважання транзиторних умовно-патогенних і/або патогенних мікроорганізмів – дисбіоз, які визивають патологічні стани нижнього відділу репродуктивного тракту жінки. Так доведено, що під час застосування гормональної низькодозованої контрацепції збільшується кількість жінок з мікробіоценозом піхви, у яких переважають лактобацили та дріжджоподібні гриби. Деякі автори вважають, що збільшення кількості грибів роду *Candida* може викликати у багатьох жінок дисбіоз піхви, тому існує ймовірність виникнення запальних процесів органів малого таза [10].

Проте існує й інша думка, що застосування КОК навпаки зменшує частоту виникнення порушень мікробіоценозу піхви – зменшення частоти виникнення кандидозного кольпіту, на відміну від використання ВМК, при якій частота виникнення запальних процесів органів малого таза в декілька разів вища. Дані досліджень свідчать, що використання ВМК характеризується запальним процесом, оскільки організм реагує асептичним запаленням на чужорідне тіло у матці, у

результаті чого збільшується проникність судин ендометрія та відбувається інфільтрація поліморфноядерними лейкоцитами в місці контакту ВМК з ендометрієм. Спіраль стимулює синтез простагландинів, які також спричиняють запальний процес.

Не потрібно забувати про «капілярний» ефект ниток, за якого мікрофлора, яка знаходиться у піхві поширюється у верхні відділи репродуктивної системи. Для розвитку такої патології важливо тривалість часу використання контрацептиву: чим довше жінка використовує ВМК, тим більша ймовірність виникнення запальних захворювань органів малого таза. Використання ВМК характеризується виникненням тубоваріальних утворень. Отже, контрацепція відіграє велику роль у формуванні мікрофлори піхви, яка є частиною запоруки здоров'я жінки [4, 5].

ВИСНОВКИ

З кожним днем все більше і більше жінок використовують різні методи контрацепції з метою запобігання небажаної вагітності та уникнення такої маніпуляції як штучний аборт з його ускладненнями. На сьогодні контрацепція пройшла великий шлях розвитку. Хоч до її складу і входять гормональні компоненти, але вони дуже низьких доз, тому їхні побічні ефекти знижені до мінімуму. Однак існують певні протипоказання до їхнього застосування, оскільки вони можуть впливати на стан мікрофлори піхви, метаболічні процеси, особливо на стан гемостазу.

При використанні КОК може підвищуватися утворення прокоагуляційних факторів та зменшуватися синтез антитромбіну III, у результаті чого підвищується фібринолітична активність крові та підвищується агрегація тромбоцитів та утворення тромбів. Такій патології в медицині приділяють велику увагу, оскільки вони виникають спонтанно, а діагностика та лікування не завжди вчасні.

При використанні контрацептивних засобів мікрофлора піхви може характеризуватися більшою кількістю лактобацил та дріжджоподібних грибів. Деякі автори вважають, що збільшення кількості грибів роду *Candida* може спричинити дисбіоз піхви, що може призвести до запальних процесів органів малого таза. Однак існує й інша думка, що застосування КОК навпаки зменшує частоту виникнення порушень мікробіоценозу піхви, на відміну від використання ВМК, за якої частота виникнення запальних процесів органів малого таза в декілька разів вища й може ускладнюватися тубоваріальними утвореннями органів малого таза.

Незважаючи на все наведене вище, ВООЗ рекомендує використання контрацепції жінкам для запобігання небажаної вагітності і тих ускладнень, до яких приводить її переривання. Тому гормональна та внутрішньоматкова контрацепція були та залишаються методами вибору в жінок різного віку в усьому світі.

Особенности влияния гормональной и внутриматочной контрацепции на репродуктивное здоровье женщины

А.А. Лубковская

Планирование семьи имеет большое значение в жизни женщины. Ведь это дает возможность парам самостоятельно планировать рождение детей, избегая нежелательной беременности, которая заканчивается искусственным абортом. Как известно, аборт может

быть причиной многих гинекологических заболеваний, негативно влияет на репродуктивное здоровье женщины. Чтобы избежать таких осложнений во всем мире используют различные методы контрацепции (химические, механические, хирургические).

Одними из самых распространенных методов являются гормональная и внутриматочная контрацепции. Несмотря на значительный прогресс в развитии контрацепции, все же остается повышенный риск развития осложнений от их использования. К таким осложнениям относятся сердечно-сосудистые заболевания, метаболические нарушения, нарушения микробиоценоза влагалища, которые, в свою очередь, могут привести к воспалительным процессам органов малого таза. Поэтому изучение влияния последних на репродуктивное здоровье женщины остается актуальным и дискуссионным.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, комбинированная оральная контрацепция, внутриматочная контрацепция, тромбозмболии, микробиоценоз влагалища, воспалительные заболевания органов малого таза.

Features of the hormonal and intrauterine contraception influence on reproductive health of women

O.A. Lubkovska

Family planning has been and remains an important part of a woman's life. Because it enables couples to plan childbirth avoiding unwanted pregnancies ending in artificial abortion. It is known that abortion can cause many gynecological diseases, affecting reproductive health of women. Different methods of contraception are used in the world to avoid such complications. These methods include chemical, mechanical, and surgical. One of the most common methods are hormonal and intrauterine contraception.

Despite substantial progress in contraception still remains an increased risk of complications from their use. These complications include cardiovascular diseases, metabolic disorders, vaginal microbiota disbalances, which in turn can lead to inflammation of the pelvic organs. So the study of the contraception methods' effect on the reproductive health of women remains relevant and disputing.

Key words: reproductive health, combined oral contraceptives, intrauterine contraception, thromboembolism, microbiocenosis of vagina, inflammatory diseases of the pelvic organs.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Акушерство та гінекологія: У 4 т.: національний підручник / Кол. авт.; за ред. акад. НАМН України, проф. В.М. Запорожана. – Т. 3: Неоперативна гінекологія / Кол. авт.; за ред. акад. НАМН України, проф. В.М. Запорожана. – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 928 с.
2. Вайсберг Э. Варианты выбора метода контрацепции: комбинированные оральные контрацептивы (КОК) / Э. Вайсберг // *Мать и Дитя в Кузбассе*. – 2014. – № 4 (59). – С. 12–14.
3. Верткин А.Л. Влияние комбинированной гормональной оральной контрацепции на соматический и психологический статус женщин репродуктивного возраста / А.Л. Верткин, А.В. Носова // *Клиническая медицина*. – 2012. – № 6. – С. 55–60.
4. Даташвили С.С. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки у женщин с внутриматочной контрацепцией / С.С. Даташвили, Алириза А.Э. Макаренко Т. А. // *Сибирский медицинский журнал*. – 2010. – Т. 6, № 66. – С. 1–8.
5. Комарова В.С. Течение воспалительных заболеваний органов малого таза на фоне длительного применения внутриматочных контрацептивов (на примере случая из практики) // В.С. Комарова, С.В. Хлыбова, Е.Г. Зайцева // *Вятский медицинский вестник*. – 2010. – № 3. – С. 1–11.

6. Макаренко Т.А. Этиология гнойных воспалительных заболеваний придатков матки на фоне внутриматочной контрацепции / Т.А. Макаренко, В.Б. Цхай, И.Н. Протасова // Медицина и образование в Сибири. — 2012. — № 2. — С. 1–5.
7. Макаров И.О. Контрацепция в позднем репродуктивном и перименопаузальном периодах / И.О. Макаров, Т.В. Овсянникова, Н.А. Шешукова // Акушерство, гинекология, репродукция. — 2010. — Т. 4, № 1. — С. 15–15.
8. Макацария А.Д. Тромбоз церебральных вен в акушерско-гинекологической практике / А.Д. Макацария, С.В. Акиншина, В.О. Бицадзе // Акушерство, гинекология, репродукция. — 2014. — Т. 8, № 1. — С. 54–59.
9. Мухамедшина В.Р. Влияние методов контрацепции на репродуктивное здоровье женщин / В.Р. Мухамедшина, Т.М. Соколова, К.Ю. Макаров // Сибирский медицинский журнал. — 2011. — Т. 26, № 3 (1). — С. 66–68.
10. Струкова В.А. Коррекция дисбиоза половых путей у женщин после длительного применения внутриматочных контрацептивов / В.А. Струкова // Вестник ОГУ. — 2012. — № 6 (142). — С. 22–25.
11. Ужегова Ж.А. Исторические этапы развития гормональной контрацепции. Оценка рисков и перспективы / Ж.А. Ужегова, М.А. Свиридонова // Вестник репродуктивного Здоровья. — 2011. — Июнь. — С. 18–29.
12. Шишкова В.Н. Подводные камни современной контрацепции: фокус на риск тромбозов и метаболические нарушения // Земский врач. — 2012. — № 3 (14). — С. 5–11.

УДК 618.14-089:617.55

Тактика хірургічного лікування поєднаної патології матки у жінок старшого віку

О.Ю. МінінаНаціональна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
м. Київ

Результати проведених досліджень свідчать, що використання абдомінального хірургічного лікування поєднаної патології матки не втрачає своїй актуальності у зв'язку з пізньою діагностикою міоми матки та її великими розмірами. Порівняльний аналіз ранніх і пізніх ускладнень свідчить про наявні резерви у зниженні їхньої частоти у жінок старше 50 років. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення тактики оперативного лікування поєднаної патології матки.

Ключові слова: поєднана патологія матки, хірургічне лікування.

Основні тенденції розвитку сучасної гінекології характеризуються стрімким впровадженням у практику методів хірургічного лікування із застосуванням малоінвазивних технологій. Використання нових прогресивних технологій у медицині змінило погляди на загальноприйнятту тактику ведення пацієнток з хірургічною патологією. При поєднаній патології матки на сьогодні застосовуються різні доступи оперативного лікування. Проте залишаються до цих пір не вивченими критерії відбору, свідчення, протипоказання, доцільність, можливі очікувані ускладнення і віддалені результати при призначенні того або іншого оперативного доступу при поєднаній патології матки [1–4].

Враховуючи високий сучасний рівень клінічного обстеження при підготовці до оперативного лікування гінекологічних хворих, найчастіше виявляються декілька захворювань матки, що вимагають хірургічної корекції. Свідченням до оперативного лікування є наявність міоми матки у комбінації з аденоміозом, поєднання міоми з нетриманням сечі і генітальним пролапсом [1–4].

На сьогодні пропонуються і упродовжуються різні методики оперативного доступу, використовуються нові синтетичні матеріали як трансплантати, знімаються обмеження для вживання малоінвазивних методик, місце традиційного абдомінального доступу займає лапароскопічний і вагінальний. Традиційні хірургічні технології в оперативній гінекології, пануючі десятиліттями, витісняють нові, що викликає дискусію серед лікарів тих, які достатньо довго оперують традиційними методами.

Крім того, з урахуванням різноманіття можливих хірургічних доступів не визначені свідчення, протипоказання і чіткі критерії вибору оперативного доступу при необхідності хірургічного лікування доброякісних новоутворень матки. Це призво-

дить до поляризації думок фахівців про доцільність вживання малоінвазивних технологій при великих розмірах міоми матки, наявності спайкового процесу органів черевної порожнини і малого таза [1–4].

На нашу думку не всі наукові завдання даного напрямку на сьогодні повністю вирішені. Одним з таких питань є тактика абдомінального хірургічного лікування поєднаної патології матки.

Мета дослідження: вивчення особливостей абдомінального хірургічного лікування поєднаної патології матки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження було включено 359 жінок з поєднаною патологією матки, яким були проведені різні варіанти оперативного лікування. В основну групу увійшли 125 жінок з наявністю поєднаної патології матки, з приводу чого було проведено абдомінальне хірургічне лікування (34,8%). Діагноз підтверджувався клінічними і анамнестичними даними, результатами ультразвукового дослідження, у подальшому підтверджувався гістологічним дослідженням післяопераційного матеріалу.

Критерії включення у дослідження:

- вік від 35 до 70 років;
- розміри матки від 5 до 20 тиж вагітності;
- стресове нетримання сечі 2–3 типу;
- пролапс статевих органів будь-якого ступеня тяжкості.

Критерії виключення з дослідження:

- вік менше 35 років і старше 70 років;
- міома матки більше 20 тиж (у цьому випадку питання про вибір хірургічної тактики вирішувалося на користь абдомінального череворозтину в будь-якій віковій категорії пацієнток, що пов'язане з тривалістю оперативного втручання малоінвазивними доступами);
- важка супутня соматична патологія:
 - цукровий діабет у стадії декомпенсації;
 - гіпертонічна хвороба, ускладнена серцевою недостатністю з високим операційним ризиком;
 - ниркова недостатність;
 - системні захворювання у стадії декомпенсації.
- наявність нетримання сечі при напруженні 1-го типу.

Хворих основної групи було розподілено на три підгрупи залежно від виду поєднаної патології матки.

Слід зазначити, що середній вік пацієнток у першій підгрупі (60 пацієнток з поєднанням міоми і аденоміозу) становив $53,3 \pm 7,1$ року.

У другу підгрупу увійшли 24 хворих з поєднаною патологією матки і симптомами нетримання сечі (СНМ), яким проводили пластику стінок піхви власними тканинами (13 пацієнток з нетриманням сечі 2-го типу та 11 пацієнток з нетриманням сечі 3-го типу з формуванням цистоцеле). Більшість пацієнток у першій підгрупі 2-ї групи були віком старше 50 років, середній вік становив $57,2 \pm 12,3$ року.

У третю підгрупу увійшла 41 пацієнтка, яким були виконані традиційні операції трансабдомінальним доступом. У цій підгрупі виконувалися операції з видаленням органа, при поєднанні пролапсу з міомою або аденоміозом з фіксацією кукси піхви або шийки матки по Кохеру. Також використовували методику фіксації апоневротичним клаптом. При збереженні органа переважно виконували операції з фіксацією органа апоневротичним клаптом. Усі операції завершувалися передньою і задньою кольпораффією. Середній вік жінок цієї підгрупи становив $46,5 \pm 4,1$ року.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що трансабдомінальний доступ при поєднанні міоми і аденоміозу використовували у 33,7% пацієнток, за наявності симптому нетримання сечі при напруженні використані в 40,7% (у поєднанні з алопластикою); при генітальному пролапсі і поєднаній патології матки – в 35,7% жінок. Розміри органа, що видаляється, у більшості випадків були головним чинником при виборі оперативного доступу. У таблиці приведені середні розміри матки, що визначають критерії вибору трансабдомінального втручання.

Віковий критерій за приведеними даними також був важливим моментом при виборі оперативного доступу: вік 40,6% пацієнток – до 50 років, а 59,4% – старше 50 років.

Критеріями вибору хірургічного доступу були розмір пухлини, необхідність проведення ревізії черевної порожнини, перенесені раніше операції, особливо з наявним в анамнезі ускладненим перитонітом, тривалість перебігу захворювання. Так само наявність екстрених свідчень для лапаротомії при кровотечі і вираженої анемізації пацієнтки. У разі наявності пролапсу вибір доступу визначали свідченнями необхідності видалення органа або бажання пацієнтки зберегти репродуктивний потенціал.

У разі поєднаної патології матки (наявність аденоміозу і міоми) свідченнями до оперативного лікування були:

- великі розміри пухлини, тобто понад 14 тиж. Пухлини таких розмірів не схильні до регресу і не піддаються консервативній терапії;
- швидке зростання пухлини з появою скарг на біль, дисменорею, диспареунію;
- ясні тривалі ациклічні кровотечі, що призводять до анемізації;
- наявність ознак деструкції у тканині вузла з появою больового синдрому, запальними змінами;

Середні розміри пухлини матки, $M \pm m$

Обстеження групи	Трансабдомінальний доступ	
	До 50 років	Старше 50 років
Міома матки у поєднанні з аденоміозом	$10,6 \pm 5,4$ тиж	$13,2 \pm 4,2$ тиж
Міома матки у поєднанні з СНМ	$9,0 \pm 2,4$ тиж	$12,2 \pm 3,2$ тиж
Міома матки у поєднанні з пролапсом статевих органів	$9,0 \pm 2,3$ тиж	$10,0 \pm 3,3$ тиж

- перекут субсерозного вузла;
- наявність підслизового вузла великих розмірів з частковим інтерстиціальним розташуванням вузла, не доступного для гістерорезекції, особливо за наявності множинної міоми або поєднання з аденоміозом.
- шийчне розташування крупного вузла із збільшенням загального розміру матки.

Використовували загальноприйняті етапи проведення оперативного трансабдомінального втручання. При виборі об'єму операції на матці керувалися станом шийки матки. За наявності ектопії, ознак ендометріозу шийки матки або дисплазії у цитологічній картині виконували тотальну гістеректомію. Субтотальну гістеректомію виконували при незмінній шийці матки, наполегливому бажанні жінки зберегти вагінальну частину шийки матки. Також при збереженні шийки матки керувалися підходом про краще збереження архітектоники тазового дна при неущкоджених кардинальних і крижово-маткових в'язках.

Аналіз ускладнень при виборі череворозтину як оперативний доступ у пацієнок першої підгрупи при поєднанні міоми матки і аденоміозу показав збільшення кількості ускладнень при подовженні часу операції; у пацієнок старшої вікової групи і при збільшенні об'єму органа, що видаляється.

Ранні післяопераційні ускладнення (у тому числі і інтраопераційні) становили 3 випадки на 60 (5,0%). Включали 2 випадки (3,3%) розбіжності швів на передній черевній стінці і 1 випадок (1,7%) поранення сечового міхура з його інтраопераційним ушиванням.

Пізні післяопераційні ускладнення зафіксовані в 5 випадках (8,3%). У пізній післяопераційний період у 3 жінок (5,0%) сформувався стійкий больовий синдром, пов'язаний з проведеною операцією і формуванням спайкового процесу. У 2 випадках (3,3%) пацієнтки пред'являли скарги на диспареунію.

Загальна кількість ускладнень (ранніх і пізніх) у пацієнок першої підгрупи з використанням трансабдомінального доступу при поєднанні міоми матки і аденоміозу становила 13,3%.

У другій підгрупі більшість пацієнок (83,2%) мали невеликий об'єм видаленої матки (до 14 тиж); 45,8% пацієнок окрім симптомів нетримання сечі мали ознаки цистоцеле, при цьому 89,5% з них відносилися до вікової категорії старше 50 років.

У цій підгрупі пацієнок використовували трансабдомінальний доступ за необхідності видалення органа. Симптоми нетримання сечі при напруженні корегували методикою з використанням фасціального клаптя і формуванням дублікатури передміхурної фасції при передній кольпорафії. У пацієнок з наявністю цистоцеле накладали кисетний шов на передміхурну фасцію із зануренням цистоцеле, далі виконували традиційну пластику передньої стінки піхви.

Ранні післяопераційні ускладнення становили 2 випадки (8,3%). У 1 випадку (4,2%) при трансабдомінальному втручанні виникло ускладнення з боку операційної рани з розбіжністю країв операційної рани, в 1 випадку (4,2%) під час операції пошкоджений сечовий міхур, рана ушита інтраопераційно, пацієнтка виписана додому на 10-у добу.

У пізні післяопераційні ускладнення ми включили всі виниклі рецидиви при спостереженні за пацієнтками від 1 року і більше, при цьому виявляється високий відсоток ускладнень. Пізні післяопераційні ускладнення виявлені в 4 випадках, що становило 16,7%. При їх аналізі 2 випадках (8,3%) пацієнтки мали рецидив захворювання, у 2 пацієнок (8,3%) спостерігалися симптоми диспареунії і формування стійкого больового синдрому. Загальна кількість ранніх і пізніх післяопераційних ускладнень при вживанні трансабдомінального доступу із застосуванням пластики з використанням аутоутканин становив 25,0%.

У третій підгрупі виконували операції з видаленням органа в 18 (43,9%) випадках при поєднанні пролапсу з міомою або аденоміозом з фіксацією кукси піхви або шийки матки. При збереженні органа переважно виконували операції з фіксацією органа апоневротичним клаптем, така операція була виконана в 23 (56,1%) випадках. Усі операції завершувалися пластикою – передньою і задньою кольпорафією. Більшість пацієнок третьої підгрупи були віком від 35 до 50 років, їх середній вік становив $46,1 \pm 3,4$ року.

Ранні післяопераційні ускладнення у пацієнок третьої підгрупи з використанням трансабдомінального доступу склали 3 випадки (7,3%). Пізні післяопераційні ускладнення включили 4 випадки (9,8%). У 2 випадках (5,9%) мав місце рецидив захворювання, в 2 (5,9%) спостерігалися симптоми диспареунії, і формування стійкого больового синдрому. Загальна кількість ранніх і пізніх післяопераційних ускладнень при вживанні трансабдомінального доступу при пролапсі становив 7 випадків (17,1%). Таким чином, у кожної шостої пацієнтки було те або інше незадоволення результатами проведеної операції.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що використання абдомінальне хірургічного лікування поєднаної патології матки не втрачає своїй актуальності у зв'язку з пізньою діагностикою міоми матки і її великими розмірами. Порівняльний аналіз ранніх і пізніх ускладнень свідчить про наявні резерви зниження їхньої частоти у жінок старше 50 років. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення тактики оперативного лікування поєднаної патології матки.

Тактика хирургического лечения сочетанной патологии матки у женщин старшего возраста О.Ю. Минина

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что использование абдоминальное хирургического лечения сочетанной патологии матки не теряет своей актуальности в связи с поздней диагностикой миомы матки и ее большими размерами. Сравнительный анализ ранних и поздних осложнений указывает на имеющиеся резервы в снижении их частоты у женщин старше 50 лет. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке тактики оперативного лечения сочетанной патологии матки.

Ключевые слова: сочетанная патология матки, хирургическое лечение.

Tactics of surgical treatment of the combined pathology of uterus at women of advanced age O.Yu. Minina

Results of the spent researches testify that use abdominal surgical treatment combination pathology of uterus does not lose the urgency in connection with late diagnostics of a myoma of a uterus and its big sizes. The comparative analysis of early and late complications specifies in available reserves in decrease in their frequency of feature at women is more senior 50 years. The received results are necessary for considering by working out of tactics of operative treatment сочетанной uterus pathologies.

Key words: combination uterus pathology, surgical treatment.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамьян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамьян, В.И. Кулаков. — М.: Медицина, 2014. — 320 с.
2. Аккер Л.В. Течение постоваризектомического синдрома в постменопаузальном периоде. Особенности метаболических изменений и их коррекция заместительной гормональной терапией / Л.В. Аккер, А.И. Гальченко, Т.С. Таранина // Акушерство и гинекология. — 2014. — № 5. — С. 34–38.
3. Афанасьева А.А. Гистероскопический контроль терапии гиперпластических процессов эндометрия в перименопаузе / А.А. Афанасьева, В.А. Кулавский // Проблемы пери- и постменопаузального периода. — М., 2016. — С. 6–7.
4. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии / Я.В. Бохман. — СПб: Фолиант, 2009. — 542 с.

УДК 618.14-006+618.14-007.415]-089

Поєднання міоми матки та аденоміозу: тактика хірургічного лікування

Т.П. Поліщук

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

Результати проведених досліджень свідчать про необхідність використання диференційованого підходу до використання різних методів хірургічного лікування (абдомінальний, лапароскопічний і вагінальний) у пацієнток з поєднанням міоми матки і аденоміозу. Раціональне використання сучасних методів оперативного лікування з урахуванням віку пацієнток, розмірів пухлини, наявності супутньої екстрагенітальної патології дозволить знизити частоту ранніх і пізніх післяопераційних ускладнень, а також сприятиме швидшому відновленню пацієнток.

Ключові слова: міома матки, аденоміоз, хірургічне лікування, порівняльні аспекти.

Основні тенденції розвитку сучасної гінекології характеризуються стрімким впровадженням у практику методів хірургічного лікування із застосуванням малоінвазивних технологій. Використання нових прогресивних технологій у медицині змінило погляди на загальноприйнятту тактику ведення пацієнток з хірургічною патологією. При поєднаній патології матки на сьогодні застосовуються різні доступи оперативного лікування. Проте залишаються досі не вивченими критерії відбору, показання, протипоказання, доцільність, можливі очікувані ускладнення і віддалені результати при призначенні того або іншого оперативного доступу при поєднаній патології матки [1–4].

Враховуючи високий сучасний рівень клінічного обстеження при підготовці до оперативного лікування гінекологічних хворих, найчастіше виявляють декілька захворювань матки, що вимагають хірургічної корекції. Показаннями до оперативного лікування є наявність міоми матки у комбінації з аденоміозом [1–4].

На сьогодні пропонуються і впроваджуються різні методики оперативного доступу, використовуються нові синтетичні матеріали як трансплантати, знімаються обмеження для вживання малоінвазивних методик, місце традиційного абдомінального доступу посідає лапароскопічний і вагінальний. Традиційні хірургічні технології в оперативній гінекології, пануючі десятиліттями, витісняють нові, що викликає дискусію серед лікарів, які достатньо довго оперують традиційними методами.

Крім того, з урахуванням різноманіття можливих хірургічних доступів не визначені свідчення, протипоказання і чіткі критерії вибору оперативного доступу за необхідності хірургічного лікування доброякісних новоутворень матки. Це наво-

дить до поляризації думок фахівців про доцільність вживання малоінвазивних технологій при великих розмірах міоми матки, наявності спайкового процесу органів черевної порожнини і малого таза [1–4].

На нашу думку не всі наукові завдання даного напрямку на сьогодні повністю вирішені. Одним з таких питань є вивчення порівняльних аспектів різних методів хірургічного лікування поєднання міоми матки і аденоміозу.

Мета дослідження: вивчення порівняльних аспектів різних методів хірургічного лікування поєднання міоми матки і аденоміозу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідженні взяли участь 362 жінки, які мають ознаки аденоміозу і міоми матки. Показаннями до операції були наступні симптоми: суб'єктивні скарги пацієнтки на больовий синдром, нерегулярні кров'яні тривалі виділення (кровотечі) із статевих шляхів, абдомінальний дискомфорт, пов'язаний з дисфункцією сусідніх з маткою органів. При лабораторному контролі основним показанням до оперативного втручання була наявність тривалою хронічною анемією, невідповідний фармакологічний корекції. В обов'язковому порядку всім пацієнткам проводили ультразвукове дослідження органів малого таза з кольоровим доплерівським картируванням маткових судин.

Передопераційне обстеження всіх пацієнток з показаннями до оперативного лікування включав:

1. Збір скарг і анамнезу.
2. Об'єктивний статус.
3. Гінекологічний статус.
4. Лабораторний контроль.
5. Ультразвукове дослідження (УЗД).

При комплексному клініко-лабораторному обстеженні пацієнток отримані наступні дані:

- порушення менструального циклу відмічені у 362 (100%) жінок;
- ознаки альгоменореї у 295 (81,5%) пацієнток;
- анемія I–III ступеня у 310 (85,6%) жінок;
- збільшення розмірів матки від 5 тиж вагітності і більше відповідно у 362 (100%);
- зміни при УЗД виявлені також у всіх пацієнток – 100%.

Основну групу пацієнток з поєднанням міоми матки і аденоміозу було розподілено на три підгрупи залежно від методу хірургічного лікування:

- 1-а підгрупа – 122 жінки, прооперовані абдомінальним шляхом;
- 2-а підгрупа – 212 пацієнток з лапароскопічним методом лікування;
- 3-я підгрупа – 28 жінок, прооперованих вагінальним доступом.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Більшість пацієнток у 1-й підгрупі були старші 50 років – 73,8% жінок, яким за різними показаннями виконано трансабдомінальне втручання. Середній вік становив $53,4 \pm 5,3$ року.

Середні розміри матки в тижнях вагітності і вид оперативного доступу у обстежених жінок основної групи, $M \pm m$

Основна група	Трансабдомінальний доступ		Лапароскопічний доступ		Вагінальний доступ	
	35-50 років	Старше 50 років	35-50 років	Старше 50 років	35-50 років	Старше 50 років
Міома матки у поєднанні з аденоміозом	$11,6 \pm 5,4$	$13,1 \pm 4,2$	$10,2 \pm 3,3$	$11,6 \pm 5,0$	$8,6 \pm 2,4$	$7,6 \pm 3,4$

У 2-й підгрупі хворих, що перенесли ендоскопічні втручання, більшість пацієнток увійшли до вікової категорії від 35 до 50 років (75,9%). Середній вік становив $44,4 \pm 4,2$ року.

У 3-й підгрупі, найбільша кількість пацієнток з перенесеними вагінальними втручаннями була старше 50 років (64,3%). Середній вік становив $58,3 \pm 5,5$ року.

Отже, виконано 122 операції трансабдомінальним доступом – 33,7%, лапароскопічний доступ використовувався у 212 випадках – 58,6 %, вагінальний доступ використаний у 28 пацієнток – 7,7 %. Більшість операцій в основній групі виконана лапароскопічним доступом (75,9%) жінкам вікової категорії від 35 до 50 років, що має невеликі об'єми матки від 5 до 14 тиж, середній розмір матки – $10,2 \pm 1,3$ тиж. Вибір оптимального доступу в більшості випадків був пов'язаний з розмірами пухлини, що видалялася (таблиця).

Дані таблиці свідчать, що при використанні абдомінального доступу абсолютні цифри середніх розмірів матки перевищували об'єм порівняно з використанням вагінального і лапароскопічних доступів, але не мали достовірних відмінностей ($p > 0,05$). Розміри органа, що видаляється, у більшості випадків були одним з вирішальних чинників під час вибору оперативного доступу.

При порівнянні усіх вживаних методик оперативного лікування міоми матки у поєднанні з аденоміозом отримані наступні результати: середня тривалість операції в абсолютних цифрах вище при вживанні вагінального доступу, але не має достовірних відмінностей з часом, витраченим на використання лапароскопічного і вагінального доступу ($p > 0,05$). Це ймовірно пов'язано з тим, що вагінальні операції проведені у 28 пацієнток, що становило 7,7% від загальної кількості пацієнток цієї групи. Середній післяопераційний койко-день, активізація пацієнток, тривалість субфебрильної реакції організму порівняна у всіх досліджуваних групах і не має достовірних відмінностей ($p > 0,05$).

При порівнянні післяопераційних ускладнень при трансабдомінальному доступі, ранні післяопераційні ускладнення включали 6 випадків, що становило 4,9% у групі оперованих хворих з міомою матки і аденоміозом і достовірно відрізнялися з групою лапароскопічного доступу ($p < 0,001$), але не знайдено достовірних відмінностей з групою вагінального доступу ($p = 0,703$).

Основну групу ранніх післяопераційних ускладнень склали патологічні зміни в області післяопераційної рани передньої черевної стінки і становили 3 (2,5%) випадки, включали сероми, розбіжність країв післяопераційної рани.

Пізні післяопераційні ускладнення при застосуванні трансабдомінального доступу становили 17 (13,9%) випадків і також мали достовірну відмінність порівняно з лапароскопічним доступом ($p < 0,001$), не мали відмінностей порівняно з вагінальним доступом.

Аналіз пізніх післяопераційних ускладнень проводили за даними диспансерного спостереження і активного з'ясування скарг у пацієнок, яким раніше були проведені операції, і включав період часу від 1 року до 5 років післяопераційного спостереження. Стійкий больовий синдром виявлений у 8 жінок (6,6%), диспаревнія після череворозтинів спостерігалася у 6 пацієнок (4,9%). Формування кіст яєчників, серозоцеле, спайкового процесу органів малого таза, що діагностується при УЗД, виявлено в 3 випадках (2,5%). Загальна кількість всіх ускладнень при вживанні череворозтину – 23 (18,8%). З них ранні післяопераційні ускладнення становили 4,9%, пізні післяопераційні ускладнення – 13,9%.

Аналіз ускладнень при застосуванні лапароскопічного доступу показав значно менший відсоток ускладнень як в ранній, так і в пізній післяопераційний період порівняно з трансабдомінальним доступом ($p < 0,001$). Ранні післяопераційні ускладнення становили 1 (0,5%) випадок і включали наявність сероми в області введення троакара. Пізні післяопераційні ускладнення (3 випадки або 1,4%) були пов'язані з наявністю суб'єктивних скарг пацієнок – формування стійкого больового синдрому 2 (0,9%) випадки і наявність диспаревнії, що з'явилася в післяопераційний період – 1 (0,5%). Загальна кількість ускладнень при вживанні лапароскопічного доступу становила 4 (1,9%).

При вживанні вагінального доступу у пацієнок з міомою матки і аденоміозом ранні післяопераційні ускладнення включали 1 випадок (3,6%), пов'язаний з виникненням запального процесу в області вагінальної післяопераційної рани. Пізні післяопераційні ускладнення становили 2 (7,1%) випадки і пов'язані з формуванням стійкого больового синдрому – в 1 (3,6%) і в 1 (3,6%) спостереженні з'явилася диспаревнія після проведеної операції. Загальна кількість ускладнень при вживанні вагінального доступу становила 3 (10,7%) випадки і не мали достовірних відмінностей з трансабдомінальним доступом.

Представлені ускладнення стали приводом для проведення аналізу ефективності і якості використання різних операційних доступів.

За результатами дослідження післяопераційних ускладнень у пацієнок основної групи можна дійти висновку, що в більшості випадків при застосуванні трансабдомінального доступу немає достовірних відмінностей між середніми показниками порівнюваних параметрів у пацієнок з ускладненнями і без ускладнень ($p > 0,05$). Відмінність виявлена в одному випадку: збільшення об'єму органа, що видаляється, достовірно збільшує ускладнення у післяопераційний період з боку операційної рани ($p < 0,05$) при трансабдомінальному доступі.

Усі ускладнення при проведеній лапаротомії пов'язані з більшою травматичністю, обмеженням рухливості пацієнтки в ранній післяопераційний період, зумовленої вираженим больовим синдромом. В основній групі

пацієнок з ускладненнями з використанням лапароскопічного і вагінального доступів, середні розміри органа, час операції, вік перевищували середні розміри тих самих показників у пацієнок без ускладнень, але при статистичному обробленні даних відмінностей виявлено не було ($p > 0,05$) у більшості підгруп порівняння.

Достовірно виявлено, що збільшення об'єму органа, що видаляється, час проведення операції лапароскопічним доступом збільшує ризик пошкодження сечовивідних доріг ($p < 0,05$). Використання вагінального доступу збільшує ризик формування диспаревнії у пацієнок з великими розмірами органа, що видаляється, і при збільшенні часу операції ($p < 0,05$), що може бути зв'язане з травматизацією тканин при видаленні пухлини великих розмірів і більшою крововтратою при подовженні часу операції.

Отже, є підстави зробити висновок про необхідність внесення обмежень вживання малоінвазивних доступів при великих розмірах пухлини матки. При розмірах пухлини більше 14 тиж на користь пацієнтки доцільно використовувати трансабдомінальний доступ, щоб уникнути важких інтраопераційних ускладнень, кровотеч і негативних симптомів у пізній післяопераційний період, пов'язаний з формуванням стійкого больового синдрому і формуванням диспаревнії.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про необхідність використання диференційованого підходу до використання різних методів хірургічного лікування (абдомінальний, лапароскопічний і вагінальний) у пацієнок з поєднанням міоми матки і ендометріозу. Раціональне використання сучасних методів оперативного лікування з урахуванням віку пацієнок, розмірів пухлини, наявності супутньої екстрагенітальної патології тощо дозволить знизити частоту ранніх і пізніх післяопераційних ускладнень, а також сприятиме швидшому відновленню пацієнок.

Сочетание миомы матки и аденомиоза: тактика хирургического лечения Т.П. Полищук

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о необходимости использования дифференцированного подхода к использованию различных методов хирургического лечения (абдоминальный, лапароскопический и вагинальный) у пациенток с сочетанием миомы матки и аденомиоза. Рациональное использование современных методов оперативного лечения с учетом возраста пациенток, размеров опухоли, наличия сопутствующей экстрагенитальной патологии позволит снизить частоту ранних и поздних послеоперационных осложнений, а также будет способствовать более быстрому восстановлению пациенток.

Ключевые слова: миома матки, аденомиоз, хирургическое лечение, сравнительные аспекты.

Hysteromyoma and adenomyosis combination: tactics of the surgical treatments T.P. Polishchuk

Results of the spent researches testify to necessity of use of the differentiated approach to use of various methods of surgical treatment (abdominal, laparoscopic and vaginal) at patients with a combination of myoma of uterus and adenomyose. Rational use of modern methods of operative treatment taking into account age of patients, the sizes of a tumour, presence accompanying extragenital pathologies, etc. will allow to lower frequency of early and late postoperative complications, and also promotes faster restoration of patients.

Key words: uterus myoma, adenomyose, surgical treatment, comparative aspects.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамьян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамьян, В.И. Кулаков. – М.: Медицина, 2014. – 320 с.
2. Аккер Л.В. Течение постоваризомического синдрома в постменопаузальном периоде. Особенности метаболических изменений и их коррекция заместительной гормональной терапией / Л.В. Аккер, А.И. Гальченко, Т.С. Таранина // Акушерство и гинекология. – 2014. – № 5. – С. 34–38.
3. Афанасьева А.А. Гистероскопический контроль терапии гиперпластических процессов эндометрия в перименопаузе / А.А. Афанасьева, В.А. Кулавский // Проблемы пери- и постменопаузального периода. – М., 2016. – С. 6–7.
4. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии / Я.В. Бохман. – СПб: Фолиант, 2009. – 542 с.

УДК 618.14-006.55-036-071.1

Сучасні фактори ризику аденоміозу

П.М. Прудніков

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

У результаті аналізу попередніх діагнозів на догоспітальному етапі у хворих на аденоміоз була виявлена значна різноманітність поставлених діагнозів. Так, з 60 хворих у 30 жінок (50%) цей діагноз був встановлений правильно, в 11 жінок (18,3%) аденоміоз помилково був прийнятий за міому матки, у 7 (11,7%) – за гіперплазію та поліпи ендометрія, у 4 (6,7%) – за дисфункціональні маткові кровотечі, у 2 (3,3%) – за цистоаденому яєчника. Шість жінок (9%) тривалий час проходили обстеження та лікування у невропатолога, гастроентеролога, терапевта з підозрою на грижу диску, остеохондроз, коліт, спайковий процес тощо.

На підставі клініко-анамнестичних даних та результатів гінекологічного обстеження аденоміоз було запідозрено у 48 хворих, з них підтверджено – у 28. Хибно-негативні результати становила 41%. Проте з 60 пацієнток з підтвердженим аденоміозом в клінічний діагноз дана патологія була встановлена у 31 з них. Таким чином, частка хибно-негативних результатів становила 48%. Чутливість методу – 51,7%, специфічність – 59%. Отримані результати необхідно враховувати при проведенні ранньої діагностики та прогнозуванні аденоміозу.

Ключові слова: аденоміоз, фактори ризику.

Останнім часом генітальний внутрішній ендометріоз тіла матки (аденоміоз) прийнято розглядати як особливе захворювання, що істотно відрізняється від звичайного ендометріозу за патогенезом, епідеміологією та клінічною картиною [1, 2].

Питома частота аденоміозу у структурі генітального ендометріозу сягає 70–90%. На підставі клінічних проявів діагноз «аденоміоз» може бути встановлений принаймні в 50% спостережень, в 75% випадків діагноз не встановлюється, в 35% спостерігається гіпердіагностика [3, 4]. Це пов'язано з тим, що етіологія та патогенетичні механізми, що відповідають за розвиток аденоміозу, досі недостатньо детально вивчені, а після видалення матки для коректної діагностики необхідна наявність гістопатологічного висновку.

Незважаючи на велику кількість досліджень, присвячених різним аспектам аденоміозу, досі не з'ясована роль клініко-анамнестичних даних у розвитку та перебігу аденоміозу.

Мета дослідження: вивчення ролі клініко-анамнестичних даних у розвитку та перебігу аденоміозу на сучасному етапі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети дослідження було проведено обстеження 110 пацієнток. В основну групу увійшли 60 пацієнток, хворих на аденоміоз різного ступеня.

пеня активності та поширеності. Контрольну групу склали 50 пацієнток репродуктивного та перименопаузального віку без аденоміозу.

Залежно від ступеня вираженості основних клінічних проявів, характерних для аденоміозу, усіх досліджених пацієнток з аденоміозом ($n=60$) умовно було розподілено на дві клінічні підгрупи:

1.1 – 38 пацієнток з клінічно «активним» аденоміозом;

1.2 – 22 пацієнтки з клінічно «неактивним» аденоміозом.

Для визначення форм клінічної активності проводили оцінювання найбільш поширених клінічних проявів аденоміозу: вираженості больового синдрому та гіперполіменореї.

До підгрупи 1.1 увійшли хворі з клінічно активним проявом захворювання, пацієнток з помірно вираженим та сильним болем, а також пацієнток з гіперполіменореєю у поєднанні з анемією середнього та важкого ступеня.

До підгрупи 1.2 увійшли пацієнтки з клінічно неактивним перебігом аденоміозу, хворі зі слабким болем, відсутністю анемії або гіперполіменореї у поєднанні з анемією легкого ступеня.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У наших спостереженнях вік пацієнток з аденоміозом варіював в широких межах – 26–50 років (у середньому – $39,5 \pm 5,7$ року). У підгрупі пацієнток з «активним» аденоміозом середній вік становив $40,8 \pm 5,2$ року, у підгрупі пацієнток з «неактивним» аденоміозом – $38,2 \pm 4,7$ року без достовірних відмінностей між групами. Це підтверджує дані про те, що останнім часом аденоміоз частіше виявляють у жінок більш молодшого віку [5–7].

На думку деяких авторів, вік настання менархе не є визначальним при аденоміозі [3, 5]. У нашому дослідженні вік настання менархе становив $11,7 \pm 1,4$ року (достовірного взаємозв'язку між віком настання менархе та активністю перебігу аденоміозу виявлено не було), що істотно не відрізняється від популяційних даних ($12,2 \pm 1,54$ року). Далеко не всі дослідники погоджуються з такою точкою зору, вважаючи більш пізнє настання менархе фактором ризику розвитку аденоміозу. У той же час за іншими даними [1, 2], настання раннього менархе зі скороченим циклом, тривалими й рясними менструаціями і більшою експозицією порожнини матки та малого таза ретроградною менструальною кров'ю, є фактором ризику виникнення ендометріозу будь-якої локалізації.

У нашому дослідженні порушення менструального циклу спостерігали у 92,5% хворих. Так, дисменорея (100%), гіперполіменорея (73,7%) та перименструальні кров'яністі виділення (93,4%) достовірно частіше фіксували в групі хворих з «активним» аденоміозом ($p<0,05$). Гіперменореєю практично з однаковою частотою спостерігали в обох групах (26,3 та 22,7% відповідно). Ці дані свідчать про неповноцінність механізмів регуляції менструального циклу, перш за все, системи гіпоталамус–гіпофіз–яєчники.

Наша думка збігається з даними низки авторів про те, що обсяг і тривалість менструації може бути фактором імплантації ендометріюклітин, проте такі фактори, як спадкова схильність та порушення загального й локального імунітету мають пріоритетне значення в розвитку аденоміозу [3, 7]. Слід зазначити високий

ступінь обтяженості репродуктивного анамнезу у хворих на аденоміоз, особливо у групі з «активним» аденоміозом ($p<0,05$). Більшість пацієнток з аденоміозом мали в анамнезі від 2 до 8 штучних абортів (55%), ускладнених процесами запалення (23,3%), а також лікувально-діагностичні вишкрібання (59,2%).

В обстежених нами хворих виявлено високу частоту виникнення хронічних сальпінгоофоритів та ендометритів в анамнезі – 51,6%; у популяції в середньому частота даних захворювань становить 37,2%. Виявлені дані підтверджують думку, згідно з якою внутрішньоматкові втручання є факторами ризику розвитку аденоміозу. Низка авторів вважають, що сприятливі умови для інвазії та зростання ендометріальних клітин в міометрії спричиняють нейродистрофічні зміни у зоні гістобіологічного бар'єру, що виникають внаслідок димолітичних та десмопластичних процесів слизової оболонки, сполучної та м'язової тканин й нерідко виникають внаслідок запалення [1, 3, 7].

Частота виникнення безплідності у хворих на ендометріоз коливається від 25% до 60%.

Серед факторів виникнення безплідності ендометріоз посідає друге місце після запальних захворювань органів малого таза [2, 5]. За нашими даними, безплідність була виявлена у 47,5% хворих з аденоміозом. Причому достовірно частіше вона виникала при «активному» аденоміозі ($p<0,05$): у 23,3% – первинна, а у 24,2% – вторинна безплідність, яка виникала, як правило, після значної кількості абортів.

При вивченні сімейного анамнезу встановлено, що 45% пацієнток мали обтяжену спадковість щодо захворювань статевих органів, фіброзно-кістозної мастопатії (30,8%), пухлин екстрагенітальної локалізації (18,3%), ендокринопатій – захворювання щитоподібної залози, цукровий діабет, ожиріння (28,3%).

Вивчення преморбідного фону з особливою увагою на захворюваність в дитинстві, перенесені в минулому та наявні на сьогодні захворювання виявило, що індекс здоров'я обстежених хворих на аденоміоз був достовірно низьким.

При вивченні даних анамнезу було встановлено, що хворі на аденоміоз перенесли низку інфекційних захворювань в дитинстві – 74,2% проти 28,0% випадків у контрольній групі ($p<0,05$). Кількість хворих на аденоміоз, які перенесли дитячі інфекційні захворювання, становила 55,8%, часті гострі респіраторні захворювання – 60,0%.

Велике значення в генезі аденоміозу мають і хронічні соматичні захворювання. Як свідчить аналіз клініко-анамнестичних даних, у пацієнток з аденоміозом відзначено значну частоту виникнення хронічних захворювань. Так, обмінно-ендокринні порушення у хворих на аденоміоз зустрічалися найчастіше – в 23,3% випадків, на другому місці були захворювання травного тракту – 20%, далі – хронічні хвороби органів дихання (17,5%), серцево-судинні захворювання (12,5%), патологія сечовидільної системи (9,2%). Алергії реакції до лікарських препаратів та різних побутових факторів були виявлені у 22,5% пацієнток, що може свідчити про порушення імунного гомеостазу.

У частини хворих було декілька з наведених вище захворювань. Залежно від ступеня активності перебігу аденоміозу кількість пацієнток з виявленою екстрагенітальною патологією зростала, становлячи 34,1% випадків при «неактивному» аденоміозі та 51,3% – при «активному» аденоміозі.

Аналіз власних результатів клінічного перебігу аденоміозу у пацієнток не підтвердив достовірних відмінностей за віком, часом настання менархе, кількістю пологів та спадковістю залежно від ступеня активності перебігу аденоміозу ($p > 0,05$).

Достовірною відмінністю в двох групах хворих з «активним» та «неактивним» аденоміозом був обтяжений гінекологічний та соматичний анамнез, що проявлялося більш низьким індексом здоров'я у хворих з «активним» аденоміозом.

Таким чином, процеси запалення статевих органів та оперативні втручання на матці мають велике значення в патогенезі аденоміозу. Підтвердженням цьому є дослідження, які доводять, що вагітність часто виявляє інгібуючу дію на ендометрію, а аборт та пологи з ускладненнями погіршують перебіг аденоміозу [3, 7].

Крім того, високий інфекційний індекс та супутні екстрагенітальні захворювання також є характерними рисами аденоміозу. Можливо, дані захворювання безпосередньо не впливають на розвиток аденоміозу, але зниження стійкості організму до факторів зовнішнього середовища є фоном до формування стійких метаболічних порушень та ослаблення імунної системи. Ці зміни не мають специфічного характеру, оскільки, за даними ряду авторів, аналогічні особливості захворюваності та наявності інфекційного індексу виявляються й у хворих на міому матки, гіперплазію ендометрія тощо [1, 2].

Запропонована сучасна концепція патогенезу гормонозалежних захворювань репродуктивної системи жінок висвітлює подібні процеси з точки зору місцевих і загальних морфофункціональних та ендокринних порушень із появою «порочного кола» у системі гіпоталамус–гіпофіз–яєчники на фоні імунodefіциту [5, 6].

Аналіз тривалості захворювання на аденоміоз залежно від моменту початкових клінічних проявів до першої госпіталізації дозволив виявити, що за «активного» аденоміозу тривалість даного періоду більше, ніж у 50% хворих становила 1–3 роки, а при «неактивному» аденоміозі – 4–8 років. Тобто для «активного» аденоміозу характерна менша тривалість захворювання з моменту перших симптомів до госпіталізації та відповідно швидке прогресування цього процесу.

Наші результати, засновані на зіставленні клінічної картини аденоміозу з даними патоморфологічного дослідження, узгоджуються з даними інших авторів та підтверджують, що патогномонічні прояви аденоміозу характерні для 2–4-ї стадії дифузної форми, а також для вузлової форми. Для дифузної аденоміозу 1-ї стадії не характерна наявність типових клінічних проявів (дисменорея, гіперполіменорея тощо), проте він може поєднуватися з безплідністю I або II стадії і, можливо, бути його причиною [3, 4, 7].

За даними низки авторів, клінічний діагноз «аденоміоз» збігається з гістологічним тільки в 25–65% випадків; має місце як гіпер-, так і гіподіагностика аденоміозу, що визначають помилкову тактику ведення та прогноз [1, 2].

У результаті аналізу попередніх діагнозів на догоспітальному етапі у хворих на аденоміоз була виявлена значна різноманітність поставлених діагнозів. Так, з 60 хворих у 30 жінок (50%) цей діагноз був встановлений правильно, у 11 жінок (18,3%) аденоміоз помилково був прийнятий за міому матки, у 7 (11,7%) – за гіперплазію та поліпи ендометрія, у 4 (6,7%) – за ди-

сфункціональні маткові кровотечі, у 2 (3,3%) – за цистоаденому яєчника. Шість жінок (9%) тривалий час проходили обстеження та лікування у невропатолога, гастроентеролога, терапевта з підозрою на грижу диска, остеохондроз, коліт, спайковий процес тощо.

ВИСНОВКИ

Таким чином, на підставі клініко-анамнестичних даних та результатів гінекологічного обстеження аденоміоз було запідозрено у 48 хворих, з них підтверджено – у 28 пацієнток. Частка хибнопозитивних результатів становила 41%. Проте з 60 пацієнток з підтвердженим аденоміозом в клінічний діагноз дана патологія була винесена у 31. Таким чином, частка хибнонегативних результатів становила 48%. Чутливість методу – 51,7%, специфічність – 59%. Отримані результати необхідно враховувати при ранній діагностиці та прогнозуванні аденоміозу.

Современные факторы риска аденомиоза

П.М. Прудников

В результате анализа предварительных диагнозов на догоспитальном этапе у больных аденомиозом была выявлена значительная разнородность поставленных диагнозов. Так, из 60 больных: у 30 (50,0%) этот диагноз был установлен правильно, у 11 (18,3%) аденомиоз ошибочно был принят за миому матки, у 7 (11,7%) – за гиперплазию и полипы эндометрия, у 4 (6,7%) – за дисфункциональные маточные кровотечения, у 2 (3,3%) – за цистоаденому яичника. Шесть (10,0%) больных длительное время проходили обследование и лечение у невропатолога, гастроэнтеролога, терапевта с подозрением на грыжу диска, остеохондроз, колит, спаечный процесс и прочее.

На основании клинико-анамнестических данных и результатов гинекологического обследования аденомиоз был заподозрен у 48 больных, из них подтвержден – у 28. Ложноположительные результаты составили 41%. В то же время, из 60 пациенток с подтвержденным аденомиозом, в клинический диагноз данная патология была вынесена у 31. Таким образом, ложноотрицательные результаты составили 48%. Чувствительность метода – 51,7%, специфичность – 59%. Полученные результаты необходимо учитывать при проведении ранней диагностики и прогнозировании аденомиоза.

Ключевые слова: аденомиоз, факторы риска.

Modern risk factors of adenomyosis

P.M. Prudnikov

As a result of the analysis of preliminary diagnoses at pre-hospital stage at patients with an adenomyosis their appreciable heterogeneity was taped. So, from 60 patients at 50% this diagnosis was made correctly, at 18,7% the adenomyosis was mistakenly taken for a hysteromyoma, at 11,7% – for hyperplasia and polyps an endometrium, at 6,7% – for dysfunctional uterine bleedings; at 3,3% – for cystoadenoma an ovary. 10,0% of patients a long time were surveyed and treated at the neuropathologist, the gastroenterologist, the therapist with suspicion on disk hernia, osteochondrosis, colitis, adherent process and so forth

On the basis of clinical-anamnesic yielded and results of gynecologic inspection the adenomyosis was suspected at 48 patients, from them is confirmed – in 28 cases. The share of false positive results made 41%. At the same time from 60 patients with the con-

firmed adenomyosis, in the clinical diagnosis this pathology was taken out at 31. Thus, the share of false-negative results made 48%. Sensitivity of a method – 51.7%, specificity – 59%. The received results need to be considered at early diagnostics and adenomyosis forecasting.

Key words: adenomyosis, risk factors.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков. – М.: Медицина, 2008. – 317 с.
2. Айламазян Э.К. Генитальный эндометриоз: новые подходы к терапии: Руководство для врачей / Э.К. Айламазян, С.А. Сельков, М.И. Ярмолинская. – СПб., 2013. – 25 с.
3. Актуальные вопросы гинекологии / Под. ред. Е. В. Коханевич. – К.: ООО «Книга-плюс», 2008. – 161 с.
4. Баскаков В.П. Эндометриозная болезнь / В.П. Баскаков, Ю.В. Цвелев, Е.Ф. Кира. – Санкт-Петербург: ООО «Издательство Н-Л», 2012. – 452 с.
5. Беженарь В.Ф., Повзун С.А., Фридман Д.Б. Анализ эффективности способов получения биоптатов для гистологической верификации аденомиоза // Журнал акушерства и женских болезней. – 2012. – Т. LIV. – Вып. 4. – С. 37–39.
6. Сорокина А.В., Тотчиев Г.Ф., Токтар Л.Р. Современные подходы к генетической диагностике аденомиоза // Вестник РУДН, Серия Медицина, Акушерство и гинекология. – 2010. – № 5. – С. 181–191.
7. Радзинский В.Е., Сорокина А.В., Жилина Н.В. Иммунологические и генетические детерминанты аденомиоза с позиции доказательной медицины // Вестник РУДН, Серия Медицина Акушерство и гинекология. – 2010. – № 6. – С. 138–145.

УДК 618.15-007.44-06:616.62-007.43-089

Оптимізація хірургічного лікування нестресового нетримання сечі

Д.М. Федорова

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

Результати проведених досліджень свідчать, що використання удосконаленої методики хірургічного лікування рецидивуючого цистоцеле і геніального пролапсу дозволяє покращити результати оперативного втручання, а також суттєво знизити частоту рецидивів протягом 3–5 років після операції. Отримані результати необхідно використовувати в практичній охороні здоров'я на рівні спеціалізованих гінекологічних відділень.

Ключові слова: нестресове нетримання сечі, хірургічне лікування, оптимізація.

Частота поширеності пролапсу тазових органів у структурі гінекологічної захворюваності за даними різних авторів варіює від 15% до 30% [3]. Не дивлячись на зниження народжуваності і зайнятості жінок на важкому виробництві, проблема лікування опущення статевих органів залишається однією з найбільш актуальних для акушерів-гінекологів. Пролапс статевих органів, як правило, поєднується з анатомічною і функціональною недостатністю суміжних органів і спричинює сечову і кишкову інконтиненцію [1].

Клінічні симптоми опущення і випадання внутрішніх статевих органів приносять жінці фізичні і моральні страждання, знижують працездатність, сексуальну активність, впливають на якість життя. Найчастішою проблемою у хворих з пролапсом тазових органів є формування цистоцеле (ЦЦ) при опущенні передньої стінки піхви. Наявність ЦЦ, у свою чергу, може призводити до значного опущення шийки сечового міхура і посилює тяжкість порушень сечовипускання [4].

Хірургічне лікування у хворих з пролапсом тазових органів розглядається як єдино ефективний метод лікування, а кількість операцій, запропонованих для корекції даної патології, складає більше 200 модифікацій. Проте висока частота рецидивів захворювання (від 16% до 43%) свідчить про недостатню ефективність вживаних на сьогодні хірургічних методик [5].

Розвиток функціональної хірургії таза на основі сучасних технологій представляє можливості для профілактики післяопераційних рецидивів шляхом використання нової методології: вживання малоінвазивних методик, обов'язкова корекція всіх функціональних розладів органів малого таза, використання сучасних синтетичних матеріалів для заміщення дефектів тазової фасції [2].

Усе наведене вище свідчить про те, що проблема хірургічної корекції ЦЦ при генітальному пролапсі залишається актуальною і вимагає подальшого досліджен-

ня найбільш ефективних і менш травматичних способів оперативного лікування. На особливу увагу заслуговує вирішення питань про тактику ведення хворих з рецидивуючими формами ЦЦ і генітального пролапсу, особливо в аспекті післяопераційної реабілітації.

Мета дослідження: підвищення ефективності оперативного лікування ЦЦ і генітального пролапсу на основі удосконалення і впровадження тактики хірургічного втручання і реабілітаційних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставлених завдань нами було обстежено 100 хворих, які оперуються з приводу нестресового нетримання сечі.

Критерієм включення пацієнток в дослідження була наявність ЦЦ і скарги на сечовий дискомфорт як провідне захворювання, що потребує хірургічного лікування. При цьому ЦЦ могло поєднуватися з опущенням і випаданням внутрішніх статевих органів (ОіВВСО) або іншою гінекологічною патологією.

Критерієм виключення з групи дослідження була відсутність свідчень для хірургічної корекції ЦЦ.

Хворих було розподілено на дві групи:

- 1-а група – 50 хворих, які були госпіталізовані у відділення з ЦЦ різного ступеня вираженості, але без зсуву шийки і тіла матки;
- 2-а група – 50 жінок, в яких ЦЦ поєднувалося з випаданням матки.

Кожну групу було розподілено на дві підгрупи залежно від використаної методики оперативного лікування:

- підгрупа 1.1. – 25 жінок, прооперованих в обсязі передньої кольпоррафії за загальноприйнятою методикою;
- підгрупа 1.2. – 25 жінок, прооперованих в обсязі передньої кольпоррафії за удосконаленою нами методикою, яка описана нижче;
- підгрупа 2.1. – 25 жінок, прооперованих в обсязі піхвова екстирпація та передня кольпоррафія за загальноприйнятою методикою;
- підгрупа 2.2 – 25 жінок, прооперованих в обсязі піхвова екстирпація та передня кольпоррафія за удосконаленою нами методикою.

Особливостями у жінок підгруп 1.1 та 2.1 була наявність первинного ЦЦ, а у підгрупах 1.2 та 2.2 – рецидивуючий варіант ЦЦ, що і змусило нас використовувати удосконалену методику передньої кольпоррафії.

Подібна систематизація хворих обрана для уточнення взаємозв'язку анатомічної диспозиції матки і сечового міхура, а також визначення оптимального методу хірургічного втручання.

Обстеження хворих проводили на амбулаторному етапі згідно із загальноприйнятим алгоритмом і адаптованому нами застосовано для хворих з ЦЦ.

Алгоритм обстеження хворих з ЦЦ.

I етап – клінічне обстеження:

- вивчення анамнестичних даних;
- оцінка скарг хворої;
- інтерпретація щоденників сечовипускання;

- огляд загальний і вагінальний (з виконанням функціональних проб і виявленням дефекту лобково-шийної фасції);
- лабораторні методи обстеження з обов'язковим посівом сечі на стерильність у пацієнток із значними розмірами ЦЦ і у жінок, що пред'являють скарги на неповне спорожнення сечового міхура і утруднене сечовипускання;
- оцінювання стану сполучної тканини із застосуванням шкали клінічних критеріїв вираженості ДСТ.

II етап – ультразвуграфічне дослідження:

- сечового міхура з тривимірною реконструкцією зображення і діагностикою дефектів лобково-шийної фасції;
- УЗД нирок у пацієнток з вираженням ЦЦ (III–IV ступеню) і симптомами утрудненого сечовипускання;
- УЗД матки і придатків.

III етап – уродинамічне дослідження у пацієнток з ургентним і змішаним нетриманням сечі.

Аналіз отриманих результатів був підставою для вибору лікувальної тактики.

Удосконалений нами алгоритм оперативного лікування полягав у тому, що додатково до загальноприйнятої тактики оперативного лікування (шляхом зшивання залишків везиковоагінальної фасції або зміцнення її протезом без фіксації до опорних структур малої миски), після зшивання залишків везиковоагінальної фасції фіксують краї синтетичної сітки до щільних тканин нижніх дуг лобкових кісток.

Хворим з цистоцеле першим етапом після сагітального розтину стінки піхви роблять латеральне відсепарування клаптів слизової оболонки піхви гострим та тупим шляхом. Особливу увагу приділяють тому, що відсепарування виконувалося на межі м'язової та адвентиційної оболонок піхви, тобто на слизовій оболонці піхви не залишалась лобково-міхурово-піхвова фасція. У випадку дискретного розриву перегородки, якщо є можливість, виконують ушивання дефекту перманентним швом-капрон № 2–3. В інших випадках виконують зшивання залишків лобково-міхурово-шийкової фасції у сагітальному напрямку та видаляють надлишки стінки піхви. Якщо вдається виділити окремо адвентиційний пул стінки піхви, то також в сагітальному напрямку виконують зшивання з формуванням дуплікатори лобково-міхурово-шийкової фасції.

Окрім вдосконаленого алгоритму оперативного втручання були використані наступні підходи до відновного лікування жінок з ЦЦ:

- профілактика гнійно-септичних ускладнень у ранній післяопераційний період, що включає проведення антибактеріальної терапії антибіотиками широкого спектру дії: цефалоспорины II–III покоління – цефтриаксон 1,0 г 2 рази на добу; внутрішньом'язово цефазолін 1,0 г 2 рази на добу протягом 5 діб з одночасним місцевим застосуванням мазевих тампонів з левомеколем 1 раз на добу протягом 3–5 діб;
- профілактика тромбоемболічних ускладнень – фраксипарин у профілактичних дозах 0,3 мл вводять через 7 год після операції протягом 3–5 діб (переважно в жінок з екстрагенітальною патологією: варикозна хвороба вен нижніх кінцівок – ВХВНК), штучні суглоби, ожиріння III–IV ступеня, серцево-судинна патологія);

- за наявності атонії сечового міхура у ранній післяопераційний період застосовується прозерин 0,005% 1,0 1–2 рази на добу протягом 2–3 діб;
- обов'язковим у післяопераційній реабілітації та з метою профілактики можливих рецидивів ЦЦ являється інтравагінальне введення супозиторіїв, що містять естріол з 5-ї доби післяопераційного періоду 0,5 мг (1 супозиторій) 1 раз на добу протягом 1 міс, далі по 0,5 мг 2 рази на тиждень протягом 1 міс, далі по 0,5 мг 1 раз на тиждень протягом 1 міс чи колпотрофін (який також має естрогеноподібний ефект) по 1 вагінальній капсулі 1 раз на добу протягом 1 міс з наступним переходом на підтримувальну терапію.

Основною перевагою даних препаратів є відсутність протипоказань до їхнього застосування та відсутність системної дії на організм у цілому. На відміну від інших естрогенів, естріол є короткодійним, оскільки він взаємодіє з ядрами клітин ендометрія. Він компенсує втрату продукції естрогену в жінок в період менопаузи та зменшує вираженість менопаузальних симптомів.

Естріол особливо ефективний при лікуванні урогенітальних порушень. У разі атрофії нижніх відділів сечостатевого тракту естріол нормалізує епітелій і сприяє відновленню нормальної мікрофлори та фізіологічного рівня рН у піхві. Внаслідок цього підвищується резистентність клітин епітелію сечостатевого тракту до інфекції та запалення, що сприяє зменшенню таких вагінальних хвороб та їхніх симптомів, як диспареунія, сухість, свербіж, вагінальні інфекції та інфекції сечового тракту, порушення сечовипускання та незначне НС. Інтравагінальне введення естріолу забезпечує оптимальну біодоступність у місці дії. Після вагінального введення естріолу покращується кровообіг вагінальної стінки, відновлюється її еластичність та трансудація. Відновлюються колагенові та м'язові структури тазового дна, що перешкоджає рецидиву опущення стінок вагіни.

Ефективність оперативного лікування оцінювали протягом 3 років спостереження за суб'єктивними і об'єктивними критеріями:

- скарги пацієнток;
- оцінювання хворою ефекту оперативного лікування;
- огляд пацієнток у спокої і при натуженні;
- результат стандартного і спеціального ультразвукового (з оцінюванням стану уретровезикального сегменту і тривимірною реконструкцією сфінктера сечівника) дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ІХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що в структурі первинного цистоцеле переважає I ступінь опущення передньої стінки піхви (56,0%) у порівнянні з II (32,0%) та IV ступенями (12,0%). При рецидивуючому ЦЦ найчастіше спостерігається III ступінь опущення передньої стінки піхви (44,0%) на відміну від II (28,0%) та IV ступенів (28,0%).

У жінок з первинним ЦЦ частота соматичних захворювань з проявами недиференційованої дисплазії сполучної тканини (варикозне розширення вен нижніх кінцівок, хронічні захворювання легень та кишечника) складає 32,0%, а при рецидивуючому – 46,0%.

Використання удосконаленого нами алгоритму хірургічного лікування ЦЦ дозволяє скоротити частоту ранніх ускладнень в 1,5 разу (з 12,0% до 8,0%), а також

протягом 5 років – рівень рецидивів у 3 рази (з 12,0% до 4,0%) та порушень сечовипускання у 2 рази (з 36,0% до 18,0% відповідно).

За наявності геніального пролапсу в структурі тяжкості ЦЦ переважає III ступінь (при первинному – 48,8%; при рецидивуючому – 52,0%) у порівнянні з II (36,0% та 20,0%) та IV ступенями (16,0% та 28,0%).

Загальна частота соматичної патології внаслідок диференційованої дисплазії сполучної тканини у жінок з генітальним пролапсом складає 72,0%, при цьому поєднання двох захворювань має місце у 8,0% жінок, а трьох та більше – у 16,0% обстежених.

При оперативному лікуванні геніального пролапсу з використанням удосконаленої методики корекції ЦЦ частота рецидивів протягом 5 років обстеження зменшується у 5 разів (з 20,0% до 4,0%), а порушень сечовипускання – у 2 рази (з 12,0% до 6,0%).

Включення до реабілітаційних заходів у жінок після оперативного лікування ЦЦ та геніального пролапсу місцевого використання естрогенів дозволяє покращити репаративні процеси та нормалізувати стан мікробіоценозу статевих шляхів.

Резюмуючи дані обстеження хворих з ЦЦ у віддалений післяопераційний період потрібно відзначити, що при діагностиці первинного компенсованого ЦЦ об'єм операції слід обмежувати загальноприйнятною пластикою стінок піхви. При цьому наявність поєданого стресового нетримання сечі вимагає проведення додаткової пластики уретри. Розширення для даної категорії хворих об'єму операції до вагінальної ГЕ доцільно лише за наявності свідчень для її виконання, однак операцію слід обов'язково доповнювати пластикою стінок піхви із зміцненням м'язів промежини шляхом леваторопластики.

Діагноз декомпенсованого і рецидивного ЦЦ є свідченням до використання вдосконаленої нами методики з метою профілактики рецидивів пролапсу. Виконання ГЕ спричинює достовірне збільшення числа рецидивів, а отже, видалення матки доцільне лише за наявності патологічних змін з її боку, що визначають свідчення до її видалення.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що використання удосконаленої методики хірургічного лікування рецидивуючого цистоцеле і геніального пролапсу дозволяє покращити результати оперативного втручання, а також суттєво знизити частоту рецидивів протягом 3–5 років після операції. Отримані результати необхідно використовувати у практичній охороні здоров'я на рівні спеціалізованих гінекологічних відділень.

**Оптимизация хирургического лечения нестрессового
недержания мочи
Д.М. Федорова**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что использование усовершенствованной методики хирургического лечения рецидивирующего цистоцеле и генитального пролапса позволяет улучшить результаты оперативного вмешательства, а так-

же существенно снизить частоту рецидивов на протяжении 3–5 лет после операции. Полученные результаты необходимо использовать в практическом здравоохранении на уровне специализированных гинекологических отделений.

Ключевые слова: нестрессовое недержание мочи, хирургическое лечение, оптимизация.

Optimization of surgical treatment of nonstresse incontinence of urine D.M. Fedorova

Results of the spent researches testify that use of an advanced technique of surgical treatment recedive cystocele and genital prolapse allows to improve results of operative intervention, and also it is essential to lower frequency of relapses within 3-5 years after operation. The received results are necessary for using in practical public health services at level of specialised gynecologic branches.

Key words: nonstresse incontinence of urine, surgical treatment, optimisation.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Диагностика и выбор метода хирургической коррекции недержания мочи при пролапсе гениталий у женщин / [В.И. Краснополяский, С.Н. Буянова, М.Н. Иоселиани и др.] // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 1. – С. 29–32.
2. Диагностика и выбор метода хирургической коррекции недержания мочи при пролапсе гениталий у женщин / [В.И. Краснополяский, С.Н. Буянова, М.Н. Иоселиани и др.] // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 1. – С. 29–32.
3. Попов А.А. Пластика задней стенки влагалища при ректоцеле по технологии IVS Posterior: материалы VI Российского научного форума «Мать и дитя» / А.А. Попов, М.Р. Рамазанов, О.Г. Кирюшкина. – М., 2014. – С. 448–449.
4. Савицкий А.Г. Доуродинамическая диагностика симптомов недержания мочи в связи с напряжением у женщин (в помощь практическому врачу) / А.Г. Савицкий. – Киев. – 2013. – С. 44.
5. Херт Г. Оперативная урогинекология / Г. Херт ; пер. с нем. – Москва, 2009. – С. 42, 99–107.

УДК 618.19-006.2-02:618.11-08

Влияние генитальной патологии на развитие доброкачественных заболеваний грудных желез

К.В. Ходорчук

Одесский национальный медицинский университет

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что в структуре гинекологических заболеваний доминировали доброкачественные заболевания шейки матки, лейомиома матки, аденомиоз, воспалительные заболевания органов малого таза. При изучении гинекологической заболеваемости были выявлены позитивные коррелятивные зависимости гиперпластических процессов эндометрия от возраста и заболеваний шейки матки от воспалительных заболеваний вульвы и влагалища. Полученные результаты необходимо использовать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: генитальная патология, заболевания грудных желез.

Сегодня отмечается повышенный интерес к изучению различных аспектов развития патологии грудных желез, обусловленный ростом частоты доброкачественных и злокачественных заболеваний данной локализации. Доброкачественные дисплазии грудных желез (ДДГЖ) являются лидерами по частоте возникновения и наблюдаются у 20–80% женщин репродуктивного возраста [1–3]. Статистические данные свидетельствуют о неуклонном росте заболеваемости раком грудной железы. В структуре злокачественных новообразований у женщин частота опухолей грудных желез (19,8%) превышает таковую опухолей тела (6,8%), шейки матки (5,2%) и яичников (4,9%) [1–3].

По данным разных авторов до 92% женщин репродуктивного возраста страдают дисплазией грудных желез. В связи с этим, очевидно, что в последние годы интерес к доброкачественным заболеваниям значительно возрос, а снижение заболеваемости мастопатией – реальный путь к снижению частоты рака грудной железы. Несмотря на то, что дисгормональная природа заболеваний грудной железы не вызывает сомнений, данные мировой литературы о патогенезе различны, в частности существуют другие мнения о факторах, способствующих развитию мастопатии: нарушения процессов апоптоза, дисбаланс иммунной системы, состояние рецепторного аппарата [1–3].

В возникновении и развитии дисгормональных заболеваний грудных желез огромная роль отводится состоянию гипоталамо-гипофизарной системы. Нарушение нейрогормональной составляющей репродуктивного цикла ведет к активации пролиферативных процессов в гормонально зависимых органах, в том числе и в тканях грудных желез, которые являются мишенью для стероидных гормонов яичников,

пролактина, плацентарных гормонов и опосредованно гормонов других эндокринных желез организма [1–3].

На общность дистормональной патологии грудных желез и ряда гинекологических заболеваний указывают многие авторы, которые единодушны в том, что среди многообразия экзо- и эндогенных факторов определяющим в патогенезе доброкачественных заболеваний грудных желез является нарушение ритма секреции гонадотропных гормонов, а возникший при этом гормональный дисбаланс выражается в абсолютной или относительной гиперэстрогении и недостатке прогестерона [1–3].

Вместе с тем, заболевания грудной железы нередко наблюдаются у женщин с овulatoryными циклами и ненарушенной репродуктивной функцией. В данном случае решающая роль в возникновении патологии грудных желез отводится не абсолютной величине гормонов в плазме крови, а состоянию рецепторов половых стероидов в ткани железы, поскольку состояние рецепторного аппарата определяет возникновение патологического процесса [1–3].

Несмотря на значительное число научных публикаций по проблеме доброкачественной патологии грудных желез, нельзя все вопросы считать полностью изученными. По нашему мнению, в первую очередь, это касается особенностей генитальной патологии у пациенток с доброкачественными заболеваниями грудных желез.

Цель исследования: изучение гинекологической заболеваемости у пациенток с доброкачественной патологией грудных желез.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели были обследованы 119 пациенток в возрасте от 18 до 53 лет, которые были разделены на три группы:

1-я группа – группа контроля – 36 женщин без патологии в грудных железах;

2-я группа – 43 пациентки с диффузной формой ДДГЖ;

3-я группа – 40 пациенток с узловой формой ДДГЖ.

Критерии включения в 1-ю группу:

- отсутствие жалоб;
- отсутствие клинических проявлений;
- отсутствие патологического процесса при клиническом обследовании.

Критериями включения во 2-ю и 3-ю группы:

- наличие жалоб на боль, уплотнения в грудных железах, выделения из сосков;
- пациентки без клинических проявлений, при обследовании которых обнаружались патологические изменения в грудных железах.

Все пациентки были обследованы по специально разработанной программе.

В соответствии с поставленной целью была разработана программа исследований предусматривающая:

- клинко-статистический анализ;
- ультразвуковое исследование органов малого таза;
- маммография;
- ультразвуковое исследование грудных желез;
- гистологическое исследование операционного материала;
- статистическая обработка полученных результатов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Менструальную функцию женщин с ДДГЖ исследовали по следующим параметрам:

- возраст наступления менархе;
- продолжительность менструального цикла;
- длительность менструаций.

У 8 (6,7%) пациенток менструации отсутствовали; у 6 из них была ранее произведена надвлагалищная ампутация матки; у 4 – естественная менопауза 1–2 года. Во всех исследуемых группах средняя продолжительность менструального кровотечения составила 4–6 дней (63,9%, 55,8%, 70,0% соответственно). Полименорея достоверно чаще наблюдалась у женщин с диффузной формой ДДГЖ (18,2%). Средняя продолжительность менструального цикла у менструирующих женщин составила $29,8 \pm 2,9$ дня.

Пациенток с опсоменореей оказалось больше во 2-й и 3-й группах (11,6% и 10,0% соответственно). У пациенток с узловой формой ДДГЖ нормальная продолжительность менструального цикла (21–28 дней) наблюдалась в 22,5% случаев. Больше всего оказалось пациенток с продолжительностью цикла 28–35 дней (51,3%). Необходимо отметить, что у подавляющего большинства пациенток с диффузной формой ДДГЖ (71,0%) наблюдали предменструальный синдром, проявляющийся мастодинией. Пациентки с узловой формой ДДГЖ предменструальное напряжение отмечали несколько реже (60,0%).

Заболевания шейки матки занимают лидирующее место в структуре гинекологических заболеваний.

Как следует из полученных данных, более 50% пациенток имели в анамнезе какую-либо патологию шейки матки. Эктопия шейки матки встречалась в среднем у 43,7% пациенток. Достоверно реже эктопия шейки матки встречалась у пациенток группы контроля ($p < 0,05$). Дисплазия шейки матки достоверно чаще встречалась у пациенток с узловой формой ДДГЖ (12,5%).

Суммарный процент заболеваний тела матки составил 110%, то есть практически каждая женщина имела одно или несколько заболеваний тела матки.

В среднем по группам лейомиома матки наблюдалась у 29,4% пациенток. У пациенток с ДДГЖ лейомиома матки встречалась в 3 раза чаще, чем у пациенток группы контроля.

Аденомиоз чаще наблюдался у женщин с узловой формой ДДГЖ (35,0%), в группе контроля – у 25,0% обследуемых.

Гиперпластические процессы эндометрия у пациенток группы контроля встречались достоверно реже (5,6%); у пациенток с ДДГЖ этот показатель оказался в 4–5 раз выше (27,9% у пациенток 1-й группы и 20,0% у пациенток 2-й группы).

У пациенток с узловой формой ДДГЖ фолликулярные кисты яичников в анамнезе встречались в два раза чаще, чем у пациенток с диффузной формой ДДГЖ (15,0%). Пациентки группы контроля имели в анамнезе кисты яичников в 11,1% случаев, что превышает среднестатистические данные.

Большое количество пациенток перенесли воспалительные заболевания матки и придатков (26,0%). Достоверно реже воспалительным заболеваниям тела матки и придатков были подвержены пациентки группы контроля (19,4%). На вульвоваги-

ниты в анамнезе указало в среднем 75,3% женщин. Чаще других страдали вульвовагинитами пациентки с узловой формой ДДГЖ (82,3%).

У большинства пациенток с наличием ДДГЖ заболевание было выявлено более 2 лет тому назад. У 1,7% пациенток заболевание впервые было выявлено в год исследования. У 10,9% исследуемых женщин заболевание было выявлено более 5 лет назад.

В среднем диагноз был поставлен $3,1 \pm 1,8$ года тому назад.

Основными жалобами, предъявляемыми больными с ДДГЖ была боль в грудной железе, усиливающиеся, как правило, за несколько дней до наступления менструации; нагрубание и диффузное уплотнение всей грудной железы или ее участка; также больными предъявлялись жалобы на выделения из протоков грудной железы и на наличие образования.

Среди пациенток с ДДГЖ 19,3% не предъявляли никаких жалоб, заболевание было выявлено случайно, в результате маммологического или ультразвукового исследования.

Большинство пациенток 2-й группы предъявляли жалобы на болезненность, напряжение, усиливающиеся в предменструальный период (62,8%), причем интенсивность варьировала от легкой степени до тяжелой, когда боль начинали появляться за 2–3 нед до менструации.

Пациентки с узловой формой ДДГЖ предъявляли жалобы на наличие образования (45,0%), выделения из сосков (2,5%), болезненность различной интенсивности (30,0%).

Итак, у части пациенток заболевание протекало бессимптомно, но большинство пациенток с ДДГЖ предъявляли несколько жалоб.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что в структуре гинекологических заболеваний доминировали доброкачественные заболевания шейки матки, лейомиома матки, аденомиоз, воспалительные заболевания органов малого таза. Эктопия шейки матки в анамнезе или во время обследования была выявлена более, чем у половины пациенток с доброкачественной дисплазией грудных желез (ДДГЖ), что достоверно ($p < 0,05$) чаще, чем у пациенток группы контроля. Лейомиома матки и аденомиоз наблюдались у 30,9% пациенток с ДДГЖ, что в три раза чаще, чем у пациенток группы контроля. При изучении гинекологической заболеваемости были выявлены сильные коррелятивные зависимости гиперпластических процессов эндометрия от возраста и заболеваний шейки матки от воспалительных заболеваний вульвы и влагалища. Полученные результаты необходимо использовать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Вплив генітальної патології на розвиток доброякісних захворювань грудних залоз К.В. Ходорчук

Результати проведених досліджень свідчать, що у структурі гінекологічних захворювань домінували доброякісні захворювання шийки матки, лейоміома матки, аденоміоз, запальні захворювання органів малого таза. При вивченні гінекологічної захворюваності

були виявлені позитивні корелятивні залежності гіперпластичних процесів ендометрія від віку і захворювань шийки матки від запальних захворювань вульви і піхви. Отримані результати необхідно використовувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: генітальна патологія, захворювання грудних залоз.

Influence of genital pathologies on development of good-quality diseases of mammary glands K.V. Hodorchuk

Results of the spent researches testify that in structure of gynecologic diseases good-quality diseases of a cervix of a uterus, leiomyoma of uterus, adenomyos, inflammatory diseases of bodies of a small basin dominated. At studying of gynecologic disease positive correlative dependences of hyperplastic processes of endometrium from age and diseases of a cervix of uterus from inflammatory diseases of a vulva and a vagina have been revealed. The received results are necessary for using by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: genital pathology, diseases of mammary glands.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ардус Ф.А. Возможности терапии дисгормональной патологии молочных желез у женщин гинекологическими заболеваниями / Асриян Я.Б., Овсянникова Т.В. // Русский медицинский журнал. – 2017. – № 16. – С. 1064–1068.
2. Бурдина Л.М. Особенности состояния молочных желез и гормонального статуса у больных с доброкачественными гиперпластическими заболеваниями внутренних половых органов / Бурдина Л.М. // Маммология. – 2009. – № 1. – С. 4–11.
3. Габуня М.С. Состояние молочных желез при заместительной гормональной терапии / Габуня М.С., Лобова Т.А., Егорова Л.Г. // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 2. – С. 50–53.

Особливості плацентарної дисфункції у жінок з оперованими яєчниками з приводу ендометріозу

Ю.М. Шостак

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

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

Ключові слова: ендометріоз, плацентарна дисфункція.

В умовах сьогодення спостерігається тенденція до збільшення поширення генітального ендометріозу, особливо серед жінок молодого репродуктивного віку, що істотно знижує якість їхнього життя [1–6]. Частота безплідності за даної патології досягає 80%, причому на сьогодні немає єдиної думки щодо причин безплідності при даному захворюванні, особливо при збереженому двофазному менструальному циклі і прохідних маткових трубах [2, 4].

Не дивлячись на значне число наукових публікацій у даному науковому напрямі, одним з найбільш невивчених питань є вагітність і пологи у жінок з ендометріозом в анамнезі.

Гормональний гомеостаз, який сприяє нормальному розвитку плода і плаценти, забезпечується єдиною системою мати–плацента–плід, де ендокринна функція кожної з її ланок володіє відносною самостійністю і, в той самий час, знаходиться у функціональному взаємозв'язку, що дозволяє визначити резерви фетоплацентарного комплексу (ФПК).

У патогенезі виникнення і розвитку патологічного процесу провідна роль належить порушенням нейроендокринної регуляції ФПК, у зв'язку з чим визначення білкових і стероїдних гормонів особливо важливо для діагностики патологічного стану, оцінюванню ступеня його тяжкості і можливості мобілізації пристосувальних реакцій.

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

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети ми вивчали вміст естріолу, прогестерону, плацентарного лактогену в периферійній крові у 106 вагітних, що раніше лікувалися з приводу генітального ендометріозу:

- 1-а група – 53 пацієнтки, які отримували традиційну зберігаючу терапію;
- 2-а група – 53 пацієнтки, які отримували традиційну зберігаючу терапію у поєднанні з гестагенами, антиагрегантами і антикоагулянтами в критичні терміни.

У кожній групі були виділені по 3 підгрупи з наявністю антитіл (АТ) до кардіоліпінів (КЛ) – по 28 вагітних; з наявністю АТ до КЛ і ДНК – по 13 вагітних; з наявністю АТ до КЛ, ДНК і ХГЛ – по 12 вагітних.

У контрольну групу увійшли 30 здорових жінок, вагітність в яких протікала без ускладнень і закінчилася фізіологічними терміновими пологамі через природні пологові шляхи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Естріол як продукт єдиної фетоплацентарної системи, служить показником функціонального стану як плода, так і плаценти.

Отримані нами результати свідчать, що збільшення естріолу у терміні 20–24 тиж свідчить про компенсований стан метаболічних процесів у системі мати–плацента–плід після закінчення періоду плацентації, хоча компенсаторно-приспосовні механізми випробовують напруження. Меншою мірою за вмістом естріол підвищений у вагітних з наявністю АТ до ХГЛ. Саме у цій групі швидше відбувається зрив компенсаторних процесів з падінням рівня естріолу до 30–33 тиж. Традиційна зберігаюча терапія не знімає напруження ФПК і зумовлює поступове зниження естріолу.

Результати вивчення вмісту прогестерону свідчать, що гестаційний процес у жінок, які лікуються з приводу генітального ендометріозу, перебігає на тлі прогестеронової недостатності з ранніх термінів, особливо за наявності АТ до ХГЛ, що вимагає своєчасної корекції гестагенами у комплексі з антиагрегантами і антикоагулянтами. Відсутність підвищення прогестерону в терміні 20–24 тиж свідчить про недостатній його вплив на формування плацентарної дисфункції (ПД).

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

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

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

Наведені дані переконливо свідчать, що гестаційний процес у жінок, що лікуються з приводу ГЕ, перебігає на тлі зниженої гормонопродукуючої функції ФПК, у першу чергу естріолу і прогестерону, особливо за наявності АТ до ХГЛ, а також високим напруженням ФПК у терміні 20–24 тиж за рахунок збільшення рівнів естріолу і ПЛ. Раннє включення в комплексну терапію загрозливого мимовільного викидня гестагенів, антиагрегантів і антикоагулянтів сприяє адекватному функціонуванню ФПК і підвищенню адаптаційних можливостей плода у ранній неонатальний період.

ВИСНОВКИ

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

Особенности плацентарной дисфункции у женщин с оперированными яичниками по поводу эндометриоза
Ю.М. Шостак

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

Ключевые слова: эндометриоз, плацентарная дисфункция.

Features of placental dysfunction at women with the operated ovaries concerning an endometriosis
Yu.M. Shostak

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

Key words: an endometriosis, placental dysfunction.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В., Бобкова М.В. Современные подходы к лечению эндометриоза // Акушерство и гинекология. – 2015. – № 3. – С. 10–14.
2. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. Изд.2. – Л.: Медицина, 2009. – 240 с.
3. Давыдов А.И., Пашков В.М. Генитальный эндометриоз / Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2010. – С. 241–261.
4. Коханевич Е.В., Дудка С.В., Судомо И.О. Современные методы диагностики и лечения генитального эндометриоза // 36. наук. праць асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Фенікс, 2001. – С. 340–342.
5. Antoni J. Duleba Diagnosis of endometriosis // Obstet. Gynecol. Clin. – 2008. – V. 24. – P. 331–332.
6. Barbieri R.L. Etiology and epidemiology of endometriosis // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2012. – V. 162, № 2. – P. 565–567.

УДК 618.19-006.03-055.2:618.177-08

Вплив доброякісної патології грудних залоз на тактику проведення допоміжних репродуктивних технологій

М.М. Адамов, Г.В. Колесник

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

Клінічна ефективність лікування безплідності у жінок з патологією грудних залоз (ГЗ) при використанні короткого протоколу складає 33,3%, а довгого – 50,0%. Основними ускладненнями вагітності є мимовільне переривання у І триместрі (20,0% та 6,7% відповідно), а також передчасні пологи – 20,0% та 6,7% відповідно. Використання удосконаленого нами алгоритму дозволяє підвищити ефективність лікування безплідності, а також забезпечити низький рівень перинатальної патології. Практичне впровадження отриманих результатів дозволить покращити лікування безплідності без погіршення патології ГЗ.

Ключові слова: патологія грудних залоз, безплідність, лікування, допоміжні репродуктивні технології.

Частота доброякісної патології грудних залоз (ГЗ) постійно зростає у жінок репродуктивного віку, у тому числі і за наявності у них безплідності [1, 3]. Поєднання даної патології з порушеннями репродуктивної функції ускладнює своєчасну діагностику та ефективне проведення лікувально-профілактичних заходів [2, 4].

Останнім часом допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) все частіше використовуються у пацієнток з різними варіантами гінекологічної і соматичної захворюваності, причому їхня ефективність постійно підвищується [1, 4]. У структурі різної гінекологічної і соматичної патології, що може призвести до необхідності використання ДРТ, зросла роль різних доброякісних захворювань ГЗ (ДЗМЗ) [5, 6]. При цьому тактика ведення цих пацієнток остаточно не відпрацьована, що є однією з причин недостатньої ефективності ДРТ і подальшої високої частоти прогресування ДЗМЗ.

Не дивлячись на значну кількість наукових публікацій з проблеми лікування безплідності, не можна вважати її повністю вирішеною, особливо в плані тактики проведення ДРТ у пацієнток з ДЗМЗ.

Усе наведене вище стало підставою до проведення наукового дослідження, яке дозволить вирішити важливе наукове завдання сучасної репродуктології.

Мета дослідження: підвищення ефективності лікування безплідності у жінок з патологією ГЗ на підставі вивчення клініко-ехографічних, ендокринологічних і гемодинамічних особливостей та удосконалення алгоритму ДРТ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети і завдань у дослідження включені 90 жінок, що перебували на лікуванні безплідності за різними методиками, у тому числі і ДРТ.

Дослідження носили поетапний характер:

- 1 етап – формування основної (n=60) і контрольної груп (n=30) відповідно до наявності та лікування патології ГЗ;
- 2 етап – аналіз чинників ризику патології ГЗ;
- 3 етап – клініко-лабораторне обстеження жінок основної групи;
- 4 етап – формування 1-ї (n=30) і 2-ї підгруп (n=30) відповідно до методів лікування мастопатії;
- 5 етап – оцінювання впливу різних способів стимуляції суперовуляції на стан ГЗ.

У дослідження включені 90 жінок від 26 до 40 років: 30 жінок без патології ГЗ та 60 – з дифузною формою мастопатії (лікована раніше та вперше діагностована). Усім пацієнткам проведено повне клінічне обстеження згідно стандартів ВООЗ по обстеженню жінок з діагнозом безплідності, а також згідно наказу МОЗ України № 771 від 23.12.2008 року «Про затвердження інструкції по порядку вживання ДРТ».

У результаті виділено дві досліджувані групи: контрольна і основна. До контрольної групи увійшли жінки, в яких не було виявлено патології ГЗ (n=30). Основна група представлена жінками (n=60) з виявленою патологією ГЗ: дифузна форма мастопатії.

На другому етапі виконано аналіз чинників ризику виникнення патології ГЗ у жінок основної і контрольної груп.

На третьому етапі вивчені особливості гомеостазу у жінок основної і контрольної груп.

На четвертому етапі основну групу розподілено на 1-у і 2-у підгрупи для оцінки впливу способів стимуляції суперовуляції на стан МЗ. У 1-у групу (n=30) включені жінки з вперше діагностованою дифузною мастопатією, у 2-у (n=30) – пацієнтки з вже лікованою дифузною формою мастопатії.

На п'ятому етапі проведено оцінювання впливу різних способів стимуляції суперовуляції на тканину ГЗ з використанням ультразвукового дослідження ГЗ та доплерівського флоуметрію у жінок з діагнозом безплідності.

Пацієнткам проводили стимуляцію суперовуляції за коротким протоколом без десенситизації гіпофіза та по довгому протоколу з попередньою десенситизацією гіпоталамо-гіпофізарної системи агоністами гонадотропін-рилізінг гормону.

У контрольній групі 15 жінкам (50,0%) проводили стимуляцію суперовуляції з використанням короткого протоколу; 15 жінкам (50,0%) проводили стимуляцію суперовуляції по довгому протоколу. У 1 групі по короткому протоколу проводили стимуляцію суперовуляції 15 жінкам (50,0%), 15 жінкам (50,0%) проводили стимуляцію суперовуляції по довгому протоколу з попередньою десенситизацією гіпофізу аГнРГ. У 2 групі 15 пацієнткам проводили лікування по короткому протоколу, і 15 жінкам (50%) – по довгому протоколу.

При стимуляції по короткому протоколу на 1–2-й день менструального циклу підшкірно вводили препарат, що містить трипторелін – синтетичний аналог гонадотропін-рилізінг-гормону (Гн-РГ). З третього дня менструального циклу починалося внутрішньом'язове введення рекомбінантних і сечових гонадотропінів – в

індивідуально підібраній дозі під контролем ультразвукового моніторингу дозрівання фолікулів в яєчниках і зростання ендометрія, з необхідною корекцією дози препаратів, що вводяться, яка може бути збільшена або зменшена залежно від стану яєчників і ендометрія.

При стимуляції суперовуляції по довгому протоколу з 21-го дня менструального циклу починали щоденне підшкірне введення з метою десенситизації гіпофіза. Після досягнення блокади гіпофіза наставала менструальноподібна реакція, на 1–2-й день менструального циклу визначали рівень естрадіолу в сироватці крові. При концентрації естрадіолу менше 50 пг/мл з третього дня менструального циклу на фоні підшкірного введення починали щоденне внутрішньом'язове введення рекомбінантних і сечових гонадотропінів в індивідуально підібраній дозі під контролем ультразвукового моніторингу дозрівання фолікулів в яєчниках і зростання ендометрія. Подальшу стимуляцію суперовуляції проводили аналогічно схемі короткого протоколу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними причинами безплідності у жінок з доброякісною патологією ГЗ є поєднання трубного та ендокринного чинників (30,0%); ановуляція (28,3%); самостійний трубний фактор (25,0%) та чоловіча безплідність (16,7%). Вторинна безплідність зустрічається набагато частіше (73,3%) у порівнянні з первинним (26,7%).

Провідними скаргами у жінок з безплідністю та патологією ГЗ є:

- біль і нагубання ГЗ у другу фазу менструального циклу – 69,4%;
- ділянки хворобливих ущільнень без чітких меж у вигляді тяжей, а також грубі залозисті часточки у вигляді «бруківки» – 33,3%;
- тривалий біль і нагубання ГЗ – 13,8%;
- локальна хворобливість ГЗ – 8,3%.

У пацієнок з різними причинами безплідності частіше спостерігається дифузна форма фіброзно-кістозної мастопатії (трубний або чоловічий чинники – 60,0%; поєднанні чинники – 52,0% та ановуляція – 51,4%) у порівнянні з вузловою формою (14,3%; 8,0% та 4,0% відповідно).

При використанні короткого протоколу стимуляції суперовуляції у жінок з вузлуватою формою мастопатії в 26,6% з'являються нові вузли або збільшення розмірів тих, що раніше існували, а у 12,5% – з'являється вузлувата форма. При застосування довгого протоколу це відбувається набагато рідше – 5,5%.

Клінічна ефективність лікування безплідності у жінок з патологією грудних залоз при використанні короткого протоколу становить 33,3%, а довгого – 50,0%. Основними ускладненнями вагітності є мимовільне переривання у І триместрі (20,0% та 6,7%), а також передчасні пологи – 20,0% та 6,7% відповідно.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать, що наукове завдання щодо використання допоміжних репродуктивних технологій у жінок з патологією грудних залоз (ГЗ) є достатньо актуальним і своєчасним. Використання удосконаленого нами алгоритму дозволяє підвищити ефективність лікування

безплідності, а також забезпечити низький рівень перинатальної патології. Практичне впровадження отриманих результатів дозволить покращити лікування безплідності без погіршення патології ГЗ.

Влияние доброкачественной патологии грудных желез на тактику проведения вспомогательных репродуктивных технологий
М.М. Адамов, А.В. Колесник

Клиническая эффективность лечения бесплодия у женщин с патологией грудных желез (ГЖ) при использовании короткого протокола составляет 33,3%, а длинного – 50,0%. Основными осложнениями беременности является ее самопроизвольное прерывание в I триместре (20,0% и 6,7%), а также преждевременные роды – 20,0% и 6,7% соответственно. Использование усовершенствованного нами алгоритма позволяет повысить эффективность лечения бесплодия, а также обеспечить низкий уровень перинатальной патологии. Практическое внедрение полученных результатов позволяет улучшить лечение бесплодия без ухудшения патологии ГЖ.

Ключевые слова: патология молочных желез, бесплодие, лечение, вспомогательные репродуктивные технологии.

Influence of benign pathology of mammary glands on tactics of carrying out auxiliary reproductive technologies
M.M. Adamov, A.V. Kolesnik

Clinical efficiency of treatment of sterility at women with pathology of mammary glands when using the short protocol makes 33,3%, and long – 50,0%. The main complications of pregnancy is its spontaneous discontinuing in 1 trimester (20,0% and 6,7%), and also premature births – 20,0% and 6,7% respectively. Use of the algorithm improved by us allows to increase efficiency of treatment of sterility, and take to provide low level of perinatal pathology. Practical introduction of the received results allows to improve sterility treatment without deterioration of pathology of mammary glands.

Key words: pathology of mammary glands, sterility, treatment, auxiliary gynecological technologies.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Юзько О.М. Клінічно-статистичний аналіз використання в Україні допоміжних репродуктивних технологій для лікування безпліддя /О.М. Юзько, Т.А. Юзько // Буковинський медичний вісник. – 2011. – Т. 15, № 3 (59). – С. 135?137.
2. Юзько О.М. Стан та перспективи використання допоміжних репродуктивних технологій при лікуванні безпліддя в Україні /О.М. Юзько, Т.А. Юзько, Н.Г. Руденко // Здоровье женщины. – 2013. – № 8. – С. 26–30.
3. Артифев С.Б. Андрологические аспекты бесплодного брака / С.Б. Артифев // Акушерство и гинекология. – 2015. – № 2. – С. 46–47.
4. Камінський В.В. Медико-соціальні та законодавчі аспекти медикаментозного абортів в Україні /В.В. Камінський, Н.Г. Прыко // Репродуктивная эндокринология. – 2014. – № 3. – С. 30–35.
5. The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization / J.M. Smeenk, C.M. Verhaak, A. Eugster [et al.] // Hum Reprod. – 2016. – № 16 (7). – P. 1420–1423.
6. Boivin J. Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies / J. Boivin, E. Griffiths, C.A. Nenetis // BMJ. – 2016. – № 342. – P. 223.

УДК 618.14 – 072.1

**Дослідження гравідарних можливостей
ендометрія у жінок із замерлою
вагітністю в анамнезі**

Л.М. Семенюк, Н.М. Воронкова

Український науково-практичний центр ендокринної хірургії,
трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, м. Київ

Проведено комплексне ультразвукове, гістероскопічне, морфологічне дослідження структури ендометрія у жінок із замерлою вагітністю в анамнезі. Встановлено пряму залежність впливу способу переривання вагітності, що не розвивається, на частоту формування хронічного ендометриту в обстежених жінок. Результати дослідження є підставою для створення схем індивідуальної програми реабілітаційних заходів щодо відновлення гравідарних можливостей ендометрія на етапі підготовки до вагітності у жінок з вагітністю, що не розвивається в анамнезі.

Ключові слова: гістероскопія, хронічний ендометрит, вагітність.

Запальні захворювання органів малого таза діагностують майже у 60–65% жінок репродуктивного віку та надзвичайно несприятливо впливають на їхню репродуктивну функцію, зумовлюючи формування безплідності – у 40%, невиношування вагітності – у 45% та ектопічної вагітності – у 3% випадків [1]. Серед запальних процесів жіночої репродуктивної системи важливе місце посідає хронічний ендометрит [2]. Це захворювання як нозологічна форма виділено в Міжнародній статистичній класифікації хвороб, травм та причин смертності Х перегляду 1993 року під номером 71.1.

У 80% випадків хронічний ендометрит (ХЕ) зумовлює порушення менструального циклу, фертильності, ускладнення гестаційного процесу [3]. Труднощі діагностики, клінічної верифікації ХЕ впливають на оцінку істинної частоти захворювання та прегравідарну підготовку [2]. За даними багатьох авторів саме ХЕ є причиною порушення гравідарної перебудови ендометрія на ранніх етапах гестації [4, 5].

Фактори ризику розвитку хронічного ендометриту:

- інвазивні втручання у порожнину матки (аборти, діагностичне вишкрібання ендометрію, біопсія ендометрію, гістеросальпінгографія, внутрішньоматкові контрацептиви – ВМК), інсемінація, екстракорпоральне запліднення);
- інфекційно-запальні ускладнення після пологів;
- інфекційні процеси у піхві;
- запальні та анатомічні зміни шийки матки;
- бактеріальний вагіноз;
- оперативні втручання на органах малого таза [2].

Сьогодні золотим стандартом діагностики стану ендометрія на прегравідарному етапі вважається гістероскопія [2, 7, 8]. Тому в своєму дослідженні гравідарних можливостей ендометрія жінок, що перенесли завмирання вагітності, ми зупинили саме на цьому діагностичному методі.

Мета дослідження: покращення методів діагностики, лікування та профілактики хронічного ендометриту на прегравідарному етапі у жінок з вагітністю, що не розвивається в анамнезі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження ендометрія виконано у 60 жінок з анамнестичною завмерлою вагітністю I триместру, віком до 30 років (середній вік – $28,7 \pm 1,3$ року) при плануванні наступної вагітності. Робота виконана у відділі репродуктивної медицини та хірургії Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України 2013–2015 рр.

Дизайн включення у дослідження:

- виключення порушень гормонального забезпечення організму (гіперандрогенії різного генезу та захворювання ендокринних органів, що супроводжуються гормональною недостатністю яєчників);
- генетична патологія у подружньої пари;
- патологічний каріотип абортуса;
- час після останнього невдалого гестаційного процесу не менше 6 міс;
- відсутність активного запального процесу статевих органів.

Перед дослідженням проведено УЗД органів малого таза для виключення патології матки та придатків.

УЗД хронічного ендометриту проводили за В.Н. Демидовим [6].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Групу контролю склали 30 здорових жінок репродуктивного віку (середній вік – $23,12 \pm 1,2$ року) з артіфікаційним абортom (вакуум-аспірація) в анамнезі при підготовці до безпечного материнства.

Були використані наступні методи дослідження: клініко-статистичний аналіз, патоморфологічне дослідження, УЗД, гістероскопія (апарат Karl Storz). Статистичне оброблення отриманих результатів виконано за допомогою прикладних статистичних програм Statistica v.6.0. та програми Microsoft Office Excel 2003.

За методом звільнення матки від елементів завмерлої вагітності жінки основної групи були розподілені наступним чином:

I група (n=30) – за традиційним методом (вакуум-аспірація/кюретаж);

Контрольна група (n=30) – проводили гістероскопічний контроль при перериванні завмерлої вагітності.

Аналіз гістероскопічних картин у поєднанні з гістологічним дослідженням біоптату дозволив встановити основні морфотипи хронічного запального процесу у порожнині матки.

I – мішаний: слизова оболонка матки блідо-рожевого кольору, нерівномірної інтенсивності та товщини, зі зміною ділянок потоншеного та нормального та інтен-

сивним судинним малюнком. Набряк та дифузну гіперемію з поліпоподібними розростаннями ендометрія спостерігали у 17 (56,7%) пацієнток I групи, в 1 (3,3%) – II групи, в 1 (3,3%) – контрольної групи.

II – гіперпластичний: слизова оболонка блідо-рожева, нерівномірно гіпертрофована з набряком та незначно виразним судинним малюнком, мікрополіпи та поодинокі ділянки некротизованої тканини. У I-а групі – 4 (13,3%) мікрополіпи, у групі контролю – у 5 (16,7%); сінехії – у 2 (6,7%) жінок I групи. У II-б групі подібної гістероскопічної картини не спостерігалось.

III – гіпопластичний: бліда слизова ендометрія, нерівномірної товщини з переважанням потоншеного ендометрія у 4 (13,3%) пацієнток I-а групи та в 1 (3,3%) жінки з групи контролю.

Гістологічне підтвердження хронічного ендометриту отримано при дослідженні ендометрія у 29 (87%) жінок I-а групи, 12 (40%) пацієнток II-б групи та у 4 (40%) жінок контрольної групи. Маркерами хронічного запального процесу були: порушення проліферативних процесів в ендометрії, мікрополіпи, плазматичні клітини, лімфо-лейкоцитарна інфільтрація строми, склеротичні зміни спіральних артерій.

Нами було ретроспективно досліджено клінічний характер перебігу післяопераційного періоду після спорожнення матки у жінок основної групи (за даними історій хвороб). При цьому отримано наступні дані: за даними УЗД у післяопераційний період в I-а групі з 30 жінок в 1 (1,7%) випадку фіксувалася гематометра, інших ускладнень не відзначалося. У II-б групі гематометра виявлена у 7 (23,3%) пацієнток, а залишки плідного яйця – у 5 (16,7%) пацієнток. Загалом за ехографічною картиною 12 пацієнток мали ускладнення після операції, що складало 40%.

Більша частина жінок (53%) з невираженим субфібрилітетом відзначалась у I-б групі на 1-у добу післяопераційного періоду, що можна розцінити як реакцію організму на оперативну травму та супутній трубний рефлюкс після гістероскопії, чого не виявляли у наступні дні перебування в стаціонарі. На 3-ю добу в I-а групі гіпертермію вище $37,2\text{--}37,5^\circ\text{C}$ констатували у 7% жінок. Термін перебування в стаціонарі жінок, яким переривання вагітності виконували з гістероскопічним контролем, становив 4–5 днів (у середньому – $3,6 \pm 1,4$) (окрім однієї пацієнтки з гематометрою, яка знаходилась в стаціонарі 6 днів), у той час як у жінок II-б групи – 6–8 днів (в середньому – $6,3 \pm 1,2$).

Отже, простежується чітка залежність частоти виявлення хронічного ендометриту від способу звільнення матки від елементів вагітності. Встановлення хронічного запального процесу ендометрія після перенесеного атифікаційного абортu теж свідчить про негативну роль внутрішньоматкового втручання на гестаційні властивості ендометрія.

ВИСНОВКИ

1. У патогенезі патоморфологічних змін ендометрія у жінок з анамнестичним завмиранням вагітності простежується чітка залежність частоти хронічного ендометриту від виду оперативного втручання при спорожненні матки від елементів вагітності. Під час традиційного методу цей показник перевищував у 2,1 разу показ-

ники І групи та групи контролю ($p < 0,05$), що свідчить про роль механічного фактора у майбутніх репродуктивних невдачах.

2. Діагностика стану ендометрія при проведенні прегравідарних заходів повинна включати як неінвазивні, так і мінімально інвазивні методи дослідження з обов'язковим морфологічним дослідженням біоптату ендометрія.

3. Етапність прегравідарної підготовки жінок із замерлою вагітністю в анамнезі залежить від виявлення мікробного збудника у порожнині матки (перший етап) та проведення етіотропної терапії антибіотиками широкого спектру дії та/чи противірусними препаратами. За умови отримання стерильних посівів ендометрія – наступний етап: визначення структури ендометрія шляхом проведення діагностичної гістероскопії з гістологічним дослідженням ендометрія, що дозволить провести індивідуальну реабілітаційну терапію його гестаційних можливостей.

Исследование гравидарных возможностей эндометрия у женщин с замершей беременностью в анамнезе **Л. Семенюк, Н.М.Воронкова**

Проведено комплексное ультразвуковое, гистероскопическое, морфологическое исследование структуры эндометрия у женщин с замершей беременностью в анамнезе. Установлена прямая зависимость влияния способа прерывания беременности неразвивающейся беременности на частоту формирования хронического эндометрита у обследованных женщин. Результаты исследования стали основанием для создания схем индивидуальной программы реабилитационных мероприятий по восстановлению гравидарной возможностей эндометрия на этапе подготовки к беременности у женщин с замершей беременностью в анамнезе.

Ключевые слова: гистероскопия, хронический эндометрит, беременность.

Investigation of the endometrial gravity capabilities in women with a history of pregnancy **L. Semeniyuk, N. Voronkova**

A complex ultrasound, hysteroscopic, morphological study of the structure of the endometrium in women with a history of pregnancy was carried out. A direct dependence of the influence of the method of aborting a pregnancy on an undeveloped pregnancy on the frequency of the formation of chronic endometritis in the examined women was established. The results of the study became the basis for creating schemes for an individual program of rehabilitation measures to restore the gravitational capacity of the endometrium during the preparation for pregnancy in women with a history of pregnancy.

Key words: hysteroscopy, chronic endometritis, pregnancy.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вдовиченко Ю.П. Лечение нарушений репродуктивного здоровья у женщин на фоне воспалительных процессов при разных методах контрацепции / Ю.П. Вдовиченко, Т.В. Лещева // Здоровье женщины. – 2009. – № 7. – С. 102–104.
2. Сухих Г.Т. Хронический эндометрит / Г.Т. Сухих, А.В. Шуршалина. – М.: Гэотар-Медиа, 2010. – 64 с.

3. Лупояд В.С. Привычное невынашивание беременности: современный взгляд на старую проблему / В.С. Лупояд, И.С. Бородай, О.Н. Аралов, И.Н. Щербина // Міжнародний медичний журнал. – 2011. – Т. 17, № 4 (68). – С. 54–60.
4. Тарасюк О.К. Сучасні причини та фактори ризику виникнення невиношування вагітності / Тарасюк О.К. // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2006. – № 10 (1). – С. 89–92.
5. Зелінський О.О. Особливості цитокінового профілю у жінок із загрозою переривання вагітності, які в анамнезі мали хронічний ендометрит та нерозвинену вагітність / О.О. Зелінський, К.О. Карауш // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2012. – № 2. – С. 88–91.
6. Демидов В.Н. Эхографические критерии хронического эндометрита / В.Н. Демидов, В.С. Демидов., Л.А. Марченко // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии, перинатологии. – 1993. – № 4. – С. 21–27.
7. Цурканенко А.Д., Кирилюк А.Д., Шаповал Н.Л., Кирилюк А.А. Гистероскопия в лечении гинекологических больных. – Труды Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского, 2007, том 143, часть III, 234–235 с.
8. Сидельникова В.М. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием: методические пособия и клинические протоколы. – М.: «МЕДпресс-информ», 2011. – 216 с.

Вплив безплідності в анамнезі на розвиток перинатальної патології

К. С. Інсарова

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

Результати проведених досліджень свідчать, що допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) не сприяють збільшенню частоти природжених аномалій розвитку плода, а також зростанню рівня перинатальної захворюваності. Велике значення має преморбідний фон подружніх пар, причини безплідності, ефективність діагностики і лікування, а також варіант використовуваних програм ДРТ. Наявність багатоплідної вагітності після ДРТ підвищує ризик розвитку плацентарної дисфункції і затримки розвитку плода, що чинить негативний вплив на перинатальні результати розродження.

Ключові слова: безплідність в анамнезі, перинатальні результати.

Впровадження методів допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) спричинило значне збільшення частки індукованої вагітності. Необхідно пам'ятати, що настання вагітності у програмах ДРТ є лише першим етапом, після якого не менш важливими є завдання виношування вагітності і народження здорової дитини [1–4]. Враховуючи особливості контингенту жінок, що завагітніли з використанням ДРТ, важливе значення набуває вивчення перебігу вагітностей і результатів пологів у даної категорії пацієнток.

Відомо, що перебіг індукованої вагітності характеризується більшою частотою акушерських ускладнень у порівнянні з мимовільною. Встановлено, що особливо несприятливо перебігають перші тижні індукованої вагітності, причому близько 25% репродуктивних втрат приходить саме на цей період [1, 2].

Одним з ускладнень індукованої вагітності, що найчастіше зустрічаються, є загроза її переривання, частота якої може досягати 50% [2, 3]. Через це у таких жінок розвивається плацентарна дисфункція (ПД), що спричинює затримку розвитку плода (ЗРП). Починаючи з II триместру, збільшується число ускладнень у жінок з багатоплідною вагітністю. Так, збільшується частота мимовільних викиднів в 1,5 разу, прееклампсії, артеріальної гіпертензії, індукованої вагітності, гестаційного діабету у 2 рази, передчасного відшарування нормально розташованої плаценти – у 3 рази, передлежання плаценти – в 1,8 разу, передчасного вилиття навколоплідних вод – у 4 рази акушерських ускладнень перевищує відповідні показники мимовільної вагітності [1–4].

У зв'язку з наведеним вище представляє інтерес вивчення перинатальних результатів розродження жінок, вагітність в яких настала унаслідок ДРТ, причому як одно-, так і багатоплідній вагітності.

Мета дослідження: вивчення впливу ДРТ на перинатальні результати розродження при одно- і багатоплідній вагітності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети був проведений аналіз народження 346 дітей – у групі індукованої вагітності після ДРТ (з них 134 у групі багатоплідної вагітності) і 415 живих дітей у групі мимовільної вагітності (з них 142 – у групі багатоплідної вагітності).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середня маса плода в групі одноплідної індукованої вагітності становила $3069,1 \pm 556,2$ г (у групі контролю – 3271 ± 542 г), у групі багатоплідної індукованої вагітності – $2403,7 \pm 497,5$ г (у групі контролю – $2336,27 \pm 344,8$ г).

Під час аналізу перинатальних результатів при багатоплідній вагітності залежно від типу плацентації відмічено, що найбільш сприятливі результати були зафіксовані при дихоріальному типові плацентації незалежно від способу досягнення вагітності.

Аналіз перинатальних результатів залежно від способу досягнення вагітності (ЕКЗ/ІКСІ/ПЕ) довів, що при перенесенні кріоембріонів середня маса новонароджених була дещо вищою, ніж при перенесенні нативних ембріонів як в групі одноплідної вагітності ($3305,2 \pm 572,4$ г проти $3227,2 \pm 592,3$ г і $3129,5 \pm 582,3$ г після ПЕ, ЕКЗ і ІКСІ відповідно), так і при багатоплідній ($2507,2 \pm 365,7$ г проти $2379,1 \pm 642,3$ г і $2394,2 \pm 542,3$ г після ПЕ, ЕКЗ і ІКСІ). Це ймовірно зумовлене меншою частотою народження дітей з малою масою тіла (менше 2500 г) і екстремально низькою масою тіла (менше 1500 г), що у свою чергу пояснює дещо меншу частоту госпіталізації новонароджених у відділення реанімації.

Згідно з даними низки авторів частота народження дітей з малою масою тіла при одноплідній індукованій вагітності коливається у межах 2–15% [1–4].

Аналіз стану новонароджених показав, що при індукованій одноплідній вагітності наступні патологічні стани зустрічаються частіше, ніж при мимовільній вагітності: асфіксія при народженні ($4,7\%$ проти $1,1\%$; $p < 0,05$), неонатальна жовтяниця ($31,6\%$ проти $18,6\%$; $p < 0,05$), внутрішньошлункові крововиливи (ВШК) ($3,3\%$ проти $0,73\%$; $p < 0,05$).

При багатоплідді після ДРТ у новонароджених також частіше реєстрували асфіксію при народженні, неонатальну жовтяницю, РДС, ВШК, проте статистично достовірних відмінностей не виявлено. Розладами, що найчастіше зустрічаються, у даній групі дітей були зафіксовані: затримка внутрішньоутробного розвитку ($29,3\%$), асфіксія при народженні ($90,5\%$), неврологічні зміни ($53,6\%$). Церебральні порушення у неонатальний період у дітей після ЕКЗ діагностуються часто ($53,7\%$), але велика їхня частина носить транзиторийний характер і спостерігаються протягом першого тижня життя у вигляді синдрому гіперзбудливості або синдрому пригнічення функцій ЦНС.

Згідно з даними літератури, частота природжених і спадкових захворювань у новонароджених, які народилися після застосування ДРТ, відповідає значенням загальної популяції [1–4]. У нашому дослідженні частота вроджених вад розвит-

ку у новонароджених від індукованої і мимовільної вагітності достовірно не розрізнялася. Так, у групі одноплідної мимовільної вагітності діагностовано 2 випадки вроджених вад серця (дефект міжшлуночкової перегородки), у групі одноплідної індукованої вагітності по 1 випадку вродженої вади серця (дефект міжшлуночкової перегородки) і атрезії анусу. При багатоплідді виявили по 1 випадку атрезії кишки 12-палої кишки і дефекту міжшлуночкової перегородки при мимовільній і індукованій вагітності відповідно. При обстеженні новонароджених відзначали наявність малих аномалій розвитку, частота яких між групами достовірно не розрізнялася.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) не сприяють збільшенню частоти природжених аномалій розвитку плода, а також зростанню рівня перинатальної захворюваності. Велике значення має преморбідний фон подружніх пар, причини безпліддя, ефективність діагностики і лікування, а також варіант використовуваних програм ДРТ. Наявність багатоплідної вагітності після ДРТ підвищує ризик розвитку плацентарної дисфункції і затримки розвитку плода, що негативно впливає на перинатальні результати розродження.

Влияние бесплодия в анамнезе на развитие перинатальной патологии

Е.С. Инсарова

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) не способствуют увеличению частоты врожденных аномалий развития у плода, а также росту уровня перинатальной заболеваемости. Большое значение имеет преморбидный фон супружеских пар, причины бесплодия, эффективность диагностики и лечения, а также вариант используемых программ ВРТ. Наличие многоплодной беременности после ВРТ повышает риск развития плацентарной дисфункции и задержки развития плода, что оказывает негативное влияние на перинатальные исходы родоразрешения.

Ключевые слова: бесплодие в анамнезе, перинатальные исходы.

Sterility influence in the anamnesis on development of perinatal pathology

E.S. Insarova

Results of the spent researches testify that auxiliary reproductive technologies do not promote increase in frequency of congenital anomalies of development in a fruit, and also to level growth perinatal to disease. Much more the great value has premonitory background of married couples, the barrenness reasons, efficiency of diagnostics and treatment, and also a variant of used programs of auxiliary reproductive technologies. Presence twins pregnancy after auxiliary reproductive technologies raises risk of development of placental dysfunction and born arrest of development that negative impact on perinatal outcomes of delivery makes.

Key words: sterility in the anamnesis, perinatal outcomes.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Александрова Н.В. Состояние системы мать—плацента—плод, течение и исходы беременности, наступившей с использованием вспомогательных репродуктивных технологий / Александрова Н.В. // Вестник Российского государственного медицинского университета. — 2012. — № 1. — С. 34–36.
2. Александрова Н.В. Преждевременные роды при беременности, наступившей с использованием вспомогательных технологий. Пути профилактики / Александрова Н.В., Баев О.Р. // Акушерство и гинекология. — 2012. — № 4–2. — С. 33–38.
3. Гус А.И. Раннее прогнозирование фетоплацентарной недостаточности при беременности, наступившей с использованием вспомогательных репродуктивных технологий, с помощью трехмерной эхографии / Гус А.И., Баев О.Р., Александрова Н.В. // Диагностическая и интервенционная радиология. — 2011. — Т. 5, № 2. — С. 141.
4. Особенности пренатального скрининга в I триместре при одноплодной беременности, наступившей с использованием вспомогательных репродуктивных технологий / Н.В. Александрова, О.Р. Баев, А.И. Гус, О.А. Доронина // Материалы конгресса «Амбулаторно-поликлиническая практика: проблемы и перспективы». — М., 2011. — С. 3–4.

Патологія ендометрія різного генезу як причина порушень репродуктивної функції

Г.О. Толстанова

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

Аналіз математико-статистичних взаємозв'язків дозволив виявити наявність зв'язків між результатом допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) і різними анамnestичними даними, рівнем рецепторів по статевих гормонів, а також концентраціями гормонів у периферійній крові. На нашу думку, отримані дані можуть сприяти обґрунтуванню критеріїв здатності імплантації ендометрія, і свідчать про необхідність досліджень динаміки гормонального статусу пацієнток, рівнів рецепторів у слизовій оболонці ендометрія до стероїдних гормонів. Облік наведених чинників разом з даними анамнезу повинні здійснюватися при проведенні комплексу заходів по підготовці ендометрія у програмі ДРТ.

Ключові слова: жіноча безплідність, патологія порожнини матки.

Частота безплідного шлюбу за даними вітчизняних і зарубіжних дослідників становить від 10 до 20% [1–6]. У структурі жіночої безплідності матковий чинник з кожним роком посідає основне місце і досягає 20–30% [3, 4].

Завдяки широкому використанню сучасних ендоскопічних технологій у сучасній репродуктології підвищується ефективність діагностики і відповідно лікування різної внутрішньо-маткової патології: гіперпластичні процеси і поліпи ендометрія, хронічний ендометрит і внутрішньоматкові синехії [5, 6]. Особливо це стосується пацієнток з поєднаними варіантами безплідності, яким рекомендують широкий спектр лікувально-профілактичних заходів протягом тривалого часу [1–6].

Останніми роками в Україні широко використовуються допоміжні репродуктивні технології (ДРТ), у тому числі і при жіночій безплідності різного генезу, до якої відноситься і матковий чинник безплідності [3, 4]. При цьому ефективність ДРТ залишається не завжди високою, що дозволяє виділити пацієнток після невдалих спроб ДРТ, ведення яких викликає певні труднощі не лише з медичної, але і з психологічної точки зору [6].

У зв'язку з викладеним вище представляє значний інтерес вивчення особливостей проведення ДРТ у пацієнток цієї групи.

Мета дослідження: підвищення ефективності відновлення репродуктивної функції у жінок після невдалих спроб ДРТ на підставі вивчення у них клініко-

функціональних, ендокринологічних і ендоскопічних особливостей стану ендометрія, а також розроблення і впровадження алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети дослідження було проведено комплексне обстеження 130 пацієнток з поєднаними чинниками безплідності, в яких було встановлено переважання одного основного чинника.

До I групи увійшли 50 пацієнток з трубно-перитонеальним чинником безпліддя.

До II групи – 30 пацієнток з ендокринними чинниками безплідності.

До III групи – 30 пацієнток з ендометріозом.

До IV групи (порівняння) – 20 заміжніх жінок з безплідністю, зумовленою чоловічим чинником.

Критеріями включення пацієнток у I, II і III групи були встановлений чинник безплідності, підтверджений клініко-лабораторними і інструментальними методами дослідження, а також:

- вік 29–39 років;
- наявність в анамнезі не менше 2 (від 2 до 9) невдалих спроб ДРТ при перенесенні в порожнину матки не менше двох ембріонів «хорошої» якості.

Критерій включення пацієнток у IV групу (порівняння):

- вік 30–36 років;
- прохідні маткові труби;
- відсутність генітальної патології;
- регулярний менструальний цикл;
- наявність домінантного фолікула;
- товщина ендометрія >9 мм, тришарова структура;
- концентрація гонадотропінів (ЛГ, ФСГ) і естрогену (Е2) на 5–7-й день менструального циклу в межах норми;
- концентрація прогестерону (П) в лютеїнову фазу >20 нмоль/л.

До I групи увійшли пацієнтки віком від 37 до 39 років, у II групу – від 29 до 32 років, у III групу – від 32 до 34 років. Середній вік пацієнток у групах спостережень і порівняння достовірно розрізнявся з переважанням показника в I групі ($p < 0,05$).

Усі методи дослідження проводилися відповідно до нормативних документів і наказів МЗ України.

У комплекс проведених досліджень ми включали клінічні, ехографічні, ендоскопічні, морфологічні, ендокринологічні, мікробіологічні і статистичні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що тривалість перебігу безплідності у жінок з невдалими спробами ДРТ становить $6,5 \pm 0,6$ року з переважанням вторинної безплідності у порівнянні з первинним – 58,0%; 42,0%.

У пацієнток після невдалих спроб ДРТ сумарна частота патології ендометрія склала 97,3%, причому в структурі переважали аденоміоз (39,0%);

поліпи ендометрія (24,5%); хронічний ендометрит (21,8%) і внутрішньоматковий синехії (12,0%).

Відсутність і зниження експресії рецепторів прогестерону і естрадіолу заздалеки і строми ендометрія у пацієнок після невдалих спроб ДРТ спостерігалася у 56,5% випадків, а в самому ендометрії – у 30,0% спостережень.

Пацієнткам після невдалих спроб ДРТ залежно від патології ендометрія і результатів додаткових методів досліджень необхідно розділяти на наступні підгрупи:

- пацієнтки з гіперпластичними процесами і поліпами ендометрія;
- пацієнтки з хронічним ендометритом;
- пацієнтки з недостатньою секреторною трансформацією ендометрія.

Вибір програми ДРТ повинен здійснюватися залежно від попередніх результатів невдалих спроб ДРТ з урахуванням чутливості до гормональної терапії і оваріального резерву.

Сумарна ефективність ДРТ у пацієнок після невдалих попередніх спроб склала 17,3%, причому при трубно-перitoneальній безплідності – 19,0%; при ендометріозі – 16,7% і при ендокринній безплідності – 13,3% відповідно.

Оцінка взаємозв'язку позитивного ефекту ДРТ з гормональним чинником свідчить про наявність негативних зв'язків помірної сили з концентрацією фолікулостимулюючого гормону ($r=-0,42$) і з вмістом гормонів пролактину ($r=-0,39$) і трийодтироніну вільного ($r=-0,31$) у периферійній крові. Зв'язок настання вагітності з рівнем естрадіолу був достовірним, проте слабким ($r=0,28$).

Позитивний ефект ДРТ позитивно корелював з рівнем експресії рецепторів прогестерону у строми ендометрія ($r=0,23$), проте кореляції зі всіма іншими показниками експресії рецепторів ендометрія до стероїдних гормонів були прямими і помірної сили: з рецепторами прогестерону в епітелії $r=0,42$, рецепторами естрадіолу у строми $r=0,32$ і в епітелії ендометрія $r=0,40$.

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

– алгоритм ведення і лікування пацієнок з безплідністю і невдалих спроб ДРТ повинен складатися з декількох етапів:

- I етап: комплексне клініко-лабораторне і імуногістохімічне обстеження;
- II етап: адекватна підготовка подружньої пари до реалізації програм ДРТ; з вибором оптимальної програми стимуляції суперовуляції і здобуттям достатньої кількості зрілого ооциту; із забезпеченням оптимальних умов дроблення запліднених яйцеклітин; адекватної гормональної підготовки ендометрія до індації яйцеклітини і вибору часу перенесення ембріонів;
- III етап – підтримка лютеїнової фази менструального циклу з ранніх термінів вагітності.

– повторні гістероскопії слід здійснювати після лікування діагностованої патології матки і ендометрія:

- при атиповій гіперплазії – агоністи гонадотропінів;
- при аденоміозі – агоністи гонадотропінів і рестагени;
- при гіпоплазії ендометрія – гомеопатична терапія, вітаміни і біостимулятори.

– з метою контролю за ефективністю лікувально-профілактичних заходів, що проводяться, необхідно використовувати динамічне клініко-ехографічне, ендокринологічне і імуногістохімічне обстеження.

ВИСНОВКИ

Таким чином, аналіз математико-статистичних взаємозв'язків дозволив виявити наявність зв'язків між результатом допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) і різними анамнестичними даними, рівнем рецепторів до статевих гормонів, а також концентраціями гормонів у периферійній крові. На нашу думку, отримані дані можуть сприяти обґрунтуванню критеріїв здатності імплантації ендометрія, і свідчать про необхідність досліджень динаміки гормонального статусу пацієнок, рівнів рецепторів у слизовій оболонці ендометрія до стероїдних гормонів. Вочевидь, облік цих чинників разом з даними анамнезу повинні здійснюватися при проведенні комплексу заходів щодо підготовки ендометрія у програмі ДРТ.

Патология эндометрия различного генеза как причина нарушения репродуктивной функции Г.А. Толстонова

Анализ математико-статистических взаимосвязей позволил выявить наличие связей между результатом вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) и различными анамнестическими данными, уровнем рецепторов к половым гормонам, а также их концентрациями в периферической крови. По нашему мнению полученные данные могут служить обоснованием критериев способности имплантации эндометрия и свидетельствуют о необходимости динамических исследований гормонального статуса пациенток, уровней рецепторов в эндометрии к половым гормонам. Очевидно, что сопоставление этих факторов с данными анамнеза должны осуществляться при проведении комплекса мероприятий по подготовке эндометрия в программе ВРТ.

Ключевые слова: женское бесплодие, патология полости матки.

Pathology of endometrium of different genesis as the reason of infringements of reproductive function G.A. Tolstanova

The analysis of mathematical-statistical interrelations has allowed to reveal presence of communications between result auxiliary reproductive technologies and various anamnesic data, level of receptors to sexual hormones, and also their concentration in peripheral blood. On our opinion the obtained data can serve me as a substantiation of criteria of ability of implantation of endometrium and testify to necessity of dynamic researches of the hormonal status of patients, levels of receptors in endometrium to sexual hormones. It is obvious, that comparison of these factors to anamnesis data should be carried out at carrying out of a complex of actions for preparation endometrium in the program auxiliary reproductive technologies.

Key words: female barrenness, pathology of a cavity of a uterus.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вовк І.Б. Корекція гормональних порушень при поєднаних формах неплідності / І.Б. Вовк, А.Г. Корнацька // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2013. — № 4. — С. 147–149.
2. Генитальный эндометриоз и бесплодие: IVF или хирургия? / Е.В. Коханевич, И.А. Судомо, О.А. Берестовой [и др.] // Вісн. акушерів-гінекологів України. — 1999. — № 2. — С. 24–34.
3. Гістероскопічна оцінка стану матки у жінок з порушеною репродуктивною функцією / Л.І. Іванюта, С.О. Іванюта, Н.І. Беліс [та ін.] // Актуал. пробл. акушерства і гінекології, клініч. імунології та мед. генетики : зб. наук. праць. — К.; Луганськ, 2013. — Вип. 4. — С. 181–187.
4. Грищенко В.И. Иммуноморфологические нарушения имплантационного эндометрия в проблеме лечения эндокринного бесплодия у женщин / В.И. Грищенко, А.М. Феськов, И.А. Федькова // Междунар. мед. журнал. — 2007. — № 3. — С. 57–59.
5. Данкович Н.А. Проблема бесплодия и пути ее решения / Н.А. Данкович // Семейна медицина. — 2012. — № 1. — С. 10–13.
6. Дубоссарская З.М. Эндокринное бесплодие у женщин: патофизиологические механизмы и подходы к лечению / З.М. Дубоссарская // Лікування та діагностика. — 2013. — № 1. — С. 39–45.

УДК 618.177-089.888.11:618.89-055.2

Особливості психологічних порушень у жінок — медичних працівників з безплідністю та використання допоміжних репродуктивних технологій

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

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки, яким застосовують допоміжні репродуктивні технології, складають групу високого ризику щодо розвитку різних психологічних порушень, особливо тривожних розладів. Динаміка тривожних розладів залежить від психосоціальних чинників або наявності гінекологічного захворювання, що стало причиною безплідності. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: допоміжні репродуктивні технології, психологічна характеристика.

Сучасний рівень розвитку допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) є заставою ефективного комплексного застосування у лікуванні безплідного браку [2–4].

Безплідний шлюб призводить до важкої моральної травми і самого подружжя, і їхніх родичів, викликає серйозну особову, родинну і соціальну дезадаптацію та спричинює розвиток межових психічних розладів [2–4].

Складність діагностики межових психічних розладів у практиці лікування безплідності методами ДРТ полягає у клінічному поліморфізмі симптоматики, тяжкому перебігу, що диктує необхідність їхнього детальнішого дослідження. Роль чинників ризику розвитку донозологічних і нозологічних форм межових психічних розладів в умовах патоморфозу у жінок, які страждають на безплідність, потребує уточнення.

Особливе значення у психічному статусі надається афектній сфері. Безплідність жінок істотно впливає на психоемоційний статус, спричинюючи стан хронічного стресу [2–4]. Додатковими травмуючими чинниками є родинні, побутові, службові труднощі унаслідок витрат великої кількості часу на відвідини лікувальних установ, фінансові витрати. Погіршується якість життя безплідних жінок, формується стан одержимості, домінування думок про неспроможність в репродуктивній сфері. Стан тривоги і депресії визначається на всіх етапах лікування безплідності, ідеї самозвинувачення сприяють посиленню депресивної симптоматики [2–4].

Отже, вивченню гінекологічних аспектів безплідності присвячена велика кількість досліджень, але проблема розвитку поліморфізму клінічних проявів ме-

жових психічних розладів під час лікування методами ДРТ, вплив конкретного методу лікування на психічний стан жінок залишається мало освітленою, а наявні зарубіжні дослідження мають психодинамічний характер.

Мета дослідження: вивчення клініко-психопатологічних закономірностей формування тривожних розладів у жінок медичних працівників при ДРТ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставлених завдань нами було обстежено 156 жінок – медичних працівників, які звернулися у відділення допоміжних технологій щодо лікування безплідності. Усіх пацієнток було обстежено і на підставі клініко-психопатологічного обстеження за критеріями міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду було виявлено у 81 жінки межові психічні розлади. Контрольну групу склали 52 фертильні психічно здорові жінки.

У групу дослідження увійшли 81 жінка з межовими психічними розладами, що звернулися для проведення ДРТ з вторинним безплідням. Усім пацієнткам було проведено повне клініко-лабораторне обстеження за схемою, прийнятою у відділенні допоміжних технологій у лікуванні безплідності.

Для оцінювання психологічного статусу пацієнток і рівня тривожних розладів вивчали наступні показники: тест Лазаруса і Фолішана; індекс життєвого стилю; опитувальник Леонгарда і шкала депресії Бека [1].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що тривожні розлади виявлялися у 52,0% жінок переважно старше 30 років. З них панічний розлад діагностований у 2,1% пацієнток, генералізований тривожний розлад – у 35,2% пацієнток, змішані тривожно-депресивні розлади – у 19,5% пацієнток.

За даними анамнезу тривожні розлади у пацієнток програми ДРТ виявлялися переважно у віці 25–30 років при тривалості безплідності 2 роки. Максимальний рівень тривоги реєструється у жінок після трьох років лікування безплідності. Рівень тривоги знижується після шести років лікування. Депресивні розлади дебютували у жінок віком 30–35 років.

Спадковість за межовими психічними захворюваннями обтяжена у 47,2% пацієнток. Діагноз неврозу був встановлений у 26,0% матерів наших пацієнток, 53,2% батьків наших пацієнток страждали алкоголізмом. Третина пацієнток (33,3%) виховувалася в неповній сім'ї. Серед цих пацієнток основними (преморбідними) особовими рисами в 33,3% спостережень були тривожна недовірливість і сенситивність; у 13,8% випадків – афектна нестійкість. Невроз у дитинстві фіксували у 2,7% жінок, психогенні вегетативні прояви зустрічалися у 4,6% у вигляді нудоти, запаморочення, непереносимості задушливих приміщень. Черепно-мозкові травми виявлені в анамнезі у 3,8% пацієнток.

Достовірно частіше, ніж у пацієнток інших груп, у даній групі зустрічалися жінки з недовірливим характером, схильні з тривогою відноситися до свого здоров'я, що зумовлювало повторні діагностичні лапароскопічні операції, череворозтини, виконаними з приводу розриву кісти яєчника ($p < 0,05$). Крім того, серед пацієнток з тривожними розладами частіше спостерігалися хронічні запальні за-

хворювання жіночої статеві сфери, такі, як хронічний сальпінгоофорит, гідросальпінкс і ендометрит (55,6%; $p < 0,001$).

Вивчення анамнезу у пацієнток з тривожними розладами констатувало, що у 41,7% жінок були виявлені різні психогенні ситуації, які передували початку лікування. В останніх випадках тривожна симптоматика формувалася на фоні психовегетативних проявів, що супроводжували процес лікування в програмі ДРТ. У пацієнток з тривожними розладами, в яких діагностували безплідність, достовірно частіше зустрічалося поєднання декількох психотравмуючих чинників: дисгармонічні стосунки в родинній і сексуальній сфері (34,1% і 14,3% пацієнток). З них у 22,7% жінок відзначали наявність диспауренії; у 43,2% – зниження статевого потягу; у 48,7% – рідкі оргазми. Підвищений статевий потяг з рідкими оргазмами був виявлений у 1,2% пацієнток. У групі пацієнток з депресивними порушеннями достовірно частіше зустрічалися хвороба близьких родичів – в 24,7% випадках, смерть дитини або чоловіка – в 2,8%, конфлікти, пов'язані із службовими обов'язками – у 18,3% пацієнток.

Порівняльний аналіз використовуваних пацієнтками допінг-стратегій за даними опитувальника Лазаруса виявив достовірні відмінності між групами. Більшість пацієнток з тривожними порушеннями використовували стратегію «пошук соціальної підтримки», що відбувалося у два рази частіше, ніж серед пацієнток з розладами адаптації з пролонгованою депресивною реакцією ($p < 0,001$). Адаптивна стратегія «вирішення проблеми» також значно частіше ($p < 0,001$) визначалася у групі, що вивчалася, з тривожними розладами. Тоді як у пацієнток з розладами адаптації найбільш переважною виявлялася стратегія «уникнення» (52,3%; $p < 0,001$).

Результати проведеного порівняльного аналізу дозволяють стверджувати, що пацієнтки з тривожними розладами адаптації у програмі ДРТ мають низку загальних і відмітних характеристик.

До загальних характеристик слід віднести низку клінічних симптомів, приховання яких обмежує можливості феноменологічного підходу у диференціальній діагностиці. У той самий час, виділення провідного афекту важливе не лише з теоретичних позицій, але і для терапевтичної тактики. Результати проведеного аналізу свідчать, що у пацієнток з тривожними розладами спостерігаються недовірливі риси в преморбіді, виховання в умовах неповної сім'ї, наявність в матері неврозу і алкоголізму у батька. З дитинства наголошувалися психогенні вегетативні розлади. Спостерігався ранній дебют розвитку межових психічних порушень (до 30 років). В анамнезі була відсутня обтяженість за ендогенними психічними розладами. Динаміки тривожних розладів залежала від психосоціальних чинників або наявності гінекологічного захворювання, що стало причиною безплідності. Крім того, для виділення провідного емоційного стану значущими виявляються показники експериментально-психологічного обстеження (тести Бека, Спілбергера-Ханіна).

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки, яким застосовують допоміжні репродуктивні технології, складають групу високого ризику щодо розвитку різних психологічних порушень, особливо тривожних розладів. Динаміка три-

можних розладів залежить від психосоціальних чинників або наявності гінекологічного захворювання, що стало причиною безпліддя. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Особенности психологических нарушений у женщин –
медицинских работников с бесплодием и использование
вспомогательных репродуктивных технологий**
О.С. Шельгин

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что женщины, которым применяют вспомогательные репродуктивные технологии, составляют группу высокого риска по развитию различных психологических нарушений, особенно тревожных расстройств. Динамика тревожных расстройств зависит от психосоциальных факторов или наличия гинекологического заболевания, явившегося причиной бесплодия. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: вспомогательные репродуктивные технологии, психологическая характеристика.

**Features of psychological disturbances at women of medical workers
with sterility and use of auxiliary genesial technologies**
O.S. Shelygin

Results of the spent researches testify that women with auxiliary reproductive technologies makes group of high risk on developments of various psychological infringements, especially disturbing frustration. Dynamics of disturbing frustration depends on psychosocial factors or presence of the gynecologic disease which was at the bottom of barreness. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: auxiliary reproductive technologies, the psychological characteristic.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. – М.: Медицина, 2010. – 496 с.
2. Боярский К.Ю. Влияние возраста на частоту наступления беременности в программе ЭКО / К.Ю. Боярский // Пробл. репрод. – 2009. – № 1. – С. 33–37.
3. Вихляева Е.М., Пшеничникова Т.Я. Роль специальной программы ВОЗ по репродукции человека в решении актуальных проблем: бесплодного брака// Акуш. и гинек. – 2009. – № 6. – С. 3–4.
4. Дейнека Н.В., Мельченко Н.И. Психосоматические соотношения при бесплодии у женщин // Психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии и педиатрии. – Иваново, 2011. – С. 147–150.

**Тези науково-практичного семінару
у форматі телемосту
«МІЖНАРОДНІ ТА ВІТЧИЗНЯНІ
СТАНДАРТИ НАДАННЯ
ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ»**

25 травня 2017 року, м. Київ

**Особенности тактики проведения допоміжних
репродуктивных технологий у жінок з доброякісною
патологією грудних залоз**

М.М. Адамов

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

Встановлені особливості проведення допоміжних репродуктивних технологій у жінок з доброякісною патологією грудних залоз. Клінічна ефективність лікування безплідності у жінок з патологією грудних залоз під час використання короткого протоколу складає 33,3%, а довгого – 50,0%. Основними ускладненнями вагітності є мимовільне переривання у І триместрі (20,0% та 6,7% відповідно), а також передчасні пологи – 20,0% та 6,7% відповідно. Використання удосконаленого нами алгоритму дозволяє підвищити ефективність лікування безплідності, а також забезпечити низький рівень перинатальної патології. Практичне впровадження отриманих результатів дозволить покращити лікування безплідності без погіршення патології грудних залоз.

Вплив різних методів переривання вагітності у I триместрі на розвиток гормональної дисфункції

С.М. Бакшеев

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

Результати проведених досліджень свідчать, що проведення медикаментозного аборт менше пригнічує функціональну активність яєчників, але призводить до підвищення активності надниркових залоз через 1 і 6 міс. Вакуум-аспірація та артифіційний аборт значущо зменшують резерв яєчників протягом 6 міс спостереження, про що свідчить зниження продукції естрадіолу та інгібіну В. Проведений аналіз динаміки кровотоку в судинах матки і придатків свідчить про те, що в цілому переривання вагітності у I триместрі не чинить істотний вплив на гемоциркуляцію. У той самий час вставлено корелятивну залежність між методикою переривання вагітності і розвитком патології органів малого таза. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму реабілітаційних заходів у жінок, які переривають вагітність у I триместрі.

Шляхи зниження випадків невиношування у вагітних з тиреоїдною дисфункцією

Д.Ю. Берая

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

Нами удосконалена методика профілактики невиношування вагітності на підставі використання комплексного препарату, якій включає калію йодид – 200 мкг, фолієву кислоту – 400 мкг та сульфат заліза – 320 мг, що відбувалося під контролем основних лабораторних методів досліджень. Терміни і тривалість використання препаратів підбиралися індивідуально. У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, лабораторні, функціональні і статистичні методи. Результати проведених клінічних і додаткових методів дослідження підтверджують ефективність вдосконаленого нами алгоритму лікувально-профілактичних заходів, що сприяє зниженню частоти акушерських та перинатальних ускладнень у вагітних з тиреотоксикозом. Це дозволяє рекомендувати його для широкого використання у практичній охороні здоров'я.

Сучасні аспекти діагностики і корекції повторної плацентарної дисфункції

Д.О. Говсеєв

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

Результати проведених досліджень свідчать, що розродження жінок з плацентарною дисфункцією при попередній гестації супроводжується високою частотою перинатальної патології внаслідок значного рівня порушень у системі «мати–плацента–плід», насамперед поєданого генезу. З огляду на недостатню ефективність загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів нами удосконалена методика корекції плацентарної дисфункції у жінок цієї групи. Отримані клінічні, функціональні, лабораторні, мікробіологічні і вірусологічні результати підтверджують високу ефективність даної методики, що дозволяє рекомендувати її для широкого використання у практичній охороні здоров'я.

Сучасні аспекти діагностики та лікування інфекційно-запальних захворювань піхви з урахуванням стану фагоцитозу

В.В. Децик

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

Нами встановлено, що виражена запальна реакція у відповідь на переважання аеробних бактерій у відокремлюваному з піхви підтверджується клінічними проявами і результатами дослідження бактеріоскопії. Абсолютно іншу картину спостерігали у разі грибкової інфекції. При гострій формі на тлі нормальної кількості лейкоцитів переважання нейтрофільних гранулоцитів і збереження їхньої активності у вагінальному вмісті виявлено збільшення абсолютного і відносного вмісту макрофагів ($p1-5 < 0,05$). Показники активності і ефективності фагоцитозу макрофагів були достовірно вище у порівнянні з групою здорових. Результати проведених досліджень свідчать про істотну роль системного і місцевого фагоцитозу під час оцінювання стану чинників захисту у пацієнток з інфекційно-запальними захворюваннями піхви. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Вплив доброякісних новоутворень яєчників на стан репродуктивної функції

А.В. Єжова

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки із доброякісними новоутвореннями яєчників на тлі нереалізованої репродуктивної функції становлять групу високого ризику не тільки в плані лікування безплідності, але надалі – виношування вагітності з позитивними перинатальними результатами. Запропонований нами алгоритм діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів дозволяє не тільки підвищити частоту відновлення репродуктивної функції, але і знизити рівень гестаційних ускладнень. Це дозволяє нам рекомендувати його для широкого використання у практичній охороні здоров'я.

Надлишкова маса тіла як фактор ризику оваріальної дисфункції у пубертатному періоді

В.М. Зінченко

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

Вивчені порівняльні аспекти клінічного перебігу, ехографічних особливостей, ендокринологічних і змінних порушень у дівчаток з різною масою тіла при народженні. Показана роль великої маси тіла при народженні у генезі порушень репродуктивної системи і соматичної захворюваності. Встановлений взаємозв'язок між клінічними, ехографічними, ендокринологічними і біохімічними змінами у дівчаток з різною масою тіла при народженні. Запропоновані методи контролю за клінічним перебігом пубертатного періоду. Розроблені й впроваджені практичні рекомендації щодо зниження частоти і ступеня вираженості порушень репродуктивної системи у дівчаток з великою масою тіла при народженні на основі використання комплексних гомеопатичних препаратів.

Сучасні фактори ризику перинатальної патології з урахуванням репродуктивного анамнезу

К.С. Інсарова

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

Результати проведених досліджень свідчать, що допоміжні репродуктивні технології не є причиною збільшення частоти природжених аномалій розвитку плода, а також зростання рівня перинатальної захворюваності. Велике значення

має преморбідний фон подружніх пар, причини безплідності, ефективність діагностики і лікування, а також варіант використовуваних програм допоміжних репродуктивних технологій. Наявність багатоплідної вагітності після допоміжних репродуктивних технологій підвищує ризик розвитку плацентарної дисфункції і затримки розвитку плода, що негативно впливає на перинатальні результати розродження.

Особливості тактики ведення жінок з поєднаною патологією матки у період постменопаузи

В.В. Костіков

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

Нами встановлено, що у хворих при ізольованій і поєднаній формах патології ендо- і міометрія запальні захворювання статевих органів і спайковий процес малого таза зустрічаються у кожному 2–3 випадках. Це в свою чергу зумовлює дисфункцію гіпоталамо–гіпофізарно–яєчникової системи і патологію грудних залоз в анамнезі, які достовірно частіше зареєстровані у пацієнток з метаболічним синдромом. Результати проведених досліджень свідчать про істотну роль метаболічного синдрому в генезі розвитку поєднаної патології матки у період постменопаузи. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Тактика прогнозування акушерської та перинатальної патології у вагітних з недиференційованою дисплазією сполучної тканини

А.Л. Костюк

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

Обстежені 100 пацієнток з клініко-лабораторними ознаками недиференційованої дисплазії сполучної тканини. На підставі отриманих результатів пацієнтки були розподілені на дві групи. В основну групу увійшли 50 жінок (вираженість ≥ 6 балів), яких розцінювали як пацієнток з вираженою недиференційованою дисплазією сполучної тканини. У групу порівняння – 50 жінок (вираженість < 6 балів), яких розцінювали як пацієнток без вираженої недиференційованої дисплазії сполучної тканини. Результати проведених досліджень свідчать про важливу роль встановлених особливостей соматичного і репродуктивного анамнезу у вагітних з клініко-лабораторними та функціональними ознаками недиференційованої дисплазії сполучної тканини. Отримані результати необхідно використовувати для проведення прегравідарної підготовки і прогнозування можливих акушерських і перинатальних ускладнень під час вагітності.

Відновлення репродуктивної функції жінок шляхом оптимізації консервативної міомектомії

О.О. Літвак

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

Були обстежені 125 жінок репродуктивного віку, які планують вагітність. Пацієнткам були проведені міомектомії абдомінальним доступом, а також за допомогою стандартної і вдосконаленої нами лапароскопії. Вдосконалена нами лапароскопічна міомектомія є ефективним методом лікування міоми матки у пацієнток репродуктивного віку і може самостійно використовуватися для відновлення фертильності або ж як перший етап перед допоміжними репродуктивними технологіями. Отримані результати дослідження свідчать про те, що вдосконалена лапароскопічна міомектомія повністю виправдовує себе у жінок репродуктивного віку, які планують вагітність, з наявністю субсерозних, субсерозно-інтрамуральних і навіть інтрамуральних вузлів великих розмірів з центрипетальним зростанням і деформацією порожнини матки.

Особливості перебігу неонатального періоду недоношених новонароджених на 28–33 тиж гестації від матерів після застосування допоміжних репродуктивних технологій

А.С. Мандрикова

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

Нами проведено обстеження 96 недоношених новонароджених, що народилися на 28–33 тиж гестації від матерів після застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). Ці малюки увійшли в основну групу досліджуваних. У контрольну групу увійшли 70 недоношених новонароджених, які народилися в аналогічні терміни гестації після природного запліднення. У пацієнток основної групи одноплідна вагітність була у 96%, вагітність двійнею – у 4%.

Результати проведених нами досліджень свідчать, що недоношені діти від матерів після ДРТ мають підвищений ризик розвитку поєднаної перинатальної патології порівняно з малюками народженими після природного запліднення в аналогічному терміні. Серед чинників ризику розвитку перинатальних ускладнень у недоношених новонароджених від матерів після ДРТ провідна роль належить інфекційним ускладненням під час вагітності з субклінічним та латентним перебігом.

Аналіз результатів проведеного дослідження встановив наявність зв'язку між частотою виникнення внутрішньошлункових крововиливів (ВШК) I–II ступеня, статтю дитини, методом розродження та потребою у механічній вентиляції під час первинної реанімації у пологовій залі. У малюків чоловічої статі, які народили-

ся через природні пологові шляхи та потребували реанімаційних заходів з використанням штучної вентиляції легень (ШВЛ), частота виникнення ВШК I–II ступеня була у 2,8 разу вище, ніж у дітей, які народилися шляхом кесарського розтину.

Перинатальні ураження ЦНС у недоношених новонароджених після ДРТ частіше виникали за типом синдрому пригнічення, натомість у дітей від природного запліднення – за типом синдрому гіперреактивної збудливості. У структурі неонатальної захворюваності малюків першу позицію займає незрілість системи легеневого сурфактанту. Такі діти більш схильні до «синдрому раптового респіраторного виснаження». Відсутність альтернативи довгострокових інвазивних втручань, вимушене тривале перебування на ШВЛ та використання антибактеріальної терапії широкого спектру дії є додатковими факторами виникнення ускладнень у вигляді бронхообструктивного синдрому, ШВЛ-асоційованої пневмонії та сепсису новонароджених.

Сучасні аспекти плацентарної дисфункції при варикозній хворобі у вагітних

Л.В. Манжула

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

Результати проведених патоморфологічних досліджень у пацієнток з варикозною хворобою за наявності і відсутності плацентарної дисфункції дозволяють виділити декілька провідних моментів. Перш за все, це зменшення васкуляризації строми ворсин усіх рівнів галуження (слабка вираженість компенсаторного ангіоматозу), кількості активних синцитіальних нирок, стоншування синцитіотрофобласта. Зменшення активності периферійного цитотрофобласту та двократне зменшення числа термінальних спеціалізованих ворсин, які навіть у відносно благополучних ділянках ворсинчастого дерева зустрічалися рідко і налічували у своєму складі по одній синцитіокапілярній мембрані. Значне зменшення кількості синцитіокапілярних мембран у термінальних ворсинах в основній групі зменшувало дифузійну здатність плацент наприкінці вагітності.

Особливості абдомінального розродження у жінок після 40 років

В.В. Маркевич

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

Нами встановлено, що група жінок старше 40 років мала особливо 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 старше 40 років за раху-

нок вищої частоти безплідності, міоми матки і дисфункціональних порушень менструально-оваріального циклу. Ці чинники багато в чому визначили настання і виношування вагітності у більш пізньому віці. Результати проведених досліджень свідчать, що оперативне розродження жінок старше 40 років є актуальним науковим завданням сучасного акушерства. Висока частота розродження шляхом кесарева розтину і вимушеної гістеректомії вимагає термінове розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-реабілітаційних заходів для пацієнток цієї групи.

Сучасні аспекти перинатальних наслідків при монохоріальній двійні

О.В. Мельник

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

Проведено клінічне дослідження перебігу вагітності, пологів і перинатальних наслідків у 45 пацієнток із незапланованою багатоплідною монохоріальною вагітністю, яка завершилася народженням нормотрофних дітей. Для порівняння були використані аналогічні показники у 45 жінок з біхоріальними двійнятами. У комплексі проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, доплерометричні, морфологічні та статистичні методи. Перебіг вагітності при монохоріальній двійні характеризувався високою частотою розвитку затримки зросту плода/плодів (51,1%), прееклампсією (33,3%), загрозою переривання вагітності (64,1%) та передчасними пологами (66,7%), що навіть за відсутності специфічних ускладнень монохоріального типу плацентації виправдовувало високу частоту оперативного розродження (46,7%). Порівняно з одноплідною вагітністю, ріст плодів при монохоріальному типі плацентації характеризується достовірно нижчими фетометричними показниками, починаючи з другої половини вагітності. Затримка росту плода/плодів при монохоріальній двійні формується до 28–32 тиж гестації, причому у 20,6% вагітних розвивається затримка росту обох плодів, а у 30,4% – одного. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів при багатоплідній вагітності.

Особливості хірургічного лікування поєднаної патології матки у жінок старшого віку

О.Ю. Мініна

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

Результати проведених досліджень свідчать, що використання абдомінального хірургічного лікування поєднаної патології матки не втрачає своєї актуальності у зв'язку з пізньою діагностикою міоми матки і її великими розмірами. Порівняль-

ний аналіз ранніх і пізніх ускладнень свідчить про наявні резерви у зниженні їхньої частоти через особливості у жінок старше 50 років. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення тактики оперативного лікування поєднаної патології матки.

Особливості стану рубця при повторному кесаревому розтині у жінок, які багато народжували

Нунга Крістіна Жиме

Результати проведених досліджень свідчать, що під час оцінювання стану нижнього сегмента матки у вагітних з кесаревим розтином в анамнезі, діагностична точність трансабдомінального ультразвукового дослідження становила 70,0%, трансагінального ультразвукового дослідження – 78,0%, магнітно-резонансної томографії – 60,0%, доплерометрії – 56,0%. У разі неспроможності рубця на матці клінічні ознаки мали місце в 47,0% випадків. Під час морфологічного оцінювання нижнього сегмента матки не виявлено залежності морфологічної структури нижнього сегмента матки від тимчасового інтервалу між операціями.

Сучасні аспекти прогнозування аденоміозу

П.М. Прудніков

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

У результаті аналізу попередніх діагнозів на догоспітальному етапі у хворих на аденоміоз була виявлена значна різномірність поставлених діагнозів. Так, з 60 хворих у 30 (50%) жінок цей діагноз був поставлений правильно, в 11 (18,3%) жінок аденоміоз помилково був прийнятий за міому матки, у 7 (11,7%) – за гіперплазію та поліпи ендометрія, у 4 (6,7%) – за дисфункціональні маткові кровотечі, у 2 (3,3%) – за цистоаденому яєчника. Шість жінок (9%) тривалий час проходили обстеження та лікування у невропатолога, гастроентеролога, терапевта з підозрою на грижу диску, остеохондроз, коліт, спайковий процес тощо. На підставі клініко-анамнестичних даних та результатів гінекологічного обстеження аденоміоз було запідозрено у 48 хворих, з них підтверджено – у 28. Частка хибнопозитивних результатів становила 41%. Проте з 60 пацієнток з підтвердженим аденоміозом у клінічний діагноз дана патологія була винесена у 31. Таким чином, частка хибнонегативних результатів становила 48%. Чутливість методу – 51,7%, специфічність – 59%. Отримані результати необхідно враховувати під час проведення ранньої діагностики та прогнозуванні аденоміозу.

Профілактика перинатальної патології після допоміжних репродуктивних технологій

Я.А. Рубан

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

Нами вдосконалений алгоритм профілактики перинатальної патології у жінок після допоміжних репродуктивних технологій, якій включав наступні моменти: вживання моногормонотерапії під час вагітності; використання родинно-орієнтованих технологій під час вагітності і при розродженні; консультація перинатального психолога на всіх етапах ведення пацієнток; розроблення плану розродження пацієнток з урахуванням причин безплідності, кількості спроб допоміжних репродуктивних технологій і клінічного перебігу вагітності. Використання удосконаленого нами алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів дозволяє знизити частоту мимовільного переривання вагітності до 22 тиж – з 13,0% до 5,7%; «ранніх» передчасних пологів – з 3,0% до 1,0%; плацентарної дисфункції з 63,0% до 40,6%; кесаревих розтинів – з 96,0% до 56,5%, а також перинатальних втрат – з 40,0‰ до 16,2‰ відповідно.

Особливості плацентарної дисфункції при порушенні плацентації у жінок з аномаліями розвитку матки

А.П. Садовий

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

Результати проведених функціональних досліджень свідчать про порушення кровотоку матки, плаценти і плода при аномаліях розташування плаценти. Ці зміни свідчать про наявність плацентарної дисфункції різного ступеня вираженості при даній патології. У цьому випадку ступінь і частота перебувають у прямій залежності від розташування плаценти. Причиною розвитку плацентарної дисфункції вірогідно є зниження маточно-плацентарного кровотоку, що залежить у свою чергу від порушень плодово-плацентарного кровотоку при аномаліях плацентації. Найчастіше порушення гемодинаміки і затримка розвитку плода спостерігаються при низькому її розташуванні. Встановлений патологічний варіант порівнювали з параметрами плацентометрії – у кожному третьому випадку діагностована плацентарна дисфункція за оцінкою швидкості кровотоку випереджала дані ультразвукового дослідження і клінічні прояви. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Особливості перебігу багатоплідної вагітності самостійно та після застосування допоміжних репродуктивних технологій

О.М. Сусідко

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

Результати проведених досліджень свідчать, що проблема багатоплідної вагітності є дуже актуальною, особливо в аспекті варіанта настання вагітності – самостійно або після допоміжних репродуктивних технологій. При цьому частота основних ускладнень вагітності не залежить від варіанту її настання, а залежить від типу хоріальності і кількості плодів. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Особливості патології ендометрія при порушенні репродуктивної функції

Г.О. Толстанов

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

Аналіз математико-статистичних взаємозв'язків дозволив виявити наявність зв'язків між результатом допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) і різними анамнестичними даними, рівнем рецепторів по статевих гормонів, а також концентраціями гормонів у периферійній крові. На нашу думку, отримані дані можуть сприяти обґрунтуванню критеріїв здатності імплантації ендометрія, і свідчать про необхідність досліджень динаміки гормонального статусу пацієнток, рівнів рецепторів у слизовій оболонці ендометрія до стероїдних гормонів. Очевидно, що облік цих чинників разом з даними анамнезу повинен здійснюватися під час проведення комплексу заходів щодо підготовки ендометрія у програмі ДРТ.

Вплив міграції плацентації на виношування вагітності

О.М. Томнюк

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

Результати проведених досліджень свідчать, що антенатальне порушення стану плода у жінок з передлежанням плаценти та її міграцією є визначальним у неонатальній патології і виникненні ускладнень пологового процесу. Це на фоні хронічного страждання плода посилює його стан і призводить до значної частоти народження хворих дітей або інтранатальної їхньої загибелі. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення тактики ведення вагітності і розродження жінок з аномальним розташуванням плаценти.

Порівняльні аспекти ведення вагітності у жінок з надмірною масою тіла

Т.Д. Фахрутдінова

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

Вивчені порівняльні аспекти різних алгоритмів ведення вагітності у жінок з надмірною масою тіла та метаболічним синдромом. Загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи полягали у використанні дієтотерапії, метаболічної терапії, комплексів вітамінів і мікроелементів, корекції мікроциркуляції. Відмінними рисами застосування запропонованого нами комплексу лікувально-профілактичних заходів було додаткове використання під час вагітності фітопрепаратів, що корегують ліпідний обмін та метаболізм. Результати проведених досліджень свідчать про ефективність запропонованих лікувально-профілактичних заходів у жінок з надмірною масою тіла, у тому числі і при метаболічному синдромі. Методика є простою, загальнодоступною і може знайти широке застосування у практичній охороні здоров'я.

Сучасна тактика хірургічного лікування нестресового нетримання сечі

Д.М. Федорова

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

Ефективність оперативного лікування оцінювали протягом 3 років спостереження за суб'єктивними і об'єктивними критеріями (скарги пацієнток, оцінювання хворою ефекту оперативного лікування, огляд пацієнток у спокої і при натуженні) та за результатами стандартного і спеціального ультразвукового (з оцінюванням стану уретровезикального сегменту і тривимірною реконструкцією сфінктера сечівника) дослідження. Результати проведених досліджень свідчать, що використання удосконаленої методики хірургічного лікування рецидивуючого цистоцеле і генітального пролапса дозволяє покращити результати оперативного втручання, а також суттєво знизити частоту рецидивів протягом 3–5 років після операції. Отримані результати необхідно використовувати у практичній охороні здоров'я на рівні спеціалізованих гінекологічних відділень.

Роль психологічних порушень у жінок – медичних працівників у генезі безплідності

О.С. Шелигін

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

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки – медичні працівники з допоміжними репродуктивними технологіями складають групу високого ризику щодо розвитку різних психологічних порушень, особливо тривожних розладів. Динаміка тривожних розладів залежить від психосоціальних чинників або наявності гінекологічного захворювання, що стало причиною безплідності. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Репродуктивні наслідки у жінок з оперованими яєчниками

Ю.М. Шостак

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

Наведені дані переконливо свідчать, що гестаційний процес у жінок, що лікуються по приводу генітального ендометріозу, відбувається на тлі зниженої гормонотропічної функції фетоплацентарного комплексу, у першу чергу естріолу і прогестерону, особливо за наявності антитіл до хоріонічного гонадотропіну, а також високим напруженням фетоплацентарного комплексу у терміні 20–24 тиж за рахунок збільшення рівнів естріолу і плацентарного лактогену. Раннє включення у комплексну терапію гестагенів, антиагрегантів і антикоагулянтів сприяє адекватному функціонуванню фетоплацентарного комплексу і підвищенню адаптаційних можливостей плода у ранній неонатальний період. Результати проведених досліджень свідчать, що вагітність і пологи у жінок з ендометріозом в анамнезі є досить серйозною науковою проблемою. Одним з найбільш важливих напрямів є вивчення функціонального стану фетоплацентарного комплексу і розроблення діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Наукове видання

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ
СПІВРОБІТНИКІВ
НМАПО імені П.Л. ШУПИКА**

Випуск 28 (частина 1)

Головний редактор:
академік НАМН України, професор
Ю.В. Вороненко
Науковий редактор: член-кор. НАМН України, д.мед.н., проф.
Ю.П. Вдовиченко

Художній і технічний редактор:
Л.В. Тищенко

Комп'ютерне упорядкування та верстка: **А.О. Бондаренко**

Редактор англ. резюме: к.пед.н., доцент **Л.Ю. Лічман**

Замовник та видавець: НМАПО імені П.Л. Шупика

Адреса для листування: Україна, 04112, м. Київ-112, вул. Дорогожицька, 9
Адреса редакції: Україна, 04112, м. Київ-112, вул. Дорогожицька, 9, кім. 403,
тел./факс (044) 440-61-92
e-mail: nmapo403@ukr.net

Формат 60x84/16. Папір офсетний. Гарнітура Peterburg
Обл. видав. арк. – 16,32. Ум.-друкарк. – 10,54.
Друк ТОВ «Професіонал-Івент»
Тел./факс: (044) 220-15-41