



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. – 160 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 **Ю.П. Вдовиченко**

Редакційна колегія: **М.Л. Анкін** – д.мед.н., проф.; **В.І. Біда** – д.мед.н., проф.; **Г.Ф. Білоклицька** – д.мед.н., проф.; **Н.О. Ветютнева** – д.мед.н., проф.; **І.Б. Вовк** – д.мед.н., проф.; **Г.І. Герцен** – д.мед.н., проф.; **В.Г. Гетьман** – д.мед.н., проф.; **Н.Г. Гойда** – д.мед.н., проф.; **Ю.І. 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 №8 від 11.10.2017 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 2)

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; 160 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 № 8, 11.10.2017

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. Tovsthanovska** - 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 2)*

Kyiv – 2017

ЗМІСТ

АКУШЕРСТВО

Особливості перебігу вагітності та пологів у жінок з повторною гестаційною анемією <i>Д.О. Говсеєв</i>	10
Клініко-ехографічні зміни у вагітних з недиференційованою дисплазією сполучної тканини <i>А.Л. Костюк</i>	13
Шляхи зниження репродуктивних втрат у жінок з лейоміомою матки <i>О.О. Литвак</i>	20
Порівняльні наслідки моно- та біхоріальної вагітності після допоміжних репродуктивних технологій <i>О.В. Мельник</i>	25
Перинатальні наслідки повторного кесарева розтину у жінок, які багато народжували <i>Нунга Крістіна Жиме</i>	29
Роль ехографії у пренатальній діагностиці вроджених вад розвитку у жінок після допоміжних репродуктивних технологій <i>Я.А. Рубан</i>	33
Сучасні аспекти порушень плацентації у жінок з аномаліями розвитку матки <i>А.П. Садовий</i>	40
Клінічні аспекти різних варіантів багатоплідної вагітності <i>О.М. Сусідко</i>	44
Аномальне розташування плаценти як фактор ризику ретрохоріальних гематом <i>О.М. Томнюк</i>	51

Особливості нетримання сечі під час вагітності та після пологів <i>Д.М. Федорова</i>	57
Особливості перебігу вагітності у жінок з оперованими яєчниками та матковими трубами <i>Ю.М. Шостак</i>	61

ГИНЕКОЛОГИЯ

Корекція порушень мікробіоценозу статевих шляхів у жінок, які перенесли перший медичний аборт <i>С.М. Бакшеев</i>	65
Оптимізація лікування порушень репродуктивної функції у жінок з йододефіцитними захворюваннями <i>Д.Ю. Берая</i>	69
Сучасні ендоскопічні технології у діагностиці та лікуванні поєднаної патології матки у жінок старшого віку <i>О.Ю. Мініна</i>	74
Роль уrogenітальних мікоплазмозів у жінок репродуктивного віку у розвитку поєднаної патології запального генезу <i>В.В. Децик</i>	80
Особливості відновлення репродуктивної функції у жінок з оперованими яєчниками <i>А.В. Єжова</i>	85
Сучасні аспекти новоутворень яєчників у дівчат-підлітків <i>В.М. Зінченко</i>	89
Вплив метаболічного синдрому на клінічний перебіг поєднаної патології матки <i>В.В. Костіков</i>	93

Особливості впливу гормональної та внутрішньоматкової контрацепції на репродуктивне здоров'я жінок <i>О.А. Лубковська</i>	99
Вплив поєднаної патології матки і грудних залоз на репродуктивне здоров'я жінок <i>О.А. Полюлях</i>	107
Роль ехографічних досліджень у тактиці ведення жінок з аденоміозом та гіперпластичними процесами ендометрія <i>П.М. Прудніков</i>	113
Оптимізація ведення жінок з гіперпластичними процесами ендометрія на тлі патології грудних залоз та надлишкової маси тіла <i>А.О. Семенюк</i>	120

ГИНЕКОЛОГИЯ

Роль иммуногенетических нарушений супружеской пары в эффективности вспомогательных репродуктивных технологий <i>М.М. Адамов, Г.В. Колесник</i>	125
Особливості функціонального стану фетоплацентарного комплексу у жінок з безплідністю в анамнезі при використанні родинно-орієнтованих технологій <i>С.Ю. Вдовиченко, К.С. Инсарова</i>	130
Порушення репродуктивної функції у жінок старше 35 років: причини та тактика лікування <i>В.В. Маркевич</i>	135
Особливості безплідності у пацієнток з поєднаною патологією ендометрія і яєчників <i>Г.О. Толстанов</i>	140
Роль імунологічних порушень у жінок – медичних працівників з безплідністю <i>О.С. Шелигін</i>	146

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

20 жовтня 2017 року

<i>М.М. Адамов</i>	151
<i>С.М. Бакшеев</i>	152
<i>Д.Ю. Берая</i>	152
<i>Д.О. Говсеев</i>	153
<i>А.В. Ёжова</i>	153
<i>В.В. Костіков</i>	153
<i>А.Л. Костюк</i>	154
<i>О.О. Литвак</i>	154
<i>В.В. Маркевич</i>	155
<i>О.В. Мельник</i>	155
<i>О.А. Полюлях</i>	156
<i>П.М. Прудніков</i>	156
<i>Я.А. Рубан</i>	157
<i>А.П. Садовий</i>	157
<i>А.О. Семенюк</i>	158
<i>О.М. Томнюк</i>	158
<i>О.С. Шелигін</i>	158

Особливості перебігу вагітності та пологів у жінок з повторною гестаційною анемією

Д.О. Говсеєв

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

Результати проведених досліджень засвідчили, що наявність анемії при попередній гестації є істотним чинником ризику розвитку у першу чергу повторної анемії, а також різних акушерських та перинатальних ускладнень. Отримані результати свідчать про необхідність удосконалення загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів з метою поліпшення результатів розродження жінок з анемією при попередній гестації.

Ключові слова: вагітність, пологи, анемія.

Вивчення проблеми анемії вагітних, як і раніше, залишається актуальним, тому що вона є провідною причиною материнських і перинатальних втрат, посідає істотне місце серед ускладнень, що негативно впливають на репродуктивне здоров'я матері і дитини [1–4]. Крім того, актуальність цієї проблеми зумовлена також негативними віддаленими наслідками перенесеної анемії для материнського організму [5–7].

На думку багатьох авторів, у більшості жінок, що перенесли дане акушерське ускладнення, формується хронічна анемія, нейроциркуляторна астения, гіпоксичні порушення, однак дані щодо частоти повторної анемії вагітних є вельми суперечливими і мають достатньо дискусійний характер. Сьогодні немає чітких критеріїв і тестів, за допомогою яких можна було б оцінити ризик розвитку повторної анемії вагітних, прогноз перебігу вагітності і пологів у жінок даної групи.

Незважаючи на численні наукові дослідження з проблеми анемії вагітних, багато питань залишаються до кінця не вирішеними. На нашу думку, у першу чергу це стосується розробки критеріїв ранньої діагностики, вибору оптимальних методів ведення, термінів і методів розродження, прогнозування і результату вагітності в жінок з анемією вагітних при попередній гестації. Відсутні чіткі рекомендації з профілактики акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з повторною анемією. Усе це вимагає проведення подальших наукових розробок, спрямованих на вдосконалення лікувально-діагностичної допомоги вагітним з анемією при попередній гестації.

Мета дослідження: вивчення частоти акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з анемією при попередній гестації на основі вивчення клініко-гематологічних особливостей і функціонального стану фетоплацентарного комплексу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети даної наукової роботи було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 100 жінок, які були розподілені на дві групи:

- контрольна група – 50 акушерські і соматично здорових роділь, розроджених через природні пологові шляхи;
- основна група – 50 жінок з анемією при попередній гестації, проведених за загальноприйнятими реабілітаційними і лікувально-профілактичними методиками.

Загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи проводилися згідно протоколів МОЗ України.

Віддалені наслідки анемії різного ступеня тяжкості вивчені в сучасній літературі досить широко [3, 4, 6]. При цьому досить переконливо показано, що вагітні, які хворіли на анемію, становлять групу високого ризику щодо розвитку нової соматичної патології, в основному пов'язаною з ураженням судин. Найбільш частим варіантом виникнення екстрагенітальної патології після розродження пацієнток з анемією є нейроциркуляторна дистонія, на тлі якої ризик розвитку повторної анемії збільшується в кілька разів.

Для проведення дослідження була розроблена спеціальна карта, до якої вносили основні особливості преморбідного фону, причини анемії при попередній гестації, дані про клінічний перебіг вагітності, пологів, стану немовлят, післяпологового і неонального періодів, а також результати додаткових лабораторних і функціональних методів дослідження. Дані всіх карт заносилися в комп'ютер і оброблялися за допомогою програми «Excel».

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що перенесена під час гестації анемія є істотним чинником ризику розвитку патології репродуктивної системи:

- порушення менструального циклу (14,0%);
- соматична захворюваність – нейроциркуляторна астения (12,0%) і міокардіодистрофія (10,0%).

Вагітність у жінок з анемією при попередній гестації супроводжується високою частотою раннього переривання вагітності (10,0%) з приводу діагностованих аномалій розвитку плода і мимовільних викиднів (6,0% і 4,0%), а також значним рівнем повторної анемії вагітних (60,0%), плацентарної недостатності (52,0%) і преєклампсії (20,0%).

Розродження жінок з анемією при попередній гестації відбувається на тлі високої частоти передчасного розриву плодових оболонок (46,0%), дистресу плода (44,0%), аномалій пологової діяльності (40,0%) і передчасного відшарування плаценти (8,0%), що призводить до високого рівня передчасних пологів (12,0%) і кесарева розтину (30,0%).

Перинатальні результати розродження жінок з анемією при попередній гестації характеризуються високою частотою плодових втрат (30,0%), а також значним рівнем затримки внутрішньоутробного розвитку плода (32,0%), середньоважких форм асфіксії (22,0%), інтраамніального інфікування (10,0%) і постгіпоксичної енцефалопатії (28,0%).

ВИСНОВКИ

Отже, наявність анемії при попередній гестації є істотним чинником ризику розвитку, у першу чергу, повторної анемії, а також різних акушерських і перинатальних ускладнень. Отримані результати свідчать про необхідність удосконалення загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів з метою поліпшення результатів розродження жінок з анемією при попередній гестації.

Особенности течения беременности и родов у женщин с повторной гестационной анемией

Д.А. Говсеев

Результаты проведенных исследований показали, что наличие анемии при предыдущей гестации является существенным фактором риска развития в первую очередь повторной анемии, а также различных акушерских и перинатальных осложнений. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости усовершенствования общепринятых лечебно-профилактических мероприятий с целью улучшения результатов родоразрешения женщин с анемией во время предыдущей гестации.

Ключевые слова: беременность, роды, анемия.

Features of course of pregnancy and labors at women with repeated gestational anemia

D.O. Govseev

Results of the lead researches have shown, that anaemia presence at previous gestation is an essential risk factor of development, first of all repeated anaemia, and also various obstetrical and perinatal complications. The received results testify to necessity of improvement of the standard treatment-and-prophylactic actions for the purpose of improvement of results delivery women with an anaemia at previous gestation.

Key words: pregnancy, delivery, an anaemia.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Белокриницкая Т.Е. Новые подходы к терапии анемии гестационного периода (обмен мнениями) / Т.Е. Белокриницкая, Б.И. Кузник // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. – 2013. – № 6. – С. 13–16.
2. Дворецкий Л.И. Железодефицитные анемии // Рус. медицинский журнал. – 2017. – № 5. – С. 1234–1242.
3. Казюкова Т.В. Новые возможности ферротерапии железодефицитной анемии / Т.В. Казюкова, Г.А. Самсыгина, Г.В. Калашникова // Клиническая фармакология и терапия. – 2010. – № 2. – С. 88–91.
4. Смирнова О.В. Железодефицитная анемия у беременных. Этиология и патогенез метаболических и функциональных расстройств / О.В. Смирнова, Н.П. Чеснокова, А.В. Михайлов // Саратовский медицинский журнал. – 2014. – № 1. – С. 30–33.
5. Степанковская Г.М. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии / Г.М. Степанковская, Б.М. Венцовский. – К.: Здоров'я, 2010. – 672 с.
6. Чайка В.К. Программа охраны материнства и детства в семье (безопасное материнство) – профилактика акушерских и перинатальных потерь / В.К. Чайка, Т.Ю. Бабич, Г.В. Белоусов // Збірн. наук. праць Асоціації акушерів-гинекологів України. – К., 2009. – С. 460–463.
7. Шехтман М.М. Железодефицитная анемия и беременность. Клиническая лекция / М.М. Шехтман // Гинекология. – 2010. – № 6. – С. 3–13.

УДК 618.3-06:616.14-007.63-036-073.43

Клініко-ехографічні зміни у вагітних з недиференційованою дисплазією сполучної тканини

А.Л. Костюк

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

Результати проведених досліджень свідчать, що для прогнозування ускладнень вагітності і порушень у фетоплацентарній системі у вагітних з варикозною хворобою доцільним є вимір поперечного зрізу бічної стінки матки і середнього діаметру маткової вени. Для встановлення діагнозу плацентарної дисфункції і визначення міри її компенсації необхідно проводити, окрім ехографічного дослідження судин малого таза, доплерометричне оцінювання венозного кровотоку. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: вагітність, варикозна хвороба, ускладнення.

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

Низка авторів [4, 5] свідчать про високу частоту виявлення у породіль екстазії венозних судин малого таза, що, на їх думку, пояснює збільшення запальних ускладнень після пологів у жінок, які страждають на судинну недостатність вен нижніх кінцівок. Наявність варикозно розширених судин системи внутрішньої клубової вени може сприяти розвитку кровотеч у третьому періоді пологів, бути причиною тромбоемболічних ускладнень, гнійно-септичних процесів у післяпологовий період; хронічних запальних процесів матки і придатків, вторинної безплідності [6, 7].

Симптомокомплекс «плацентарна дисфункція» (ПД) сьогодні має 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 плаценти є однією з головних причин перинатальної захворюваності і смертності у всьому світі [1–7].

Отже, наявність у вагітних симптомокомплексу ПД і васкулярних порушень обтяжує перебіг гестаційного процесу, несприятливо позначається на внутрішньо-утробному розвитку плода, погіршуючи показники перинатальної захворюваності. Не викликає сумнівів необхідність комплексного підходу до вивчення артеріального і венозного кровообігу малого таза під час вагітності.

Використання сучасних ультразвукових методик (кольорове доплерівське картування, дуплексне сканування, тривимірна ехографія) дозволить отримати вичерпну інформацію про стан судин, відмовляючись від інвазивних методів досліджень [1–7].

Враховуючи наведене вище, у даному дослідженні вирішено було проаналізувати особливості гемодинаміки малого таза при фізіологічному перебігу вагітності, а також за наявності варикозної хвороби, причому без і з наявністю ПД.

Мета дослідження: вивчити клініко-гемодинамічні особливості малого таза при варикозній хворобі та недиференційованій дисплазії сполучної тканини у вагітних без і за наявності плацентарної дисфункції.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Згідно поставленої мети було проспективно обстежено в термінах 10–41 тиж вагітності, у пологах і в ранній післяпологовий період 100 пацієнток з варикозним розширенням вен малого таза. У контрольну групу увійшли 50 пацієнток з неуспадкованим перебігом вагітності і пологів.

На підставі отриманих результатів під час ретроспективного аналізу усі пацієнтки були розподілені на наступні групи:

I група – контрольна (50 випадків). Перебіг вагітності у пацієнток цієї групи – без ускладнень, супутніх екстрагенітальних захворювань виявлено не було.

За результатами функціональних методів дослідження – УЗ-фетометрії (ЗРП, ознаки передчасного старіння плаценти), УЗ-доплерометрії (порушення матково-плацентарного і/або плодово-плацентарного кровообігу), КТГ (ознаки внутрішньоутробної гіпоксії плоду) – була сформована II група, яку представили 50 вагітних з варикозним розширенням вен малого таза і ПД.

III група – вагітні з варикозним розширенням вен малого таза без ознак ПД.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

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

Групи пацієнток є статистично порівняними за наступними параметрами:

- вік початку менструацій та їхня тривалість, вік початку статевого життя;
- структура екстрагенітальної патології (вегето-судинна дистонія за гіпо- і гіпертонічним типом, захворювання травного тракту);
- структура гінекологічних захворювань (фонові захворювання шийки матки, кісти яєчників, ендометрит і дисфункція яєчників);
- уrogenітальна інфекція (кандидоз);
- число термінових пологів в анамнезі.

Перебіг даної вагітності і пологів у пацієнток усіх представлених груп ускладнювався токсикозом першої половини гестації, аномаліями пологової діяльності.

Достовірними відмінностями між жінками з венозними порушеннями і здоровими ($p < 0,05$) є тривалість менструального циклу, середній ріст пацієнток, число

мимовільних переривань вагітності, вагітностей, що не розвиваються, і позаматкових вагітностей в анамнезі, частота безплідності і передчасних пологів, що відрізняють пацієнток з екстазією вен таза, перебіг гестації яких ускладнився ПД.

У структурі екстрагенітальної патології у даного контингенту жінок виявляли захворювання серцево-судинної системи (вади серця, хронічна артеріальна гіпертензія, варикозна хвороба нижніх кінцівок, анемія), сечовидільної системи (хронічний пієлонефрит, сечокам'яна хвороба – МКБ) та ендокринна патологія (дифузний зоб, автоімунний тиреоїдит); у структурі гінекологічних захворювань – лейоміома матки, ендометріоз. Серед виявленої уrogenітальної інфекції відзначався хламідіоз.

Перебіг гестації ускладнювався загрозою переривання вагітності у I триместрі, анемією другої половини вагітності і преєклампсією. У вагітних цієї групи виявлялися УЗ-признаки ПД і затримки розвитку плода (ЗРП).

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

Перебіг післяпологового періоду у пацієнток з варикозною хворобою і ПД ускладнювався розвитком метроендометриту і гематометри.

Перинатальні результати у групі з варикозним розширенням вен малого таза і ПД представлені наявністю дистреса плоду і ЗРП, а також високою частотою неврологічних порушень і зменшення кількості немовлят задовільного стану.

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

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

У жінок з венозними порушеннями також виявлені достовірні відмінності. Вагітні з варикозною хворобою і ПД відрізнялися наступними характеристиками: число мимовільних абортів було в два рази більше, ніж у жінок з ізольованою екстазією вен малого таза; число вагітностей, що не розвиваються, і позаматкових в анамнезі, а також частота оперативного розродження в анамнезі – у три рази. Дисфункція яєчників в анамнезі зустрічалася в два рази частіше також серед пацієнток з венозними порушеннями і ПД.

Дифузний зоб, хронічний пієлонефрит, МКБ, автоімунний тиреоїдит достовірно частіше виявлялися у жінок з розширенням вен малого таза, перебіг вагітності яких ускладнився ПД. У структурі гінекологічних захворювань у вагітних цієї групи у два рази частіше спостерігався сальпингоофорит.

Перебіг вагітності у групі з венозними порушеннями і ПД відбувався на тлі анемії у II триместрі, ускладнювався преєклампсією у II–III триместрі вагітності. У жінок цієї групи виявлялися УЗ-ознаки ПД і ЗРП.

Дистрес плода, ЗРП та асфіксія новонароджених характеризували перебіг пологів, післяпологового періоду пацієнток з венозними порушеннями і ПД.

Кількість штучних переривань вагітності була вдвічі більшою у пацієнток з ізольованою ектазією вен малого таза, ніж у вагітних з варикозною хворобою і ПД. Маса тіла до вагітності була достовірно більшою також у пацієнток цієї групи.

Серед екстрагенітальної патології у кожної другої пацієнтки у групі з ізольованими венозними порушеннями і лише у кожної шостої – у групі з васкулярними порушеннями і ПД виявлялася варикозна хвороба нижніх кінцівок. Тромбофлебіт реєструвався у 3 (6,0%) вагітних з ізольованою ектазією вен малого таза.

Флебіт маткових вен, субінволюція матки відрізняли післяпологовий період породіль з ізольованим розширенням судин малого таза. Невідповідність розмірів матки (збільшення) у цій групі спостерігалася в два рази частіше, а розширення її порожнини – у два з половиною рази частіше, ніж у групі з варикозною хворобою і ПД.

Наведені відмінності можуть бути використані для формування чинників ризику ускладненого перебігу вагітності і пологів.

Для оцінювання венозної гемодинаміки малого таза при нормальному та ускладненому перебігу вагітності використовували ультразвуковий і доплерометричний методи дослідження.

З метою оцінювання матково-плодово-плацентарного кровотоку реєстрували доплерометричні індекси кривих швидкостей кровотоку маткових (МА), радіальних (РА) і спіральних (СА) артерій, артерії пуповини (АП) і середньомозкової артерії плоду (СМА).

Доплерометричне дослідження входило у стандартне УЗД плода і проводилося три рази і більше (залежно від показань) протягом вагітності.

У жінок з фізіологічною вагітністю зміни венозної гемодинаміки характеризувалися прогресивним збільшенням діаметру маткової вени і поперечного розміру судинного пучка матки, залученням до процесу ектазії судин параметрально-утеровагінального сплетення з виключно односторонньою локалізацією і розсипним типом розширення, відсутністю ознак венозної недостатності.

Групи з варикозним розширенням вен малого таза представили пацієнтки, максимальний діаметр маткової вени яких у першій половині вагітності перевищував 0,5 см.

У переважної більшості пацієнток з варикозною хворобою (без ПД) відзначався односторонній характер ектазії венозних сплетень, що в три рази частіше, ніж у вагітних з венозними порушеннями і ПД. Необхідно зазначити, що двостороння локалізація розширених сплетень малого таза виявлялася у групі з ізольованою ектазією венозних судин лише у кожному п'ятому випадку, а серед пацієнток з варикозною хворобою і ПД ще рідше. Тип ектазії сплетень у I триместрі у більшості частини пацієнток з венозними порушеннями характеризувався як розсипний.

Заслугує на увагу той факт, що магістральний тип ектазії у цей період виявлявся у пацієнток з ізольованими венозними порушеннями в кожному п'ятому випадку (20,0%), а серед жінок з васкулярними порушеннями і ПД – тільки в одному спостереженні (2,0%).

II триместр вагітності характеризувався помірним збільшенням просвіту маткових судин як в групі з ізольованою ектазією судин малого таза, так і в групі з венозними порушеннями і ПД. Діаметр М.в. у жінок обох груп з варикозною хворо-

бою був більшим, ніж у здорових, проте ця відмінність не була статистично достовірною ($p > 0,05$).

Максимальний поперечний розмір перерізу судинного пучка у II триместрі у вагітних з варикозною хворобою становив $4,5 \pm 0,09$ см і $5,1 \pm 0,02$ см за групами відповідно, що у два рази більше, ніж в групі контролю ($p < 0,05$).

У розширених судинах малого таза в групах з венозними порушеннями визначали ретроградний потік крові, ознаки псевдопульсації вен. У переважному числі випадків ($p < 0,05$ порівняно з групою здорових) сплетення мали, також як і у I триместрі, односторонню локалізацію. Заслугує на увагу той факт, що зі збільшенням терміну вагітності ектазія венозних сплетень набувала двостороннього характеру у кожному другому-третьому випадку в групі з варикозною хворобою і ПД і лише в кожному п'ятому – в групі з ізольованими венозними порушеннями. Як у пацієнток з фізіологічним перебігом вагітності, так і у вагітних у групах з варикозним розширенням вен малого таза, зміни характеру венозної гемодинаміки виявлялися з другої половини другого триместру.

У переважної більшості пацієнток у групах з ектазією вен малого таза, як у I, так і в II триместрі вагітності, спостерігалася розширення параметрального/утеровагінального сплетення ($p < 0,05$ порівняно з групою здорових).

У процес ектазії у II триместрі все більше залучалися судини оваріального сплетення. У вагітних з венозними порушеннями і ПД гемодинамічні зміни (II триместр) проявилися появою поєданого розширення судин параметрально-оваріальних сплетень у кожному четвертому випадку, у групі з ізольованою ектазією венозних судин – у кожному третьому.

Необхідно зазначити, що кількість таких пацієнток серед вагітних з ізольованими венозними порушеннями у II триместрі вагітності було втричі більше, ніж у I.

Заслугує на увагу той факт, що серед жінок з венозними порушеннями перебіг гестації яких ускладнився ПД, ці терміни вагітності відрізнялися появою тотального типу ектазії сплетень у більшій половині пацієнток, що у 2,5 рази частіше, ніж у вагітних з ізольованими васкулярними порушеннями. При поєданому (тотальному) варіанті ектазії венозних судин залучаються практично усі венозні комунікації басейну малого таза. У більшості вагітних з ізольованою ектазією судин спостерігався розсипний тип розширення. Виявлений взаємозв'язок між типом ектазії судин та її анатомічним розташуванням. При ектазії параметральних/утеровагінальних венозних сплетень спостерігається розсипний тип варикозного розширення судин.

III триместр вагітності характеризувався прогресивним ростом перерізу маткової вени і максимальною швидкістю кровотоку (S_{max}) переважно серед пацієнток з ізольованим варикозним розширенням вен малого таза.

Максимальний розмір поперечного перерізу судинного пучка у вагітних обох груп з ектазією судин малого таза в III триместрі був вдвічі більшим, ніж у здорових пацієнток ($p < 0,05$). Виявлялася чітка тенденція збільшення S_{max} протягом гестації у вагітних усіх груп.

Двосторонній характер ектазії судин у вагітних з варикозним розширенням вен малого таза у III триместрі мав місце у кожній другій-третьій жінки з венозними порушеннями і ПД і лише у кожній четвертій – з ізольованою варикозною хворобою ($p < 0,05$ порівняно з групою здорових). Визначали ретроградний кровотік і оз-

наки псевдопульсації судин. Наведені зміни гемодинаміки також свідчить про залучення нових венозних комунікацій у пацієнок з венозними порушеннями, переробіг гестації яких ускладнився ПД.

У III триместрі реєструвалося збільшення кількості жінок з розширенням найпотужнішого – яєчникового – сплетення малого таза, причому ці зміни спостерігалися як в групі з ізольованою ектазією венозних судин, так і в групі з васкулярними порушеннями і ПД.

Поєднане розширення параметрального та оваріального сплетень у цей період гестації, як і в II триместрі вагітності, візуалізувалося в кожному четвертому спостереженні в групі з варикозною хворобою і ПД і в кожному третьому – в групі з варикозною хворобою та недиференційованою дисплазією сполучної тканини без ПД ($p < 0,05$ порівняно з групою контролю). Ектазія оваріального сплетення реєстрували у 14,0% спостережень у пацієнок з варикозною хворобою і ПД, в 10,0% спостережень – з ізольованими васкулярними порушеннями.

У вагітних з венозними порушеннями III триместр характеризувався магістральним типом ектазії судин у кожному другому-третьому випадку. Виявлений взаємозв'язок між магістральним типом розширення судин і оваріальною локалізацією розширеного венозного сплетення.

Тотальний тип ектазії судинних сплетень спостерігався з однаковою частотою в обох групах з варикозною хворобою та недиференційованою дисплазією сполучної тканини – кожен другий-третій випадок.

У кожному четвертому випадку серед жінок з васкулярними порушеннями виявлявся розсіпний тип ектазії судин. У групі з ізольованою варикозною хворобою у III триместрі розсіпний тип розширення судин реєстрували у півтора рази рідше, ніж у другому. Усереднена за часом швидкість кровотоку в М.в. у групі з ізольованими венозними порушеннями у III триместрі була достовірно вищою порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$).

Ці зміни пояснюються зниженням мінімальної лінійної швидкості у розширених венозних судинах.

Отже, гемодинамічні зміни у жінок з венозними порушеннями проявилися прогресивним збільшенням діаметру маткової вени і поперечного перерізу судинного пучка, появою ознак венозної недостатності, залученням судин оваріального сплетення, двосторонньою локалізацією розширених сплетень, а також тотальним і магістральним типом ектазії. «Пік» гемодинамічних змін відповідав II триместру вагітності.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що для прогнозування ускладнень вагітності і порушень у фетоплацентарній системі у вагітних з варикозною хворобою та недиференційованою дисплазією сполучної тканини доцільним є вимір поперечного перерізу бічної стінки матки і середнього діаметру маткової вени. Для встановлення діагнозу ПД і визначення міри її компенсації необхідно проводити, окрім ехографічного дослідження судин малого таза, доплерометричне оцінювання венозного кровотоку. Отримані результати необхідно враховувати під час розробленні комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Клинико-эхографические изменения у беременных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани

А.Л. Костюк

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что для прогнозирования осложнений беременности и нарушений в фетоплацентарной системе у беременных с варикозной болезнью целесообразно измерение поперечного сечения боковой стенки матки и среднего диаметра маточной вены. Для установления диагноза плацентарной дисфункции и определения степени ее компенсации необходимо проводить помимо эхографического исследования сосудов малого таза доплерометрическую оценку венозного кровотока. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: беременность, варикозная болезнь, осложнения.

Clinical-ehografical changes at pregnant women with an undifferentiated dysplasia of connecting tissue

A.L. Kostiuk

Results of the spent researches testify that for forecasting of complications of pregnancy and infringements in fetoplacental system at pregnant women with varicose illness expediently measurement of cross-section section of a lateral wall of a uterus and average diameter uterine veins. For statement of the diagnosis of placental dysfunction and definition of degree of its indemnification it is necessary to spend, besides ehografical researches of vessels of a small basin, dopplerometrical estimation of a venous blood-groove. The received results are necessary for considering by working out of a complex of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: pregnancy, varicose illness, complications.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Агеева М.И. Допплерометрические исследования в акушерской практике / М.И. Агеева. – М.: Видар, 2008. – 112 с.
2. Волков А.Е. Диагностическая ценность эхографии при варикозном расширении вен малого таза / А.Е. Волков, А.А. Окорочков // Ультразвуковая диагностика. – 2014. – № 2. – С. 24.
3. Газдиева З.М. Варикозная болезнь при беременности. Клиника, диагностика и лечение: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / З.М. Газдиева. – Ростов-на-Дону, 2009. – 16 с.
4. Демидов Б.С. Клиническое значение доплерометрии в диагностике и прогнозировании плацентарной недостаточности во втором и третьем триместрах беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Б.С. Демидов. – М., 2000. – 18 с.
5. Елисеев О.М. Сердечно-сосудистые заболевания у беременных / О.М. Елисеев. – М.: Медицина, 2014. – 28 с.
6. Зубарев А.Р. Ультразвуковая диагностика заболеваний вен нижних конечностей / А.Р. Зубарев, И.Ю. Богачев, В.В. Митьков. – М., 2009. – 104 с.
7. Мурашко А.В. Этиология и патогенез хронической венозной недостаточности при беременности / А.В. Мурашко // Проблемы беременности. – 2009. – № 2. – С. 16–18.
8. Проскурякова О.В. Допплерография в гинекологии / О.В. Проскурякова; под ред. Зыкина Б.И., Медведова М.В. – М., 2009. – С. 133–144 с.

УДК 618.3-06:618.1-002

Шляхи зниження репродуктивних втрат у жінок з лейоміомою матки

О.О. Литвак

Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини Державного управління справами, м. Київ

Результати проведених досліджень свідчать, що пацієнтки з міомою матки складають групу високого ризику щодо розвитку невиношування вагітності і подальшої перинатальної патології. Використання вдосконаленого нами алгоритму дозволяє знизити частоту невиношування і перинатальної патології, що дає нам підставу рекомендувати його для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: невиношування, перинатальна патологія, лейоміома матки.

Невиношування вагітності є однією з найважливіших проблем сучасної охорони здоров'я в усьому світі. При цьому частота передчасного переривання вагітності коливається в межах 10–25% [1, 2]. Не дивлячись на велику кількість досліджень, присвячених профілактиці і лікуванню невиношування, частота передчасних пологів становить 5–10% [3–5].

Невиношування вагітності – це універсальна, інтегрована відповідь жіночого організму на будь-яке виражене неблагополуччя в стані здоров'я вагітної, внутрішньоутробного розвитку плода, довкілля і багатьох інших чинників. В умовах адаптації до вагітності найяскравіше виявляється єдність нервової і гуморальної регуляції, контрольована симпато-адреналовою системою, яка забезпечує організм жінки створенням достатніх енергетичних ресурсів в умовах внутрішнього і зовнішнього середовища [6–7].

Серед різних чинників ризику невиношування все більшого значення набувають початкові фонові гінекологічні захворювання, особливо ендокринного генезу. Успіхи сучасної ендокринної гінекології до сьогодні створили передумови до розуміння генезу порушень репродуктивної системи і забезпечили можливість більш глибокого розуміння механізмів невиношування вагітності і перинатальної патології на тлі різних варіантів лейоміоми матки [8–9].

Останнім часом у структурі генітальної патології особливе місце посідає лейоміома матки, при цьому вік пацієнток значно помолодшав, а клінічна картина носить моносимптомний характер з вираженими порушеннями менструальної функції [1, 3]. У той самий час, вагітні з лейоміомою матки мають підвищений ризик розвитку різних акушерських і перинатальних ускладнень, особливо невиношування вагітності, а існуючі лікувально-профілактичні заходи не завжди ефективні.

Патогенез невиношування на тлі лейоміоми матки вивчений недостатньо. Відсутні чіткі дані про особливості формування і функціонального стану фетоплацентарного комплексу та порушень стану плода і новонародженого залежно від по-

чаткових особливостей дисгормональних порушень. Крім того, відсутні дані про диференційований підхід до профілактики невиношування вагітності з врахуванням основних клінічних варіантів і локалізації лейоміоми матки.

Мета дослідження: зниження частоти невиношування та перинатальної патології у жінок з лейоміомою матки на підставі вивчення особливостей функціонального стану фетоплацентарного комплексу, системного імунітету та гомеостазу, а також удосконалення і впровадження алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

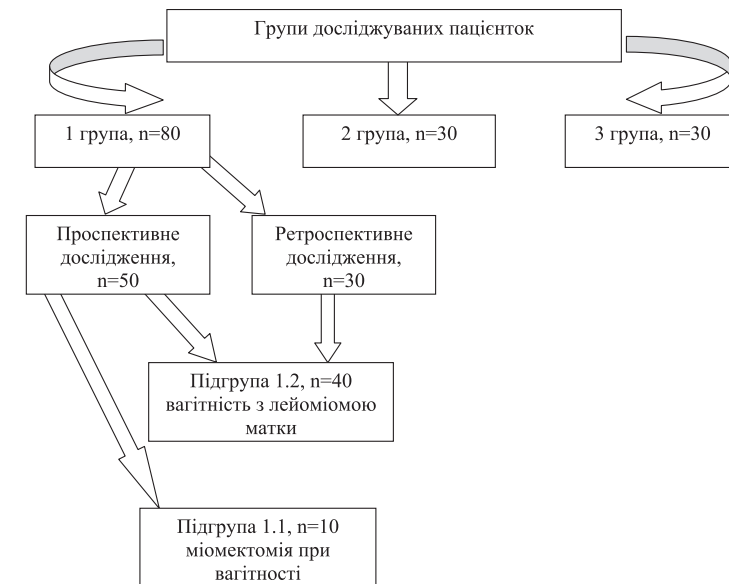
МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети і завдань дослідження у дослідженні взяли участь 140 вагітних, які були розподілені на три групи спостереження (малюнок).

У 1 групу увійшли 80 вагітних, які мають лейоміому матки, включаючи 30 пацієнток перебіг вагітності і пологів яких було відстежено ретроспективно. У 1 групі виділена підгрупа 1.1, з 10 пацієнток, які перенесли консервативну міомектомію під час вагітності і підгрупа 1.2 – 40 жінок, які продовжили виношування вагітності з лейоміомою матки, а також ретроспективну підгрупу з 30 пацієнток.

У 2 групу увійшли 30 вагітних, які перенесли міомектомію до настання цієї вагітності.

У 3 групу увійшли 30 вагітних, які не мають лейоміоми матки з неускладненим перебігом вагітності.



Структура досліджуваних груп вагітних

Середній вік досліджуваних пацієнток (M±m)

Показник	1 група, n=80	2 група, n=30	3 група, n=30
Вік, років	33,28±0,75	33,16±0,83	32,6±0,86

Середній вік пацієнток у досліджуваних групах наведений у таблиці.

До настання даної вагітності лейоміома матки діагностована у 51 (63,8 %), під час вагітності – у 29 (36,3 %) жінок. Субсерозна локалізація вузлів мала місце у 26 (32,5 %), інтерстиціальна – у 54 (67,5 %) пацієнток. Множинні вузли (більше трьох) діагностовано у 43 (53,8 %) жінок. У 2 (2,5 %) пацієнток вузол деформував порожнину матки. У 37 (46,3 %) жінок вузли розташовувалися по передній стінці, у 29 (36,2 %) – по задній, у 12 (15,0 %) жінок вузли розташовувалися в області дна матки. Атипове розташування вузлів (в області перешийка матки) відмічено в 10 (12,5%) випадків. Діаметр міоматозних вузлів до 50 мм виявлено у 18 (22,5 %), від 50 до 100 мм – у 41 (51,3 %), понад 100 мм – у 21 (26,2 %) пацієнтки.

З метою зниження частоти невиношування і перинатальної патології у жінок з лейоміомою матки ми удосконалили алгоритм діагностичних і лікувально-профілактичних заходів:

- у I триместрі при первинному зверненні пацієнтки обов'язковим є з'ясування динаміки зростання пухлини за період спостереження до і при даній вагітності; ультразвукове дослідження (уточнення локалізації, розмірів, стану міоматозних вузлів); ендокринологічне обстеження (вміст естріолу та прогестерону) і профілактичне використання гестагенів;
- у II триместрі обов'язкове проведення ультразвукового дослідження: у термін 14–15 тиж – для уточнення динаміки міоматозних вузлів і вирішення питання про можливе оперативне лікування; у 22 тиж – оцінювання внутрішньоутробного стану плода, матково-плацентарного комплексу, виявлення ознак розвитку плацентарної дисфункції. У разі множинної лейоміоми матки, поєднанні локалізації плаценти і лейоміоми матки по одній стінці, ознак плацентарної дисфункції необхідна госпіталізація для проведення курсу терапії, направленої на її корекцію і профілактику переривання вагітності: використання гексопреналіна сульфатана, препаратів магнія сульфату, антиагрегантів та спазмолітиків;
- у III триместрі необхідним є ультразвукове дослідження у терміні 28–29 тиж; курс корекції плацентарної дисфункції (28–30 тиж) в умовах стаціонару і допологова госпіталізація у терміні 36 тиж для підготовки до пологів і визначення способу розродження.

При вирішенні питання про спосіб розродження у пацієнток з міомою матки слід враховувати вік жінки, акушерський анамнез, характер і розташування вузла міоми, а також перебіг даної вагітності і стан плода.

Оцінювання ефективності удосконаленого нами алгоритму проведена на прикладі проспективного дослідження перебігу вагітності 50 вагітних з лейоміомою матки, включаючи підгрупу 1.1 – 10 жінок, які перенесли міомектомію при вагітності, 1.2 – 40 жінок з міомою матки без оперативного лікування (проспективна група), при ве-

денні яких застосовувалася викладена вище тактика, і 30 вагітних з лейоміомою матки, перебіг вагітності яких спостерігався ретроспективно (2 група).

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, доплерометричні, ендокринологічні, імунологічні, біохімічні та статистичні методи дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними анатомо-функціональними особливостями міоматозних вузлів у вагітних були:

- переважання інтерстиціальних вузлів (67,5%) порівняно з субсерозними (32,5%);
- у кожному другому випадку (53,8%) виявляли множинні (понад трьох) міоматозні вузли;
- найчастіше міоматозні вузли розташовувалися в області передньої (46,3%) і задньої стінок (36,2%) порівняно з розташуванням в області дна (15,0%) і перешийка матки (12,5%);
- діаметр міоматозних вузлів до 50 мм зустрічався у 22,5%; від 50 до 100 мм – у 51,3% і понад 100 мм – у 26,2% спостережень.

Клінічний перебіг вагітності у жінок з лейоміомою матки характеризувався високою частотою (92,5%) загрози переривання у I триместрі, що призводило до мимовільного її переривання в 7,5% випадків. У II триместрі частота загрози переривання і передчасних пологів становила 36,5%, а в III триместрі основним ускладненням була плацентарна дисфункція (39,2%) і затримка розвитку плода (23,6%).

Частота передчасних пологів у жінок з лейоміомою становила 6,8%, а основними причинами даного ускладнення був передчасний розрив плодових оболонок на тлі загрози переривання і плацентарної дисфункції.

Жінок з лейоміомою матки розроджували абдомінальним шляхом у 23,7% випадків, а основними показаннями були дистрес плода на тлі плацентарної дисфункції і затримки розвитку, а також передчасний розрив плодових оболонок при неготових шляхах.

Перинатальні результати розродження жінок з лейоміомою матки характеризувалися високою частотою респіраторного дистрес-синдрому (6,8%), асфіксії новонароджених середнього і важкого ступеня (10,2%) і постгіпоксичною енцефалопатією (15,8%).

Використання вдосконаленого нами алгоритму дозволило попередити мимовільне переривання вагітності у I триместрі, знизило частоту плацентарної дисфункції у 2,0 разу, передчасних пологів – в 1,9 разу і перинатальної патології – у 2,8 разу.

ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що пацієнтки з міомою матки складають групу високого ризику щодо розвитку невиношування вагітності і подальшої перинатальної патології. Використання вдосконаленого нами алгоритму дозволяє знизити частоту невиношування і перинатальної патології, що надає нам підставу рекомендувати його для широкого використання у практичній охороні здоров'я.

**Пути снижения репродуктивных потерь у женщин
с лейомиомой матки**
Е.О. Литвак

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что пациентки с лейомиомой матки составляют группу высокого риска по развитию невынашивания беременности и перинатальной патологии. Использование усовершенствованного нами алгоритма позволяет снизить частоту невынашивания и перинатальной патологии, что дает нам основание рекомендовать его для широкого использования в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: невынашивание, перинатальная патология, лейомиома матки.

**Ways of depression of genesial losses at women
with leiomyoma of uterus**
Е.О. Lytvak

Results of the spent researches testify that patients with leiomyoma of uterus make group of high risk on development incompetence pregnancy and perinatal pathologies. Use of the algorithm improved by us allows to lower frequency incompetence and perinatal pathologies that gives to our the grounds recommend it for wide use in practical public health services.

Key words: incompetence, perinatal pathology, leiomyoma of uterus.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кирищенко А.П. Миома матки / А.П. Кирищенко // Врач. – 2012. – С. 2–5.
2. Брехман Г.И. Миома матки: психосоматические аспекты, консервативное лечение и профилактика / Г.И. Брехман, Б.Ф. Мазорчук. – М., 2009. – 220 с.
3. Parcker W. Patient selection for laparoscopic myomectomy / W. Parcker I. Rodi // J. Ass Gynecol. Laparosc. – 2010. – Vol. 2. – P. 23.
4. Морфологические критерии быстрого роста лейомиомы матки у женщин репродуктивного возраста / Н.И. Кондриков, Л.С. Ежова, Л.А. Беляева [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 2. – С. 51–54.
5. Cobellis L. Comparison of intramural myomectomy scar after laparotomy or laparoscopy / Cobellis L., Pecori E., Cobellis G. // Int. J. Gynaecol. Obstet. – 2014. – Vol. 84(1). – P. 87–93.
6. Ligon A.H. Genetics of uterine leiomyomata. Genes Chromosomes / A.H. Ligon, C.C. Morton // Genetics of uterine leiomyomata. Genes Chromosomes Cancer. – 2014. – Vol. 28. – P. 235–245.
7. Miller C.E. Myomectomy. Comparison of open and laparoscopic techniques / C.E. Miller // Obstet. Gynecol. Clin. North. Am. – 2010. – Vol. 27 (2). – P. 407–420.
8. Кулова Ф.Т. Проллиферативная активность интерфазных ядер слизистой матки у больных с железистой гиперплазией эндометрия в сочетании с миомой матки и аденомиозом: сб. науч. трудов к 60 летию ГКБ № 13 «Актуальные вопросы практической медицины» / Ф.Т. Кулова, А.М. Торчинов, М. М. Умаханова. – М.: РГМУ, 2010. – С. 294–304.
9. Samsioe G. Medical and surgical strategies for treating urogynecological disorders / G. Samsioe // Int. J. Fertil. – 2013. – Vol. 41. – P. 135–141.

УДК 618.5-059:618.177-089.888.11

**Порівняльні наслідки моно-
та біхоріальної вагітності після
допоміжних репродуктивних технологій**

О.В. Мельник

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. Набагато більше 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 плоду, що негативно впливає на перинатальні результати розродження.

Ключові слова: допоміжні репродуктивні технології, перинатальні результати.

Впровадження методів допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) сприяє значному збільшенню 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, важливого значення набуває вивчення перебігу вагітностей і результатів пологів у цієї категорії пацієнток.

Відомо, що перебіг індукованої вагітності характеризується більшою частотою акушерських ускладнень порівняно з мимовільною. Встановлено, що особливо несприятливий перебіг мають перші тижні індукованої вагітності, причому близько 25% репродуктивних втрат доводиться 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], далі у цих жінок розвивається плацентарна дисфункція (ПД), що призводить до затримки розвитку плоду (ЗРП). Починаючи з II триместру, збільшується кількість ускладнень у жінок з багатоплідною вагітністю. Так, частота мимовільних викиднів – в 1,5 разу, прееклампсії, артеріальної гіпертензії, що індукується вагітністю, гестаційного діабету – у 2,0 разу, передчасного відшарування нормально розташованої плаценти – у 3,0 разу, передлежання плаценти – в 1,8 разу, передчасного вилиття навколоплідних вод – у 4,0 разу перевищує відповідні показники мимовільної вагітності [1–4].

У зв'язку з наведеним вище представляє інтерес вивчення перинатальних результатів розродження жінок, вагітність у яких настала внаслідок ДРТ, причому як одно-, так і багатоплідної 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 в 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).

При аналізі перинатальних результатів при багатоплідній вагітності залежно від типу плацентації відмічено, що найбільш сприятливі результати було відмічено при дихоріальному типі плацентації незалежно від способу досягнення вагітності.

Аналіз перинатальних результатів залежно від способу досягнення вагітності (ЕКЗ/ІКСІ/РЕ) свідчить, що при перенесенні кріоембріонів середня маса тіла новонароджених була дещо вище, 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 РЕ, ЕКЗ та ІКСІ відповідно), так і при багатоплідній вагітності ($2507,2 \pm 365,7$ г проти $2379,1 \pm 642,3$ г і $2394,2 \pm 542,3$ г після РЕ, ЕКЗ та ІКСІ), що ймовірно зумовлено меншою частотою народження дітей з низькою масою тіла (менше 2500 г) і екстремально низькою масою тіла (менше 1500 г) і, в свою чергу, пояснює дещо меншу частоту госпіталізації новонароджених у відділення реанімації.

Згідно з даними низки авторів, частота народження дітей з низькою масою тіла при одноплідній індукованій вагітності коливається в межах 2–15% [1–4].

Аналіз стану новонароджених свідчить, 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%; $p < 0,05$), внутрішньоплункові крововиливи (3,3% проти 0,73%; $p < 0,05$).

При багатоплідній вагітності після ДРТ у новонароджених також частіше реєстрували асфіксію при народженні, неонатальну жовтяницю, РДС, ВЖК, проте статистично достовірних відмінностей не виявлено. Розладами, що найчастіше зустрічаються, у цієї групи дітей були затримка внутрішньоутробного розвитку (29,3%), асфіксія при народженні (90,5%), неврологічні зміни (53,6%). Церебральні порушення в неонатальний період у дітей після ЕКЗ діагностувалися часто (53,7%), але велика їхня частина мала транзиторний характер і спостерігалася протягом першого тижня життя у вигляді синдрому гіпербудливості або синдрому пригнічення функцій ЦНС.

Згідно з даними літератури, частота природжених і спадкових захворювань у новонароджених, які народилися після застосування ДРТ, відповідала загальнопо-

пуляційним значенням [1–4]. У нашому дослідженні частота вроджених вад розвитку у новонароджених від індукованої і мимовільної вагітності достовірно не відрізнялася. Так, в групі одноплідної мимовільної вагітності діагностовано два випадки вроджених вад серця (дефект міжшлуночкової перетинки), у групі одноплідної індукованої вагітності – по одному випадку вродженої вади серця (дефект міжшлуночкової перетинки) і атрезії анусу. При багатоплідній вагітності виявили по одному випадку атрезії 12-палої кишки і дефекту міжшлуночкової перетинки при мимовільній і індукованій вагітності відповідно. При обстеженні новонароджених виявляли 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 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 негативно впливає на перинатальні результати розродження.

Сравнительные исходы моно- и бихоральной беременности после вспомогательных репродуктивных технологий О.В. Мельник

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) не способствуют увеличению частоты врожденных аномалий развития у плода, а также росту уровня перинатальной заболеваемости. Намного большее 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: вспомогательные репродуктивные технологии, перинатальные исходы.

Comparative outcomes mono- and bihorale pregnancy after auxiliary genesial technologies O.V. Melnyk

Results of the spent researches testify that auxiliary reproductive technologies do not promote increase in frequency of congenital anomalies of development in born, and also to level growth perinatal disease. Much more the great value has premonorbite background of married couples, the barrenness reasons, efficiency of diagnostics and treatment, and 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: auxiliary reproductive technologies, perinatal outcomes.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Александрова Н.В. Состояние системы мать–плацента–плод, течение и исходы беременности, наступившей с использованием вспомогательных репродуктивных технологий / Н.В. Александрова // Вестник Рос. государственного медицинского университета. – 2012. – № 1. – С. 34–36.
2. Александрова Н.В. Преждевременные роды при беременности, наступившей с использованием вспомогательных технологий. Пути профилактики. / Н.В. Александрова, О.Р. Баев // 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 / А.И. Гус, О.Р. Баев, Н.В. Александрова // 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.

УДК 618.5-089.888.61-089.193.4-06:618.3/7-07-084-036.82

Перинатальні наслідки повторного кесарева розтину у жінок, які багато народжували

Нунга Крістіна Жиме

Проведений аналіз свідчить, що після повторного кесарева розтину стан новонароджених достовірно гірше, що можна пояснити значною кількістю передчасних пологів (22,0%) і високою частотою плацентарної недостатності (20,0%). Здоровими при народженні виявилися 47,0% новонароджених основної групи і 44,0% новонароджених групи порівняння. Інші діти мали різну патологію, в основному поєднану. Переважали неврологічні порушення, частота яких достовірно не відрізнялася між доношеними новонародженими обох груп (17,0 і 18,0%; $p>0,05$), але була вища серед недоношених дітей основної групи (30,0%). У новонароджених при повторному кесаревому розтині в 30,0% випадків відзначалися ознаки морфофункціональної незрілості, що помітно частіше, ніж в групі порівняння (16,0%), незважаючи на відсутність достовірної різниці ($p>0,05$).

Ключові слова: повторний кесарів розтин, перинатальні результати.

Протягом останніх 15–20 років у багатьох країнах відзначається зростання частоти кесарева розтину в 3–4 рази. Частота операції, згідно з даними літератури, становить від 13% до 45% [1–5].

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

Незважаючи на значне число наукових повідомлень з проблеми повторного кесарева розтину, не можна вважати усі питання повністю вирішеними, особливо в плані перинатальних результатів повторного кесарева розтину.

Мета дослідження: вивчення перинатальних результатів повторного кесарева розтину.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети нами проведено проспективне дослідження 100 жінок з кесаревим розтином в анамнезі (група 1 – основна), які спостерігалися протягом усієї вагітності і протягом року після абдомінального розродження, а також їхні новонароджені. У групу порівняння (група 2) увійшли 50 жінок, уперше розроджених шляхом кесарева розтину за різними показаннями, та їхні новонароджені. Усі обстежені жінки мали в анамнезі три та більше пологів, тобто були такими, які багато народжували.

Критерії виключення у дослідження:

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

Стан плода оцінювали за допомогою кардіомоніторного дослідження, доплерометричного дослідження кровотоку в системі мати–плацента–плід.

Вагітним трансабдомінальне УЗД проводили у I, II і III триместрах. Виконували фетометрію, плацентометрію з визначенням локалізації плаценти по відношенню до внутрішнього маткового зіву і до зони передбачуваного рубця на матці.

Одразу після народження і в ранній неонатальний період досліджували фізичний стан і неврологічний статус новонароджених.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вік обстежених жінок у групі 1 коливався від 21 до 43 років, становлячи у середньому $32,0 \pm 5,7$ року. Більше половини жінок (56,6%) знаходилися у віці 25–34 роки; у групі 2 – від 18 до 40 років, у середньому $27,5 \pm 5,2$ року ($p > 0,05$).

Під час аналізу екстрагенітальної патології був виявлений високий рівень захворюваності в обох групах: 58,0% жінок групи 1 і 62,0% жінок групи 2 мали хронічні захворювання. Достовірна різниця відмічена в частоті варикозного розширення вен нижніх кінцівок, яке переважало в основній групі (19,0% і 8,0% відповідно; $p \leq 0,05$).

Гінекологічні захворювання констатували у 59,0% жінок групи 1 і у 52,0% жінок групи 2 ($p > 0,05$). Практично у кожної другої пацієнтки обох груп відзначалися в анамнезі або носили хронічний характер інфекції, що передаються статевим шляхом. Помітно частіше в основній групі жінок зустрічався аденоміоз (10,0% і 4,0% відповідно).

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

В анамнезі більш ніж у половини пацієнток основної групи (58,0%) мали місце медичні аборти, мимовільні викидні, вагітності, що не розвиваються, нерідко їх 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 стан рубця на матці виявлено не було.

У групі 2 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 обтяжені акушерсько-гінекологічний анамнез у поєднанні з віком жінки, настання вагітності в результаті допоміжних репродуктивних технологій, екстрагенітальна патологія. В інших 68,0% випадків показання були швидкоплинними – аномалії пологової діяльності, тазове передлежання, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, гостра гіпоксія плода тощо.

Попередня операція та післяопераційний період у більшості пацієнток (92,0%) мали неускладнений перебіг.

Аналіз показав, що одним з найбільш частих ускладнень вагітності у жінок з кесаревим розтином в анамнезі була загроза переривання вагітності, яка у першій половині

вагітності мала місце у кожної другої жінки, у другій – у кожної п'ятої. Частота цієї патології в I і II триместрі достовірно вище в основній групі (50,0% і 32,0% відповідно; $p \leq 0,05$). Другим за частотою ускладненням вагітності була неспроможність нижнього сегменту матки, підтверджена на операції (28,0%). У кожної п'ятої жінки основної групи (20,0%) вагітність перебігала на тлі хронічної плацентарної недостатності, тоді як в групі порівняння її частота складала лише 8,0% ($p \leq 0,05$).

Усі обстежені жінки були розроджені шляхом кесарева розтину. Техніка операції не відрізнялася від загальноприйнятої.

В основній групі в екстреному порядку були прооперовані 42,0% жінок, у плановому – 58,0%. Важливо зазначити, що показанням до планового розродження в 43,0% послужив тільки рубець на матці. Середній термін вагітності до моменту розродження в групі 1 становив $37,2 \pm 1,7$ тиж (від 31 до 40 тижня), у групі 2 – $39,4 \pm 0,1$ тиж (від 37 до 41 тижня). Передчасно в основній групі було розроджено 22,0% жінок, з них майже в 70% випадків приводом для дострокового кесарева розтину була підозра на неспроможність рубця на матці, яка у третини пацієнток не підтвердилася.

Методом знеболення в усіх випадках була епідуральна або спінально-епідуральна анестезія.

Всього народилося 100 дітей у групі 1 і 50 дітей у групі 2. Велика частина дітей обох груп мала при народженні масу тіла від 3000 до 3499 г. Слід зазначити, що в основній групі жінок достовірно більше новонароджених мали масу тіла менше 3000 г (27,0% і 12,0% відповідно; $p \leq 0,05$), що стало наслідком високої частоти плацентарної недостатності і передчасних пологів.

В основній групі з усіх доношених дітей 18,0% були народжені в стані асфіксії, причому у 4,0% вона мала важкий ступінь. На п'ятій хвилині життя стан новонароджених покращувався, але у 7,0% зберігалася асфіксія середнього ступеня тяжкості. У підгрупі недоношених лише четверта частина дітей (25,0%) мала оцінку на першій хвилині 8–9 балів, інші знаходилися при народженні в стані асфіксії середнього (48,0%) або важкого (26,0%) ступеня тяжкості. На п'ятій хвилині у половини передчасно народжених дітей (48,0%) зберігалася асфіксія середнього ступеня тяжкості. У групі порівняння 88,0% дітей на першій хвилині життя мали оцінку 8–9 балів, 12,0% дітей – 6–7 балів, на п'ятій хвилині стан усіх новонароджених розцінювали як задовільний.

ВИСНОВКИ

Отже, проведений аналіз показав, що після повторного кесарева розтину стан новонароджених достовірно гірший, що можна пояснити значною кількістю передчасних пологів (22,0%) і високою частотою плацентарної недостатності (20,0%). Здоровими при народженні виявилися 47,0% новонароджених основної групи і 44,0% новонароджених групи порівняння. Інші діти мали різну патологію, в основному поєднану. Переважали неврологічні порушення, частота яких достовірно не відрізнялася між доношеними новонародженими обох груп (17,0% і 18,0%; $p > 0,05$), але була вища серед недоношених дітей основної групи (30,0%). У дітей, народжених при повторному кесаревому розтині, у 30,0% випадків відзначалися ознаки морфофункціональної незрілості, що помітно частіше, ніж в групі порівняння (16,0%), незважаючи на відсутність достовірної різниці ($p > 0,05$).

**Перинатальные последствия повторного кесарева сечения
у многорожавших женщин
Нунга Кристина Жиме**

Проведенный анализ показал, что после повторного кесарева сечения состояние новорожденных достоверно хуже, что можно объяснить значительным количеством преждевременных родов (22,0%) и высокой частотой плацентарной недостаточности (20,0%). Здоровыми при рождении оказались 47,0% новорожденных основной группы и 44,0% новорожденных группы сравнения. Остальные дети имели различную патологию, в основном сочетанную. Преобладали неврологические нарушения, частота которых достоверно не отличалась между доношенными новорожденными обеих групп (17,0% и 18,0%; $p > 0,05$), но была выше среди недоношенных детей основной группы (30,0%). У новорожденных, извлеченных при повторном кесаревом сечении, в 30,0% случаев отмечались признаки морфофункциональной незрелости, что заметно чаще, чем в группе сравнения (16,0%), несмотря на отсутствие достоверной разницы ($p > 0,05$).

Ключевые слова: повторное кесарево сечение, перинатальные исходы.

**Perinatal outcomes of repeated Cesarean
section at the multipara women
Nunga Christina Zhime**

The carried out analysis has shown, that after repeated cesarean sections the condition of newborns authentically is worse than section, that it is possible to explain a significant amount of premature birth (22,0%) and high frequency of placental insufficiency (20,0%). Healthy at a birth there were 47,0% of newborns of the basic group and 44,0% of newborns of group of comparison. Other children had a various pathology, basically complex. The neurologic infringements, which frequency authentically between newborns of both groups prevailed did not differ (17,0% and 18,0%; $p > 0,05$), but was above among children of the basic group (30,0%). At the newborns taken at a repeated cesarean section, in 30,0% of cases signs morphofunctional immaturity, that much more often, than in comparison group (16,0%), despite lacking an authentic difference ($p > 0,05$) were noticed.

Key words: a repeated cesarean section, perinatal outcomes.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Васильченко О.Н. Влияет ли количество кесаревых сечений в анамнезе на течение последующей беременности, операции и послеоперационного периода? / О.Н. Васильченко // «Мать и дитя»: материалы I Регионального форума (20–22 марта, 2007 г.). – Казань, 2007. – С. 35–36.
2. Горбачева А.В. Повторное кесарево сечение / А.В. Горбачева // «Мать и дитя»: материалы VII Рос. форума (октябрь, 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 / Л.М. Комиссарова // Акушерство и гинекология. – 2017. – № 1. – С. 20–22.
4. Милованов А.П. Диагностика состояния рубца на матке у беременных, перенесших кесарево сечение / А.П. Милованов // 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 / Е.А. Чернуха // «Репродуктивное здоровье семьи»: материалы II Международного конгресса по репродуктивной медицине – М., 2008. – С. 81–82.

УДК 618.3/5-007-056.7-073

**Роль эхографії у пренатальній
діагностиці вроджених вад розвитку
у жінок після допоміжних
репродуктивних технологій**

Я.А. Рубан

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

Результати проведених досліджень свідчать, що ультразвукові маркери посідають провідне місце в ранній діагностиці вроджених вад розвитку і хромосомних аномалій. При проведенні аналізу структури ультразвукових маркерів в 1,9 разу частіше відмічено поєднання декількох в порівнянні з ізольованими змінами, хромосомні аномалії виявлені в 13,3% випадках при ізольованих ультразвукових маркерах і в 9,4% – при поєднанні декількох.

Найбільша питома вага у структурі всіх ультразвукових маркерів належить вродженим вадам серця (11,7%), серед них відмічений високий рівень хромосомних аномалій – 57,1% при ізольованих вроджених вадах і 20,7% – при поєднанні їх з іншими ультразвуковими маркерами. Високий рівень хромосомної патології відмічений при затримці розвитку плода (66,7%) і кістозній гігромії шиї (37,%) у поєднанні з іншими ультразвуковими маркерами. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму прогностичних заходів у жінок з чинниками ризику.

Ключові слова: вроджені вади розвитку, хромосомні аномалії, діагностика, ультразвукові маркери, допоміжні репродуктивні технології.

В останні десятиліття у всьому світі відмічена тенденція до неухильного росту поширеності спадкових хвороб і природжених аномалій (ПА) серед населення. За даними ВООЗ, спадкові хвороби і вроджені вади розвитку (ВВР) зареєстровано у 5,0–5,5% новонароджених, у тому числі, на ВВР доводиться 2,0–3,0%. При цьому 1,5% з них зумовлені дією несприятливих екзогенних чинників під час вагітності, інші мають переважно генетичну природу [1–3].

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

Багато авторів вважають, що одним з найбільш раціональних і перспективних напрямів, що сприяють зниженню вірогідності розвитку захворювання, є його про-

гнозування, яке дозволяє визначити найраціональнішу тактику ведення пацієнта, врахувати і використати усі можливі профілактичні і лікувальні заходи [1–3].

Незважаючи на досвід, накопичений деякими дослідниками [1–3], можливості оцінювання ролі ультразвукового скринінгу в пренатальній діагностиці ВВР і хромосомних аномалій (ХА) у плода вивчені не повністю, що свідчить про актуальність вибраного наукового напрямку.

Мета дослідження: вивчення ролі ультразвукового скринінгу в пренатальній діагностиці ВВР і ХА у плода.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети була сформована досліджувана група – 251 вагітна жінка. Для вивчення чинників ризику формування ВВР та ХА, що зустрічаються у плода найчастіше, визначення можливості їх прогнозування вагітні були підрозділені на основну групу і групу порівняння. В основну групу увійшли жінки, відібрані згідно з критеріями включення: діагностовані ПА у плода під час вагітності або відразу після пологів (n=163). У групу порівняння увійшли пацієнтки, які мали під час вагітності ризик народження дитини з ПА, але народили здорових дітей (n=88). Контрольна група була сформована з жінок, що не мали ризику народження дітей з ПА і звернулися щодо обстеження за власним бажанням (n=59). Розділення пацієнток основної групи і порівняння на підгрупи проводили з урахуванням конкретного варіанту ВВР або ПА.

Ультразвукове дослідження (УЗД) проводили трьохетапно в 10–14 тиж, 20–24 тиж, 32–34 тиж вагітності. У І триместрі вагітності дослідження проводили з використанням трансабдомінального і трансвагінального датчиків і передбачало біометрію плодового яйця, вимір копчико-теменного розміру (КТР) ембріона. Вивчення анатомії ембріона та оцінювання екстраамніальних утворень проводили відповідно до протоколу УЗД дослідження для І триместру вагітності МОЗ України. Основна мета досліджень на цьому етапі полягала у виявленні ультразвукових маркерів (УЗМ) хромосомної патології і грубих ВВР (показань для інвазивної пренатальної діагностики), а також діагностиці акушерської патології.

У II і III триместрах вагітності визначали кількість плодів, їхнє положення і передлежання, проводилися розширена фетометрія, плацентографія, вимір кількості навколоплідних вод, а також детальне вивчення анатомії плода відповідно до протоколу дослідження для II–III триместру вагітності МОЗ України.

Ехографічні дослідження на цьому етапі дозволили уточнити характер ВВР, виявити і диференціювати УЗМ хромосомної патології плода і визначити наявність показань для проведення вагітним інвазивних процедур з метою виключення або підтвердження хромосомної патології плода.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Для визначення ефективності УЗ-скринінгу відносно виявлення ВВР і ХА на допологовому етапі були проаналізовані результати УЗД пацієнток під час вагітності.

Серед ВВР плода, виявлених в основній групі, переважали ВВР нервової системи (23,1%), на другому місці – множинні вроджені вади розвитку (20,7%), на тре-

тьому – ВВР системи кровообігу (20,4%). У складі МВВР провідними були ВВР СК, ВВР НС і кістково-м'язової системи (КМС).

У групі жінок, що народили дітей з природженими аномаліями (n=163), у І триместрі вагітності УЗД було відсутнє у половині пацієнток (50,3%), у 33,4% при обстеженні патології не виявлено, в інших випадках (16,3%) виявлені ВВР або ультразвукові маркери хромосомної патології плода.

У 12,3% пацієнток виявлені ізольовані ВВР або УЗМ ХА, у 4,9% жінок зміни були поєднаними. У структурі вроджених вад розвитку найчастіше виявлялися ВВР НС (36,7%), ВВР ШКТ (36,7%) і ВВР сечостатевої системи (13,3%). Хромосомна патологія виявлена при цьому в 16,7% випадків, найбільша кількість ХА (75,3%) відмічена у плодів з кістозною гігромою шиї і неімунною водянкою. У структурі хромосомної патології найбільшу питому вагу займали синдром Едвардса – (37,5%), синдром Шершевського-Тернера – 25,0%, по 12,5% припало на синдром Дауна і каріотиби – 47 XY+mar, 47 XX+C.

У групі порівняння (n=88) УЗ-маркери хромосомної патології плода виявлені в 4,8% випадків, у 54,8% вагітних патології при УЗД не виявлено, у 40,4% жінок обстеження не проводилося.

У групі контролю (n=59) обстежені на УЗД в І триместрі вагітності 92,4% пацієнток, патології при обстеженні не виявлено.

У II і III триместрах вагітності УЗД виконане в основній групі у 77,9% пацієнток. Були вивчені ВВР і УЗМ, виявлені у вагітних в ході ультразвукового скринінгу. Для кожного маркера позначена кількість випадків, коли він зустрічався ізольовано або у поєднанні з іншими, і те, як часто при цьому виявлялися ХА.

Кістозна гігрома шиї у поєднанні з іншими УЗМ виявлена в 4,9% випадках, в 37,5% з них виявлені ХА, у 1,2% випадках – синдром Шершевського-Тернера і структурні зміни хромосом, при цьому кістозна гігрома поєднувалася у 1,2% плодів з неімунною водянкою (при моносомії X і з багатоводдям).

Зміни форми черепа плода (брахіцефалія і доліхоцефалія) як поєднані ознаки зустрічалися в 1,8% і 1,2% випадках відповідно, брахіцефалія відмічена як один з УЗМ при синдромі Едвардса, каріотип в усіх інших випадках був нормальним.

Мікроцефалія мала місце як ізольована ознака в 0,6% випадку, у поєднанні з іншими маркерами – в 1,8% жінок, змін каріотипу плода не виявлено.

Кісти судинного сплетення як ізольований маркер виявлені у 1,2% пацієнток, при цьому в обох випадках в результаті пренатального каріотипування виявлені ХА. У першого плода – синдром Едвардса (після переривання вагітності у плода виявлена вроджена вада серця і полідактилія, які не були діагностовані при УЗД під час вагітності), у другого – структурні зміни хромосом (після пологів у дитини діагностований синдром Тричера-Коллінза, МВВР, що проявляється вадами, не виявленими під час вагітності – вроджена вада серця (ВВС), трахео-стравохідний свищ, атрезія слухового проходу, мандибуло-фасціальний дизостоз).

У поєднанні з іншими УЗМ кісти судинних сплетьє виявлені в 3 (1,8%) випадках, в одному з них (33,3%) був виявлений синдром Едвардса, при цьому у плода виявлені множинні стигми дисембріогенеза (вентрикуломегалія, брахіцефалія, аномалії вухних раковин, лівобічна клишоногість, агенезія мозолістого тіла, гіпоплазія носової кістки) у поєднанні з багатоводдям. У 2 (1,2%) плодів ХА не виявлені.

Вентрикуломегалія у 3 (1,8%) плодів відмічена у поєднанні з іншими маркерами (в одному (0,6%) випадку у плода з синдромом Едвардса), каріотип у 2 (1,2%) плодів був нормальним. Гідроцефалія ізольовано спостерігалася у 9 (5,5%) випадках, в 1 (0,6%) випадку виявлена структурна хромосомна перебудова, у 5 (3,1%) плодів ця ознака поєднувалася з іншими УЗМ, при цьому у одного з них відмічена зміна каріотипу – 46, XY, der(1 8) t(pl 5pl 1) mat; гідроцефалія в цьому випадку поєднувалася з ВВР ШКТ.

Аненцефалія як ізольований УЗМ виявлена у 4 (2,5%) плодів, у 2 (1,2%) – в поєднанні з іншими, голопрозенцефалія і акранія зустрічалися тільки як поєднані ознаки у 2 (1,2%) і в 1 (0,6%) випадках відповідно, аномалій каріотипу в усіх випадках не виявлено. Гіпотеларизм як поєднаний УЗМ мав місце у 1 (0,6%) плода з нормальним каріотипом. Синдром Арнольда-Кіарі відзначався ізольовано в 3 (1,8%) випадках, в 2 (1,2%) випадках відмічено його поєднання з іншими вродженими вадами у складі МВВР, причому у усіх плодів каріотип був нормальним. Синдром Денді-Уокера відзначався у 2 (1,2%) плодів, в першому випадку ізольовано, в другому – у поєднанні з ВВР МПС, ХА в обох випадках не виявлено.

Ущелини обличчя двічі частіше відзначалися у поєднанні з іншими УЗ-маркерами (4 випадки – 2,5%), ніж ізольовано (2 випадки – 1,2%), при цьому змін хромосом у плодів не спостерігалася.

Наступна група УЗ маркерів хромосомних аномалій – це вроджені вади серця (ВВС). Як ізольована ознака ВВС зустрічалася у 4 (2,5%) плодів, у 2 (50,0%) з них виявлені хромосомні аномалії: в одному випадку – синдром Дауна, в іншому – синдром Едвардса. У поєднанні з іншими маркерами ВВС спостерігали в 15 (9,2%) випадках, в 3 (20,0%) з яких відмічені ХА. Спектр цих ХА представлений наступним чином: синдром Дауна (1) у поєднанні з гіпоплазією легенів; синдром Патау (1) у поєднанні з серединною ущелиною обличчя, гіпоплазією черв'яка мозочка, омфалоцеле; синдром Едвардса (1) у поєднанні з мікроцефалією, синдактилією і маловоддям. У 2 з 15 випадків (13,3%) були виявлені структурні зміни хромосом, які поєднувалися зі збільшенням шийної складки і атрезією 12-першої кишки. Гіперехогенні фокуси в шлуночках серця зустрічалися як поєднані УЗМ в 2 (13,3%) випадках, акардія – в 1 (6,7%) випадку у вигляді ізольованого маркера у плода з двійнят, патології хромосом при цьому не виявлено.

Діафрагмальна грижа у вигляді ізольованої ознаки виявлена в 1 (0,6%) плода із структурними змінами в хромосомах, у 2 (1,2%) плодів без хромосомної патології цей маркер виявлений у поєднанні з іншими. Атрезія анусу в 1 (0,6%) випадку була відмічена як ізольований маркер і в 1 (0,6%) випадку як поєднаний, в обох випадках каріотипи не змінені. Атрезія 12-палої кишки у поєднанні з іншими УЗМ виявлена двічі (1,2%), у одного з плодів (50%) каріотип – 45, XY, der(12;1 5), t(gl. 1)/46, XY, у другого плода з багатоводдям хромосомної патології не виявлено.

Кишкова непрохідність, як ізольований УЗ маркер, спостерігалася у 2 (1,2%) випадках у плодів без хромосомних аномалій; в обох випадках цей маркер поєднувався з іншими, в одного плода з багатоводдям виявлені структурні зміни хромосом.

Омфалоцеле, як УЗ маркер, відзначався двічі (1,2%) ізольовано, а також у поєднанні з іншими маркерами (1,2%), причому в одного з плодів із синдромом Патау виявлений у комплексі з іншими УЗМ, у другого ХА не відмічено.

Гастрошизис в 3 (1,8%) випадках зустрічався ізольовано, у такій же кількості (3 – 1,8%) як поєднаний маркер. В одного плода з гастрошизисом виявлений каріотип 47, XY+mar/47, XY, у другого при поєднанні гастрошизису з клишоногістю – каріотип 47DX, 9p+крок/47DX, 9p. Асцит відзначався у поєднанні з іншими маркерами у 2 (1,2%) плодів, у одного з них виявлений синдром Шершевського-Тернера.

Неімунна водянка в 6 (3,7%) випадках поєднувалася з іншими УЗМ, в одного плодів при цьому виявлена хромосомна аномалія – мозаїчний варіант моносомії X у поєднанні з гіпоплазією легенів і гепатомегалією. Пієлоектазія як поєднаний маркер в одному випадку з шести (16,7%) була пов'язана з хромосомною патологією, у плода з мегахистиком і порушенням серцевого ритму виявлений синдром Едвардса.

Гідронефроз ізольовано відмічений у 8 (4,9%) випадках, в одного плода виявлені порушення структури хромосом; у поєднанні з іншими УЗ маркерами відмічено 3 випадки гідронефрозу, в одному з них при каріотипуванні плода виявлені наступні зміни: 46, XY, der(pl0; pl0)+21, гідронефроз в цьому випадку поєднувався з гідротораксом. Мультикістозна дисплазія нирок ізольовано відзначалася в 6 (3,7%) випадках, в двох – у поєднанні з іншими УЗ-маркерами, ХА при цьому не відмічено. Агенезія нирок тільки одного разу зустрілася ізольовано, в 3 (1,8%) випадках – як поєднана ознака, мегахистик – двічі ізольовано і один раз у поєднанні з іншими УЗМ у плодів без хромосомної патології.

Вкорочення трубчастих кісток частіше відзначалося як поєднана ознака (4 – 2,5%) і в 1 (0,2%) випадку – ізольовано. Такі УЗМ ХА як полідактилія, клишоногість, крижово-куприкова тератома, спинномозкова грижа зустрічалися як ізольовано, так і у поєднанні з іншими маркерами, в основному, в поодиноких випадках поза зв'язком з ХА.

Затримка внутрішньоутробного розвитку плода тричі (1,9%) відмічена у поєднанні з різними УЗМ, при цьому в двох випадках – у плодів з хромосомними аномаліями. В одного з них виявлена хромосомна транслокація – 46;XY, t(pl.4;g2.5) і багатоводдя, у іншого – каріотип 47, XX+mar/46, XX у поєднанні з маловоддям і єдиною артерією пуповини.

Маловоддя, в основному, відзначалося як поєднаний маркер (7 – 4,3%), у тому числі і при хромосомній патології, і в одному випадку зустрілося ізольовано. Багатоводдя як єдиний УЗ маркер мало місце в двох випадках (1,2%) у плодів з синдромом Дауна (у 1 плода – мозаїчний варіант); у поєднанні з іншими маркерами відмічено у 8 (4,9%) випадках.

Гіпоплазія легенів ізольовано відмічена в одному випадку, як поєднаний маркер – в 3 (1,8%), найчастіше відмічено поєднання з ВВС і неімунною водянкою плода. Кістозно-аденоматозна вада розвитку легенів ізольовано зустрічалася у 2 (1,2%) пацієнток, при цьому у однієї з них виявлена трисомія X, у поєднанні з іншими УЗМ ця ПА відзначалася в одному випадку без хромосомної патології.

Гіпоплазія носової кістки відмічена у 2 (1,2%) випадках, в одному з них вона являлася єдиним УЗМ у плода з синдромом Дауна.

Такі УЗМ, як єдина артерія пуповини, аномалії вушних раковин, атрезія слухового проходу, інверсія внутрішніх органів; тератома перикарду, лімфангіома ший, гідроторакс, кісти яєчників, аномалія стебла тіла зустрічалися в поодиноких випад-

ках як ізольовано, так і в поєднанні з іншими маркерами; у тому числі і при хромосомних аномаліях.

При проведенні аналізу структури УЗМ в 1,9 разу частіше відмічено поєднання декількох УЗМ в порівнянні з ізольованими змінами, хромосомні аномалії виявлені в 13,3% при ізольованих УЗМ і в 9,4% – при поєднанні декількох УЗМ. Найбільша питома вага в структурі всіх ультразвукових маркерів належить ВВС (11,7%), серед них відмічений високий рівень хромосомних аномалій – 57,1% при ізольованих ВВС і 20,7% при поєднанні їх з іншими УЗМ. Ненабагато менше виявлено гідроцефалій (8,5%), проте хромосомна патологія при цьому не виявлена. Такі маркери, як кісти судинних сплетень, діафрагмальна грижа, багатоводдя, гіпоплазія носової кістки ізольовано зустрічалися в поодиноких випадках, проте в 100% при цьому виявлені ХА. Атретія 12-палої кишки, кишкова непрохідність, кістозно-аденоматозна ВВР легенів поєднувалися з хромосомними аномаліями в 50% випадків. Високий рівень хромосомної патології відмічений при ЗРП (66,7%) і кістозній гігromі ший (37,%) у поєднанні з іншими УЗМ.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що ультразвукові маркери займають провідне місце у ранній діагностиці вроджених вад розвитку і хромосомних аномалій. При проведенні аналізу структури ультразвукових маркерів в 1,9 разу частіше відмічено поєднання декількох порівняно з ізольованими змінами, хромосомні аномалії виявлені в 13,3% при ізольованих ультразвукових маркерах і в 9,4% – при поєднанні декількох.

Найбільш питома вага в структурі усіх ультразвукових маркерів належить вродженим вадам серця (11,7%), серед них відмічений високий рівень хромосомних аномалій – 57,1% при ізольованих вроджених вадах і 20,7% при поєднанні їх з іншими ультразвуковими маркерами. Високий рівень хромосомної патології відмічений при затримці розвитку плода (66,7%) і кістозній гігromі ший (37,%) у поєднанні з іншими ультразвуковими маркерами. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму прогностичних заходів у жінок з чинниками ризику.

Роль эхографии в пренатальной диагностике врожденных пороков развития у женщин после вспомогательных репродуктивных технологий Я.А. Рубан

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что ультразвуковые маркеры занимают ведущее место в ранней диагностике врожденных пороков развития и хромосомных аномалий. При проведении анализа структуры ультразвуковых маркеров в 1,9 раза чаще отмечено сочетание нескольких по сравнению с изолированными изменениями, хромосомные аномалии выявлены в 13,3% при изолированных ультразвуковых маркерах и в 9,4% при сочетании нескольких.

Наибольший удельный вес в структуре всех ультразвуковых маркеров принадлежит врожденным порокам сердца (11,7%), среди них отмечен высокий уровень хромосомных аномалий – 57,1% при изолированных врожденных пороках и 20,7% при сочета-

нии их с другими ультразвуковыми маркерами. Высокий уровень хромосомной патологии отмечен при задержке развития плода (66,7%) и кистозной гипромии шеи (37,%) в сочетании с другими ультразвуковыми маркерами. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма прогностических мероприятий у женщин с факторами риска.

Ключевые слова: врожденные пороки развития, хромосомные аномалии, диагностика, ультразвуковые маркеры, вспомогательные репродуктивные технологии.

Echographia role in prenatal diagnostics of congenital developmental anomalies at women after auxiliary genesial technologies Ya.A. Ruban

Results of the spent researches testify that ultrasonic markers take a leading place in early diagnostics of congenital developmental anomalies and chromosomal anomalies. At carrying out of the analysis of structure of ultrasonic markers in 1,9 times the combination of several in comparison with the isolated changes is more often noted, chromosomal anomalies are revealed in 13,3% at the isolated ultrasonic markers and in 9,4% at a combination of several. The greatest relative density in structure of all ultrasonic markers belongs to congenital heart diseases (11,7%), among them high level of chromosomal anomalies – 57,1% is noted at the isolated congenital defects and 20,7% at their combination to other ultrasonic markers. High level of a chromosomal pathology is noted at a fruit arrest of development (66,7%) and cystes hygrome of neck (37, %) in a combination to other ultrasonic markers. The received results are necessary for considering by algorithm working out prognostical actions at women with risk factors.

Key words: congenital developmental anomalies, anomalies, diagnostics, ultrasound markers, auxiliary genesial technologies.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Внедрение алгоритма комбинированного скрининга хромосомной патологии плода в I триместре беременности. Опыт работы за 4 года / [Е.С. Некрасова, Ю.А. Николаева, Т.К. Кашеева, Т.В. Кузнецова, В.С. Баранов] // Журн. акушерства и женских болезней. – 2017. – Т. LVІ, вып. 1. – С. 28–34.
2. Галкина О.Л. Прогностическая значимость эхографических и биохимических маркеров хромосомных аномалий как критерий оценки тактики ведения пациенток, угрожаемых по рождению детей с врожденными и наследственными заболеваниями / О.Л. Галкина // Пренатальная диагностика. – 2017. – Т. 6, № 3. – С. 233–235.
3. Демидов В.Н. Ультразвуковая и иммуноферментная диагностика пороков развития передней брюшной стенки и диафрагмы плода / В.Н. Демидов, А.М. Стыгар, В.А. Бахарев // Акушерство и гинекология. – 2016. – № 7. – С. 31–34.

Сучасні аспекти порушень плацентації у жінок з аномаліями розвитку матки

А.П. Садовий

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

Результати проведених досліджень свідчать, що чинниками ризику патологічного перебігу гестації при аномальній плацентації є: вік старше 30 років; високий паритет; інфекції уrogenітального тракту; структурні порушення матки (рубцеві / міоми / аномалії). Основними критеріями міграції плаценти є локалізація відносно стінок матки, швидкість і варіант процесу. Визначені три типи швидкості переміщення плаценти: повільний – менше 0,3 см/тиж; помірний – від 0,3 до 0,5 см/тиж; швидкий – більше 0,5 см/тиж. Виділені також завершений (повна міграція) і незавершений (неповна міграція) варіанти процесу переміщення. Отримані результати необхідно використовувати при розробленні тактики ведення вагітності у пацієнток цієї групи.

Ключові слова: аномальне розташування плаценти, чинники ризику, міграція.

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

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

Мета дослідження: виявити чинники ризику, виділити терміни і варіанти міграції аномально розташованої плаценти.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проспективно обстежені 100 жінок (основна група) з АРП. При ультразвуковому скринінгу у 16 тиж вагітності у пацієнток плацента розташовувалася на відстані менше 2 см від внутрішнього зіву шийки матки. Проведений аналіз клінічних характеристик періоду гестації і пологів залежно від локалізації плаценти і реалізації процесу міграції:

I підгрупа – 20 пацієнток з передлежанням плаценти (міграція була відсутня);

II підгрупа – 37 жінок з низьким розташуванням плаценти внаслідок незавершеної/ неповної міграції (нижній край плаценти нижче 5 см від внутрішнього зіву);

III підгрупа – 43 вагітних, у яких в результаті завершеної / повної міграції плацента перемістилася у верхні відділи матки (нижній край плаценти на 5 см вищий за зів).

В якості контрольної групи обстежені 50 практично здорових вагітних з нормальною плацентацією.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аномалії плацентації частіше визначалися по задній стінці матки, але випадків прикріплення плаценти на передній стінці було більше ($40,0 \pm 2,0\%$; $p < 0,001$), ніж в контрольній групі ($26,0 \pm 1,6\%$). По передній стінці матки міграція плаценти відмічена у 75,0% пацієнток, з них у 30,0% процес був завершеним, у 45,0% – незавершеним. По задній стінці матки міграція спостерігалася в 82,0% випадках, з них у 48,0% жінок виявлений завершений варіант, у 35,0% – незавершений.

Отже, залежності процесу міграції від локалізації плаценти на стінках матки нами не виявлено ($t=1,07$; $p > 0,05$). У той самий час повна міграція частіше реалізувалася по задній стінці матки, ніж при її локалізації по передній (відповідно 48,0 і 30,0%; $p < 0,05$). Неповна міграція плаценти частіше зафіксована по передній стінці матки ($p < 0,05$), що, можливо, пов'язано з більше ранньою і вираженою структурною перебудовою нижнього сегменту матки, що формується, – стоншування міометрія, зниження кровопостачання.

Проведений аналіз швидкості процесу переміщення плацент залежно від локалізації на стінках матки і варіанту міграції (завершена/незавершена). При розташуванні плаценти на передній стінці процес міграції починався в 16 тиж вагітності; до 20 тиж швидкість становила 0,15–0,27 см/тиж (повільний тип). Найбільш виражене переміщення плаценти спостерігали в 21–28 тиж вагітності. Так, швидкість міграції у 22 тиж становила 0,33 см/тиж, досягаючи найвищої інтенсивності в 24 тиж – 0,52 см/тиж ($p < 0,05$). У 25–28 тиж поступово знижувалася активність процесу міграції – від 0,44 до 0,32 см/тиж (помірний тип), що завершувався до 32 тиж.

Зафіксований кореляційний зв'язок швидкості міграції плаценти і ускладнень вагітності: інтенсивний темп процесу міграції плаценти в 22–24 тиж (швидкий тип) супроводжувався симптомами рецидивуючої загрози переривання (залежність пряма, сильна, достовірна; $g_{xy} = +0,92$, $p < 0,001$).

По задній стінці матки плацента мігрувала в 18–35 тиж вагітності. Темп міграції найбільш виражений з 24 до 30 тиж; швидкість процесу становила 0,32 і 0,27 см/тиж відповідно, максимум досягнуто в 25–26 тиж – 0,37 см/тиж (помірний тип). По задній стінці матки швидкість міграції плаценти була в 1,5–2,0 рази менше, ніж по передній, і достовірно нижче в терміні гестації 22–28 тиж ($p < 0,05$); переміщення плаценти мало методичний характер, його етапи (наростання, максимум, зниження швидкості) були послідовними і тривалішими.

Процес незавершеної міграції плаценти відмічений, починаючи з 17–18 тиж вагітності; закінчувався він в 29–30 тиж. Максимальна швидкість (0,51 см/тиж) відповідала швидкому типу міграції і реєструвалася в 22–24 тиж гестації ($p < 0,05$). Різка зміна темпу (відсутність помірного типу міграції), стрибкоподібні, короткі етапи наростання і зниження швидкості міграції проявлялися вираженою клінікою з домінуючим симптомом кров'янистих виділень.

Виявлено несприятливе поєднання локалізації плаценти і варіанту її переміщення – неповна міграція по передній стінці матки; у цих пацієнток реєструвалися максимальні показники швидкості міграції – 0,65 см/тиж (22–24 тиж) і важча симптоматика з наявністю кровотеч, рецидивуючою загрозою переривання вагітності. Безсимптомний перебіг процесу мав при завершеній міграції по задній стінці матки; темп був максимальний в 29–31 тиж і відповідав повільному і помірному типу – 0,38 см/тиж.

ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що чинниками ризику патологічного перебігу гестації при аномальній плацентації є: вік старше 30 років; високий паритет; інфекції уrogenітального тракту; структурні порушення матки (рубець / лейоміома / аномалії). Основними критеріями міграції плаценти є: локалізація відносно стінок матки, швидкість і варіант процесу. Визначені три типи швидкості переміщення плаценти: повільний – менше 0,3 см/тиж; помірний – від 0,3 до 0,5 см/тиж; швидкий – більше 0,5 см/тиж. Виділені також завершені (повна міграція) і незавершені (неповна міграція) варіанти процесу переміщення. Отримані результати необхідно використовувати при розробці тактики ведення вагітності у пацієнток цієї групи.

Современные аспекты нарушений плацентации у женщин с аномалиями развития матки А.П. Садовой

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что факторами риска патологического течения гестации при аномальной плацентации являются: возраст старше 30 лет; высокий паритет; инфекции уrogenітального тракта; структурные нарушения матки (рубець /миома /аномалии). Основными критериями миграции плаценты являются локализация относительно стенок матки, скорость и вариант процесса. Определены три типа скорости перемещения плаценты: медленный – менее 0,3 см/нед; умеренный – от 0,3 до 0,5 см/нед; быстрый – более 0,5 см/нед. Выделены также завершенный (полная миграция) и незавершенный варианты (неполная миграция) процесса перемещения. Полученные результаты необходимо использовать при разработке тактики ведения беременности у пациенток этой группы.

Ключевые слова: аномальное расположение плаценты, факторы риска, миграция.

Modern aspects of disturbances of placentation at women with anomalies of development of uterus A.P. Sadovy

Results of the spent researches testify, that risk factors of a pathological current gestation at abnormal placentation are: the age is more senior 30 years; high parity; infections urogenital path; structural infringements of a uterus (a hem /an anomaly myoma). The basic criteria of migration of a placenta are: localisation concerning uterus walls, speed and a process variant. Three types of speed of moving of a placenta are defined: slow – less 0,3 sm/w; moderated – from 0,3 to 0,5 sm/w; fast – more 0,5 sm/w. Are allocated also finished (full migration) and not complete variant (incomplete migration) moving process. The received results are necessary for using by working out of tactics of conducting pregnancy at patients of this group.

Key words: an abnormal arrangement of a placenta, risk factors, migration.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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

Клінічні аспекти різних варіантів багатоплідної вагітності

О.М. Сусідко

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

Результати проведених досліджень свідчать, що акушерські і перинатальні результати розродження при багатоплідній вагітності залежать від типу хоріальності плодів. При цьому при монохоріальній діамніотичній двійні вище ризик передчасних пологів і перинатальної патології. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів при багатоплідній вагітності.

Ключові слова: багатоплідна вагітність, клінічні аспекти.

У більшості європейських країн протягом останніх років частота багатоплідних пологів коливається в межах 11–14 на 1 тис. [1, 2]. І хоча в абсолютних числах це значення не дуже велике, діти від багатоплідних пологів становлять більшість серед тих, що потребують інтенсивної терапії в неонатальному періоді і мають неврологічні відхилення різного ступеня вираженості надалі. Перинатальна смертність при багатоплідній вагітності більше ніж у 6 разів перевищує таку при одноплідній вагітності [3–6]. Важкі неврологічні відхилення у віці 1 року мають від 10% до 25% близнят [7, 8]. На думку більшості дослідників, основною причиною перинатальних втрат при багатоплідній вагітності є глибока недоношеність і низькі масово-зростові показники при народженні, причому недоношеність серед причин посідає перше місце [9–12].

Не дивлячись на високий інтерес сучасних дослідників до багатоплідної вагітності, не можна вважати всі питання даної проблеми повністю вивченими, особливо в аспекті акушерських і перинатальних результатів розродження при багатоплідній вагітності, особливо з урахуванням типу хоріальності плодів.

Мета дослідження: вивчення порівняльних клінічних аспектів ди- і монохоріальної діамніотичної двійні.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідженні були проаналізовані результати вагітності в 207 вагітних з двійнятами. Залежно від характеру хоріальності були виділені 2 основних групи:

- дихоріальна діамніотична двійня (ДХДА двійня) – 146 жінок;
- монохоріальна діамніотична двійня (МХДА двійня) – 61 жінка.

Хоріальність встановлювалась при ультразвуковому дослідженні в 10–14 тиж на підставі визначення кількості плацент, а при візуалізації однієї плаценти вивчалось місце відходження амніотичної перегородки. При виявленні лямбдаподібної

форми плацентарної тканини в місці відходження амніотичної перегородки встановлювався дихоріальний тип плацентації, а при виявленні Т-подібної форми – монохоріальний тип плацентації. Підтвердження хоріальності відбувалося після пологів. При народженні дітей однієї статі оглядався послід з визначенням кількості плацент і кількості шарів в амніотичній перегородці за наявності однієї плаценти, визначення групи крові новонароджених.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що в групі 1 (ДХДА двійня) жінок, які народжували вперше, було 123 (84,2%), з них 99 (67,8%) жінок, які вперше завагітніли, жінок, у яких вагітність була повторною – 47 (32,2%). Серед жінок, у яких вагітність була повторною, але вони були первородящими, в анамнезі медичний аборт був у 23 пацієнтки (15,7%), позаматкова вагітність – у 10 (6,8%), мимовільний викидень і вагітність, що не розвивається, – у 15 (10,3%) пацієнток. З 23 (15,7%) жінок, які народжували повторно, 4 (2,7%) мали в анамнезі мертвонародження, 3 (2%) жінки – передчасні пологи.

У групі 2 (МХДА двійня) переважали жінки, які народжували вперше, – 37 (60,6%), жінок, повторно народжуючих було 24 (39,4%). Серед жінок, які народжували вперше і були вперше вагітними, – 22 (36%), повторно вагітними було 15 (24,6%). У повторновагітних жінок, які народжували вперше, попередня вагітність закінчилась медичним абортom в 10 (16,4%) випадках, мимовільним абортom – в 5 (8%) випадках.

Вік вагітних з ДХДА двійнею варіював від 21 до 41 року і становив у середньому $29,2 \pm 0,3$ року. Вік жінок з МХДА двійнею був в межах 17–39 років, у середньому – $25,5 \pm 0,8$ року. Нами встановлено, що 72,2% жінок з МХДА двійнею перебували у віці від 20 до 30 років і з них майже 2/3 до 25 років, що порівняно з репродуктивною активністю загальної популяції. Серед вагітних з ДХДА двійнею 77,4% були старше 26 років і 34,3% – старше 30 років.

Старший вік вагітних з ДХДА двійнею зумовлений особливостями репродуктивного здоров'я, зокрема високою частотою безплідності, з приводу якої проводилось тривале лікування. Крім того, гормональний статус жінок старшого репродуктивного віку привертає до порушень процесів овуляції з можливістю дозрівання декількох яйцеклітин в одному менструальному циклі.

При аналізі даних акушерсько-гінекологічного анамнезу жінок обох груп були виявлені наступні особливості: у всіх 146 (100%) вагітних групи 1 мав місце обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез, у 2 групі, навпаки, 43 (70,5%) жінок не мали патології в репродуктивній сфері. У вагітних з ДХДА двійнею достовірно частіше є вказівки в анамнезі на наявність патологічних змін в репродуктивній сфері, процесів дозрівання яйцеклітини і овуляції, що призводять до порушення (синдром полікістозних яєчників, міома матки). Крім того, для даного контингенту вагітних виявилась характернішою наявність хронічних запальних захворювання органів малого таза, які можуть бути причиною безплідності трубно-перитонеального генезу і вимагають застосування з метою зачаття допоміжних репродуктивних технологій.

Серед пацієнток групи 1 вагітність настала спонтанно у 56 (38,35%) жінок, на фоні стимуляції овуляції в 15 (10,3%), після екстракорпорального запліднення і пе-

Таблиця 1

Структура ускладнень вагітності у жінок з ДХДА і МХДА

Ускладнення вагітності	ДХДА двійня	МХДА двійня
Пreekламсія легкого і середнього ступеня тяжкості	87 (59,6%)	32 (52,5%)
Пreekламсія важкого ступеня і еклампсія	-	9 (14,7%)*
Анемія легкого ступеня	78 (53,4%)	28 (45,9%)
Анемія середнього і важкого ступеня	3 (2,1%)	-
Загроза переривання вагітності в I триместрі	61 (41,8%)	13 (21,3%)
Загроза переривання вагітності в II та III триместрах	64 (43,8%)	17 (27,9%)
Істміко-цервікальна недостатність	24 (16,4%)*	2 (3,3%)*
Затримка розвитку плода (ЗРП)	21 (14,4%)*	20 (32,8%)*
Порушення МППК 1А ступеня	2 (1,4%)*	5 (8,2%)*
Порушення МППК 1Б ступеня	8 (5,5%)	2 (3,3%)
Порушення МППК 2-3 ступеня	3 (2,05%)	4 (6,6%)
Аntenатальна загибель одного плода	2 (1,4%)	4 (6,6%)
Аntenатальна загибель двох плодів	-	2 (3,3%)
Низька плацентажія	12 (8,2%)*	-
Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти	1 (0,7%)	2 (3,3%)
Синдром фетопетальної трансфузії (СФФТ)	-	1 (1,6%)

Примітка: * – $p < 0,05$.

ренесення ембріонів у порожнину матки в 75 (51,4%). У 61 (100%) жінки групи 2 МХДА двійня зачаття сталося в природному менструальному циклі.

Не дивлячись на сприятливіші вихідні дані, вагітність у пацієнток групи 2 мала більш ускладнений перебіг. Структура ускладнень вагітності у пацієнток груп 1 і 2 представлена в табл. 1.

Дані табл. 1 свідчать, що у вагітних групи 1 достовірно частіше, в 85,6% випадків, вагітність ускладнилася загрозою переривання в різні терміни, що можна пояснити більш вираженими ендокринними порушеннями у репродуктивній сфері. Крім того, у вагітних з ДХДА двійнею досить часто розвинулися пreekламсія, анемія і плацентарна дисфункція – відповідно 59,6%, 55,5% і 14,4% випадків. Проте такі вкрай несприятливі для матері і плода ускладнення, як пreekламсія важкого ступеня, важкі форми порушень матково-плацентарно-плодового кровотоку і ЗРП, з достовірно вищою частотою зустрічалися при монохоріальній плацентажії.

У нашому дослідженні важкі форми пreekламсії відмічено у 14,7% жінок з

МХДА двійнею і не зустрічалися при ДХДА двійні. Частота ЗРП при монохоріальній плацентажії склала 32,8%, що достовірно вище, ніж при дихоріальній. Причому майже в 10% випадків констатували критичні порушення у функціонуванні фетоплацентарного комплексу, що завершилися антенатальною загибеллю плода. Крім того, вагітність монохоріальною двійнею може супроводжувалася таким унікальним ускладненням, як ФФТС. У клінічно вираженій формі дана патологія розвинулася в одній вагітній групі 2 в 26 тиж гестації і закінчилась антенатальною загибеллю обох плодів в 30 тиж.

Усі вагітності завершилися пологамі в термінах від 28 до 40 тиж. У жінок з ДХДА двійнею пологи відбулись в період від 32 до 40 тиж гестації, у середньому в 36,5 тиж, у вагітних з МХДА двійнею – в період з 28 до 38 тиж гестації, у середньому 36,5 тиж. Передчасні пологи (до 37 тиж гестації) відбулись в 58 (39,7%) вагітних з ДХДА двійнею і в 20 (33%) з МХДА двійнею.

Хоча різниця в частоті передчасних пологів при різних типах плацентажії в нашому дослідженні в цілому виявилася недостовірною, частота пологів до 34 тиж гестації була вище при ДХДА двійнею і становила 10 (6,8%) випадків проти 2 (3,3%) при МХДА двійнею. Всі 10 передчасних пологів у жінок з ДХДА двійнею сталися на фоні передчасного вилиття навколоплідних вод. При МХДА двійні одні пологи були індукованими у зв'язку з антенатальною загибеллю обох плодів в 30 тиж, одна вагітність була перервана в 28 тиж у зв'язку з важким перебігом пreekламсії.

Вибір методу і тактика ведення пологів не залежали від характеру хоріальності і визначались особливостями перебігу вагітності, розташуванням плодів, акушерсько-гінекологічного анамнезу жінки та її соматичного статусу. Показаннями до планового розродження шляхом кесарева розтину були неправильне положення одного або двох плодів, рубець на матці після кесарева розтину, соматична патологія, що вимагає виключення потужного періоду за висновком фахівця відповідного профілю, тривале безпліддя в анамнезі.

Екстрене розродження шляхом кесарева розтину виконано у зв'язку з важким перебігом і наростанням тяжкості пreekламсії, передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти, кровотечею на фоні низької плацентажії, критичним станом одного або двох плодів, первинною слабкістю пологової діяльності, що не піддавалася медикаментозній корекції.

Серед жінок групи 1 було розроджено шляхом кесарева розтину 99 (67,8%), групи 2 – 33 (54,1%). Вища частота вибору кесарева розтину в групі жінок з ДХДА двійнею пов'язана з високим відсотком безпліддя і застосуванням допоміжних репродуктивних технологій.

Нами встановлено, що вибір як методу розродження операції кесарева розтину при дихоріальній плацентажії зумовлений найчастіше наявністю порушень в репродуктивній сфері жінки. При вагітності МХДА двійнею у зв'язку з більш обтяженим її перебігом достовірно частіше ($p < 0,05$) операцію кесарева розтину виконували за екстремними показаннями з приводу важких форм пreekламсії і ПД.

При фізіологічному веденні пологів впродовж першого і другого періодів здійснювався моніторний контроль за станом плодів з використанням кардіомоніторного спостереження.

З метою підтвердження характеру хоріальності при народженні плодів однієї

статі оглядали послід з визначенням кількості плацент і кількості шарів в амніотичній перегородці за наявності однієї плаценти. За наявності чотирьох шарів в амніотичній перегородці діагностувався дихоріальний тип, а за наявності двох шарів – монохоріальний. Крім того, підтвердженням дихоріальної плацентації було визначення різних груп крові у одностатевих близнят.

Акушерський діагноз ЗРП зіставлявся з діагнозом, встановленим неонатологом після обстеження новонароджених. Обстеження новонароджених включало оцінку стану при народженні, біометричних параметрів і фізіологічних рефлексів.

Таблиця 2

Результат багатоплідної вагітності залежно від характеру хоріальності

Результат вагітності	ДХДА двійня	МХДА двійня
Пологи термінові (37 тижнів і більш)	88 (60,3%)	41 (67,0%)
Пологи передчасні	58 (39,7%)	20 (33,3%)
Народилося дітей:		
• всього	292 (100%)	122 (100%)
• живих	290 (99,3%)	114 (93,4%)
• мертвонароджених	2 (0,7%)*	8 (6,6%)*
Стан при народженні:		
• задовільний	68 (23,3%)	20 (16,4%)
• середньої тяжкості	199 (68%)	64 (52,4%)
• тяжкий	23 (7,9%)*	30 (24,6%)*
Оцінка за шкалою Апгар:		
• перша хвилина	7,0±0,7	7,0±0,3
• п'ята хвилина	8,1±0,4	7,7±0,3
Неонатологічний діагноз:		
• здоровий	72 (24,6%)*	10 (8,2%)*
• транзиторна неврологічна дисфункція	155 (53,1%)	61 (50,0%)
• ішемічно-гіпоксичні ураження ЦНС середнього і важкого ступенів	53 (18,1%)	42(34,4%)
• синдром дихальних розладів	7 (2,4%)*	11 (9,0%)*
• анемія	-	7 (5,7%)*
• внутрішньоутробна гіпотрофія	31 (10,6%)	21 (17,2%)
Рання неонатальна смерть	2 (0,7%)	-

Примітка: * – $p < 0,05$.

Визначення активності адаптаційно-приспосувальних механізмів виконували за шкалою Апгар.

В результаті вагітностей ДХДА двійнею народилося 292 (100%) дітей, з них живонароджених 290 (99,3%), мертвонароджених – 2 (0,7%). Маса доношених дітей при народженні склала 1550–3610 г, у середньому $2788,2 \pm 25,8$ г. Обидва мертвонародження зумовлені антенатальною загибеллю одного плода з двійні, що сталася на фоні декомпенсованої ПД. У ранньому неонатальному віці померло 2 (0,7%) дітей у зв'язку з глибокою недоношеністю.

У результаті вагітностей МХДА двійнею народилося 122 (100%) дітей, з них народилося живими – 114 (93,4%), мертвонароджених – 8 (6,6%). Маса доношених живонароджених дітей склала 1410–3120 г, у середньому $2535,3 \pm 231,7$ г. Причиною антенатальної загибелі одного плода з двійні в чотирьох випадках і обох плодів в одному випадку, за даними патологоанатомічного висновку, з'явилась декомпенсована ПД. У трьох випадках вона поєднувалась з єдиною артерією пуповини і в трьох випадках – з інфекцією. Ще два плоди з двійнят загинули у зв'язку з СФФТ.

У цілому перинатальні результати вагітності МХДА двійнею були менш сприятливі, ніж ДХДА двійнею. Вищий відсоток народження важких дітей при МХДА двійні (24,6 проти 7,9%) може бути пояснений менш сприятливими умовами внутрішньоутробного розвитку і народженням дітей з нижчою масою тіла.

Дані про результати вагітності при ДХДА і МХДА двійні, отримані в результаті нашого дослідження, представлені в табл. 2. Як показники для оцінювання результату вагітності ми використовували термін пологів, стан при народженні і особливості періоду адаптації новонароджених.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що акушерські і перинатальні результати розродження при багатоплідній вагітності залежать від типу хоріальності плодів. При цьому при монохоріальній діамніотичній двійні вище ризик передчасних пологів і перинатальної патології. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів при багатоплідній вагітності.

**Клинические аспекты различных вариантов
многоплодной беременности
Е.Н. Сусидко**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что акушерские и перинатальные исходы родоразрешения при многоплодной беременности зависят от типа хоральности плодов. При этом при монохориальной диамниотической двойне выше риск преждевременных родов и перинатальной патологии. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий при многоплодной беременности.

Ключевые слова: многоплодная беременность, клинические аспекты.

Clinical aspects of various options of multipara pregnancy

O.N. Susidko

Results of the spent researches testify that obstetrical and perinatal outcomes delivery at multipara pregnancy depend on type of horial borns. Thus at monohorial diamniotical twins above risk of premature birth and perinatal pathologies. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions at multipara pregnancy.

Key words: multipara pregnancy, clinical aspects.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Bryan E.M. Support for families with multiple births / E.M. Bryan // Course manual, Diploma in Fetal Medicine. – 2010. – № 2. – P. 39–48.
2. Keith L. Multiple pregnancy: epidemiology, gestation and perinatal outcome / L. Keith, E. Papiernick, D.M. Keith // Parthenon. – 2011. – № 1. – P. 721–730.
3. MacGillivray I. Epidemiology of twin pregnancy / I. MacGillivray // Semin Perinatol. – 2009. – № 10. – P. 4–8.
4. Фукс М.А. Многоплодная беременность / М.А. Фукс, Л.Б. Маркин. – К.: Здоровье, 2008. – 243 с.
5. Hack K.E. The natural course of monochorionic and dichorionic twin pregnancies: a historical cohort / K.E. Hack, J.B. Derks, V.L. de Visser // Twin Res. Hum. Genet. – 2013. – № 9. – P. 450–455.
6. Gul A. Perinatal outcomes of twin pregnancies discordant for major fetal anomalies / A. Gul, A. Gebeci, H. Asian // Fetal Diagn. Ther. – 2012. – № 20. – P. 244–248.
7. Asztalos E. Evaluating 2 year outcome in twins < or = 30 weeks gestation at birth: a regional perinatal unit's experience / E. Asztalos, J.F. Barrett, M. Lacy // Twin Res. – 2011. – № 4. – P. 431–438.
8. Adegbite A.L. Prevalence of cranial scan abnormalities in preterm twins in relation to chorionicity and discordant birth weight / A.L. Adegbite, S. Castille, S. Ward // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2013. – № 1. – P. 47–55.
9. Fitzsimmons B.P. Perinatal and neonatal outcomes in multiple gestations: assisted reproduction versus spontaneous conception / B.P. Fitzsimmons, M.W. Bebbington, M.R. Fluker // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2008. – № 9. – P. 1162–1167.
10. Hack K.E. The natural course of monochorionic and dichorionic twin pregnancies: a historical cohort / K.E. Hack, J.B. Derks, V.L. de Visser // Twin Res. Hum. Genet. – 2012. – № 9. – P. 450–455.
11. Ferreira I. Chorionicity and adverse perinatal outcome / I. Ferreira, C. Laureano, M. Branco // Acta Med. Port. – 2005. – № 3. – P. 183–188.

УДК 618.36-06

Аномальне розташування плаценти як фактор ризику ретрохоріальних гематом

O.M. Томнюк

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

Результати проведених досліджень свідчать, що клінічний перебіг вагітності при аномальній плаценті супроводжується високою частотою раннього токсикозу (32,0%), прееклампсії (20,0%), плацентарної дисфункції (55,0%), передчасних пологів (26,0%) і аномалій пологової діяльності (34,0%). Отримані результати свідчать про необхідність розроблення алгоритму тактики ведення вагітності і пологів у пацієнток цієї групи.

Ключові слова: аномальна плацентажія, акушерські аспекти.

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

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

Мета дослідження: вивчення акушерських аспектів аномальної плацентажії.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проспективно були обстежені 100 жінок (основна група) з АРП. При ультразвуковому скринінгу на 16-у тиждень вагітності у жінок основної групи плацента розташовувалася на відстані менше 2 см від внутрішнього зіву шийки матки.

Проведений аналіз клінічних характеристик періоду гестації і пологів залежно від локалізації плаценти і реалізації процесу міграції:

I підгрупа – 20 пацієнток з передлежанням плаценти (міграція була відсутня);

II підгрупа – 37 жінок з низьким розташуванням плаценти внаслідок незавершеної або неповної міграції (нижній край плаценти нижче 5 см від внутрішнього зіву);

III підгрупа – 43 вагітних, у яких в результаті завершеної або повної міграції плацента перемістилася у верхні відділи матки (нижній край плаценти на 5 см вищий за зів).

У контрольну групу увійшли 50 практично здорових вагітних з нормальною плацентажією.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аномалії плацентациї частіше визначалися по задній стінці матки, але випадків прикріплення плаценти на передній стінці було більше ($40,0 \pm 2,0\%$; $p < 0,001$), ніж в контрольній групі ($26,0 \pm 1,6\%$). По передній стінці матки міграція плаценти зафіксована у 75,0% пацієнток, з них у 30,0% процес був завершеним, у 45,0% – незавершеним. По задній стінці матки міграція спостерігалася в 82,0% випадках, з них у 48,0% жінок виявлений завершений варіант, у 35,0% – незавершений.

Отже, залежності процесу міграції від локалізації плаценти на стінках матки нами не виявлено ($t=1,07$; $p > 0,05$). У той самий час, повна міграція частіше реалізувалася по задній стінці матки, ніж при її локалізації по передній (відповідно 48,0% і 30,0%; $p < 0,05$). Неповна міграція плаценти частіше зафіксована по передній стінці матки ($p < 0,05$), що, можливо, пов'язано з більше ранньою і вираженою структурною перебудовою нижнього сегмента матки, що формується: стоншення міометрія, зниження кровопостачання.

Проведений аналіз швидкості процесу переміщення плаценти залежно від локалізації на стінках матки і варіанту міграції (завершена/незавершена). При розташуванні плаценти на передній стінці процес міграції починався в 16 тиж вагітності; до 20 тиж швидкість становила 0,15–0,27 см/тиж (повільний тип). Найбільш виражене переміщення плаценти спостерігалось в 21–28 тиж вагітності. Так, швидкість міграції в 22 тиж становила 0,33 см/тиж, досягаючи найвищої інтенсивності в 24 тиж – 0,52 см/тиж ($p < 0,05$). У 25–28 тиж поступово знижувалася активність процесу міграції – від 0,44 до 0,32 см/тиж (помірний тип), що завершувався до 32 тиж.

Зафіксований кореляційний зв'язок швидкості міграції плаценти і ускладнень вагітності: інтенсивний темп процесу міграції плаценти в 22–24 тиж (швидкий тип) супроводжувався симптомами рецидивуючої загрози переривання (залежність пряма, сильна, достовірна; $g_{xy}=+0,92$; $p < 0,001$).

По задній стінці матки плацента мігрувала в 18–35 тиж вагітності. Темп міграції найбільш виражений з 24 до 30 тиж; швидкість процесу становила 0,32 і 0,27 см/тиж відповідно, максимум в 25–26 тиж – 0,37 см/тиж (помірний тип). По задній стінці матки швидкість міграції плаценти була в 1,5–2,0 разу менше, ніж по передній, і достовірно нижче в терміні гестації 22–28 тиж ($p < 0,05$); переміщення плаценти мало методичний характер, його етапи (наростання, максимум, зниження швидкості) були послідовними і тривалішими.

Процес незавершеної міграції плаценти відмічений, починаючи з 17–18 тиж вагітності; закінчувався він в 29–30 тиж. Максимальна швидкість (0,51 см/тиж) відповідала швидкому типу міграції і реєструвалася в 22–24 тиж гестації ($p < 0,05$). Різка зміна темпу (відсутність помірного типу міграції), стрибкоподібні, короткі етапи наростання і зниження швидкості міграції проявлялися вираженою клінікою з домінуючим симптомом кров'янистих мажучих виділень.

Виявлено несприятливе поєднання локалізації плаценти і варіанту її переміщення – неповна міграція по передній стінці матки. У даних пацієнток реєстрували максимальні показники швидкості міграції – 0,65 см/тиж (22–24 тиж) і важча симптоматика з наявністю кровотеч, рецидивуючою загрозою переривання вагітності. Безсимптомний процес спостерігали при завершеній міграції по задній

стінці матки; темп був максимальний в 29–31 тиж і відповідав повільному і помірному типу – 0,38 см/тиж.

Отже, виявлені чинники, що впливають на міграцію плаценти: локалізація відносно стінок матки і варіант процесу. Інтенсивніше плацента переміщалися по передній стінці. При неповному/незавершеному варіанті процесу мав місце швидкий тип міграції. Усі етапи (наростання, пік і зниження швидкості) повної/завершеної міграції відбувалися за помірним і повільним типом. Несприятливим процесом переміщення плаценти зареєстровано незавершений варіант її міграції по передній стінці матки; при цьому реєструвалася максимальна швидкість міграції і важча симптоматика.

Під час гестаційного періоду в основній групі пацієнток збільшувалася частота і тяжкість загрози переривання вагітності, рецидивів кров'яних виділень; найбільш вираженими були ускладнення при передлежанні плаценти і низькому розташуванні. У кожній третій пацієнтки (32,0%) відзначався ранній токсикоз, у кожній п'ятій (20,0%) – преєклампсія. Звертає увагу значна кількість загострень хронічної інфекції сечовидільної системи і ГРВІ у пацієнток з передлежанням і низьким розташуванням плаценти ($p < 0,05$). Загострення захворювань ЛОР-органів, ГРВІ зустрічалися частіше у I (9,0%; $p < 0,01$) і II (8,0%; $p < 0,05$) триместрах гестації; урологічна патологія (пієлонефрит, цистит) з більшою частотою діагностувалася у II (4,0%) і III (4,0%) триместрах.

Аналіз початкового спектра збудників у вагітних з АРП виявив високий рівень інфекції, що передається статевим шляхом, у вигляді асоційованих форм при мікроскопічному (56,0%), бактеріологічному (46,0%) дослідженні і методом полімеразної ланцюгової реакції (39,0%). У пацієнток з виявленою інфекцією фіксували безсимптомний перебіг процесу, переважали герпетична, цитомегаловірусна, хламідійна, уреаплазменная форми інфекції.

Порушення системи гемостазу в основній групі виявлені у 34,0% пацієнток у II триместрі, у 56,0% – у III триместрі вагітності, при порівнянні з показниками контрольної групи вони були більш виражені при передлежанні і низькому розташуванні плаценти. Виявлено переважання коагуляційного потенціалу крові: зниження часу кровотечі ($p < 0,05$) і згортання ($p < 0,01$), толерантності плазми до гепарину ($p < 0,01$). Паралельно мала місце активація фібринолітичної складової гемостазу: збільшення протромбінового часу та індексу ($p < 0,05$), зниження активованого часткового тромбoplastинного часу ($p < 0,05$) і значень фібриногену ($p < 0,01$).

Зменшення кількості тромбоцитів ($p < 0,05$) свідчить про зміни судинно-тромбоцитарної ланки. Виявлені маркери внутрішньосудинного згортання крові і фібринолізу – позитивний етаноловий тест і виражені значення продуктів деградації фібрину ($p < 0,01$).

Отже, зміни в системі гемокоагуляції свідчать про хронічну форму ДВС синдрому, призводять до порушення агрегаційних властивостей крові, патології мікроциркуляції і, в результаті, – до неповноцінної інвазії трофобласта у стінки спіральних артерій матки. Це так само спричинює порушення кровотоку в басейні маткових артерій і ранній розвиток плацентарної недостатності при цій акушерській патології.

У зв'язку з неоднорідними змінами концентрації гормонів і білків фетоплацентарного комплексу при АРП були виділені чотири варіанти ендокринного статусу цієї системи:

- нормофункція (зміст гормонів відповідає нормі);
- гіперфункція (зміст одного/кілька гормонів підвищений);
- дисфункція (різноспрямовані зміни концентрації гормонів);
- гіпофункція (зміст одного/кілька гормонів понижений).

Результати гормонального скринінгу основної групи пацієнток свідчать про зниження функціональної активності плаценти, що є патологічним типом адаптації плода і доклінічним маркером порушення його стану. Варіант АРП безпосередньо впливає на стан фетоплацентарного комплексу: виражені зміни виявляли при низькій локалізації плаценти ($p < 0,01$), що є непрямим доказом гіпоксії плода.

Під час оцінювання міри дозрівання аномально розташованих плацент у 50,0% пацієнток виявлено запізнє і у 12,0% – передчасне їх дозрівання. За низької плаценталії запізнє дозрівання відзначали частіше (67,0%; $p < 0,01$), ніж при передлежанні (41,0%) і повній міграції плаценти (37,0%), тобто порушення дозрівання плаценти можуть визначати варіанти її міграції.

Затримка внутрішньоутробного розвитку плода в основній групі спостережуваних виявлена тільки при передчасному/запізнілому дозріванні плаценти. Більш виражена затримка внутрішньоутробного розвитку плода зафіксована за низької плаценталії на тлі запізнє дозрівання плаценти (22,0%; $p < 0,01$), порівняно з даними на тлі передчасного її дозрівання (7,0%).

Найбільш значущі зміни біофізичного профілю плода були при низькому розташуванні плаценти ($7,2 \pm 0,9$), менш виражені – при передлежанні ($8,6 \pm 1,2$) і повній міграції плаценти ($9,7 \pm 0,7$).

За даними кардіотокографії, найнижчий сумарний бал ($5,9 \pm 0,9$) виявлений у вагітних з низькою плаценталією, тоді як у контролі він становив $9,4 \pm 0,6$. Найбільша бальна оцінка серед кардіотокограм основної групи була при завершеному процесі міграції ($8,3 \pm 0,6$). За наростанням частоти і ступеня тяжкості змін показники розподілилися наступним чином: базальна частота, частота осциляцій, амплітуда осциляцій, акцелерації, децелерації.

Порушення матково-плацентарного кровотоку при збереженому плодово-плацентарному зафіксовано у 55,0 $\pm$ 3,2% жінок основної групи (ІА міра плацентарної недостатності), порушення плодово-плацентарного кровотоку при збереженому матково-плацентарному – у 32 (35,0 $\pm$ 1,9%) пацієнток (ІБ міра плацентарної недостатності). Порушення матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровотоку при збереженні позитивно спрямованого компонента діастолі визначалися у 7,0 $\pm$ 1,2% обстежених (ІІ міра плацентарної недостатності), критичне порушення плодово-плацентарного кровотоку (ретроградний напрям компонента діастолі) – у 2,0 $\pm$ 0,1% жінок основної групи (ІІІ міра плацентарної недостатності).

Найбільш виражені гемодинамічні зміни спостерігалися у 17,0% пацієнток у разі затримки внутрішньоутробного розвитку плода (залежність пряма, сильна, достовірна; $r_{xy} = +0,89$; $p < 0,01$). Після 24 тиж вагітності реєстрували зниження компонента діастолі кровотоку в маткових артеріях – рання ознака порушення матково-плацентарного кровотоку. У пацієнток з передлежанням плаценти виявлено

помірне зниження кровотоку ($p < 0,05$), при низькій плаценталії – виражене ($p < 0,001$), при міграції плаценти були незначні порушення ($p > 0,05$).

На тлі низької плаценталії/неповної міграції порушення матково-плацентарного кровотоку частіше підтверджувалося усіма кутнезалежними показниками (СДО, ІР, ПІ) і більше відрізнялися від контрольних значень. Збільшення кутнезалежних індексів в артеріях пуповини і аорті плода пов'язано зі збільшенням опору термінальної частини плаценти і спазмом периферійних судин плода (компенсаторна централізація кровообігу при зниженні плацентарної перфузії).

Отже, описані зміни свідчать про патологію матково-плацентарно-плодової гемодинаміки і плацентарної дисфункції, міра вираженості і частота яких залежать від локалізації/міграції плаценти, найбільші порушення спостерігали при низькому розташуванні плаценти. Можливо тригером розвитку плацентарної недостатності при АРП є зниження матково-плацентарного кровотоку, залежне у свою чергу від порушень плодово-плацентарного кровотоку.

Патологічні порушення кровообігу корелюють з параметрами плацентометрії. Отже, раннє порушення кровотоку та його кутнезалежні індекси можуть бути доклінічними маркерами плацентарної недостатності на тлі АРП.

У пацієнток основної групи зафіксований високий відсоток передчасних пологів (26,0%), найбільший при передлежанні (41,0%) і низькій плаценталії (33,0%). При передчасному дозріванні плаценти і затримці внутрішньоутробного розвитку плода (симетричної форми) передчасні пологи відбулися в 28–33 тиж вагітності. При запізнілому дозріванні плаценти, затримці внутрішньоутробного розвитку плода (асиметричної форми) частіше розвивається вторинна плацентарна недостатність, у зв'язку з чим вагітність переривається пізніше (34–37 тиж).

Варіанти АРП / міграції визначали кількість ускладнень (2,1 на одну жінку) і оперативних втручань (1,2 на одну жінку) у пологах. У 34,0% випадків фіксували аномалії пологової діяльності. Так, для низької плаценталії характернішими були швидкі пологи (36,0%; $p < 0,01$) і дискоординована пологова діяльність (13,0%); міграції плаценти властива більше дискоординація (15,0%) і слабкість (12,0%) родових сил.

Більш ніж у половини вагітних основної групи (53,0%) пологи були оперативними: у усіх пацієнток з передлежанням плаценти, у 58,0% – за низької локалізації і у 26,0% – при мігруючій плаценті. Невідкладні ситуації у пологах (відшарування плаценти – 39,0%, кровотеча – 40,0%, гіпоксія плода – 56,0%) стали показанням до операції кесарева розтину в екстреному порядку, причому 67,0% операцій були виконані в ургентному порядку.

У пацієнток основної групи під час кесарева розтину розрізи в 16,0% випадків зроблено з метою розширення об'єму операції до тотальної/субтотальної гістеректомії. Частіше ці оперативні втручання реалізовані при передлежанням плаценти (17,0%) і неповній її міграції (22,0%), в зіставленні з даними на тлі завершеного процесу міграції плаценти (6,0%). Показаннями до розширення об'єму операції стали: істинний приріст плаценти у спостережуваних з передлежанням (14,0%) і низьким прикріпленням (10,0%) плаценти; лейоміома матки великих розмірів або низьке розташування міоматозних вузлів у пацієнток з передлежанням (3,0%), низькою плаценталією (12,0%) і міграцією плаценти (6,0%).

ВИСНОВКИ

Клінічний перебіг вагітності при аномальній плацентації супроводжується високою частотою раннього токсикозу (32,0%), преєклампсії (20,0%), плацентарної дисфункції (55,0%), передчасних пологів (26,0%) і аномалій пологової діяльності (34,0%). Отримані результати свідчать про необхідність розробки алгоритму тактики ведення вагітності і пологів у пацієнток цієї групи.

**Аномальное расположение плаценты как фактор риска
ретрохориальных гематом**

О.Н. Томнюк

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что клиническое течение беременности при аномальной плацентации сопровождается высокой частотой раннего токсикоза (32,0%), преэклампсии (20,0%), плацентарной дисфункции (55,0%), преждевременных родов (26,0%) и аномалий родовой деятельности (34,0%). Полученные результаты свидетельствуют о необходимости разработки алгоритма тактики ведения беременности и родов у пациенток этой группы.

Ключевые слова: аномальная плацентация, акушерские аспекты.

**Abnormal arrangement of a placenta as the factor risk
of retrochorialne hematoma**

O.N. Tomnyuk

Results of the spent researches testify, that the clinical current of pregnancy at abnormal placenta is accompanied by high frequency of an early toxicosis (32,0%), preeclampsia (20,0%), placental dysfunction (55,0%), premature birth (26,0%) and anomalies of patrimonial activity (34,0%). The received results testifies to necessity of working out of algorithm of tactics of conducting pregnancy and sorts at patients of this group.

Key words: abnormal placenta, obstetrical aspects.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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

УДК 618.3+618.56:616.62-008.222

Особенности нетримання сечі під час вагітності та після пологів

Д.М. Федорова

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

Результати проведених досліджень свідчать про виражені зміни урогінекологічного статусу, включаючи і варикозне розширення вен малого таза при розвитку нетримання сечі під час вагітності та після пологів. Це підтверджується вивченими нами клінічними, урологічними та ехографічними даними. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у разі нетримання сечі у жінок під час вагітності і після розродження.

Ключові слова: нетримання сечі, урогінекологічний статус.

Якість життя жінок репродуктивного віку визначається багатьма чинниками. Вагітність і пологи є фізіологічними процесами, але значно впливають як на функцію окремих органів, так і на організм жінки в цілому, нерідко зумовлюють появу різних симптомів, що значно знижують якість життя. Такими є маніфестація нетримання сечі (НС) під час вагітності і після пологів.

Багатьма дослідниками доведено, що переважна кількість жінок з НС мали в анамнезі вагітності і пологи [1–7]. Частота НС у вагітних, за даними різних авторів, коливається від 12% до 74% [2, 3], частота виникнення НС після перших пологів – від 24% до 29% [4, 5]. Зазначають, що у частини жінок контроль над утриманням сечі відновлюється спонтанно протягом декількох тижнів або місяців після пологів. Проте за даними дослідження EPINCONT (2009), у 42% жінок цієї групи протягом 5 років розвивається стійке стресове НС, а серед жінок, що відмічають навіть рідкісні і одиничні епізоди НС, що зберігаються після пологів, стресове НС розвивається протягом 5 років в 92% випадків [6, 7].

Вплив НС на якість життя коливається від значного до руйнівного [1–7]. Моральні і фізичні страждання хворих стимулюють акушерів-гінекологів і урологів до спільного пошуку причин НС у жінок, диференційованому розробленню індивідуальних методів профілактики, вдосконаленню діагностики і лікування цієї патології.

У доступній вітчизняній літературі ми не отримали належного освітлення даних щодо частоти маніфестації симптомів НС під час вагітності і після пологів. У численних роботах, що вивчають чинники ризику НС, ми не зустріли узагальнення, які дозволяють прогнозувати ризик розвитку НС під час вагітності і після пологів, виділити групи ризику.

Надзвичайно висока частота симптомів НС під час вагітності і після пологів з подальшим стійким НС у жінок репродуктивного віку стала основою для даного дослідження.

Мета дослідження: вивчення особливостей урогінекологічного статусу у жінок з НС.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено попереднє опитування, за результатами якого було виділена основна група – 51 пацієнтка зі скаргами на НС. Верифікацію діагнозу, визначення типу НС проводили на підставі заповнення урогінекологічного опитувальника, щоденників сечовипускання, результатів функціональних проб, ультрасонографії нижніх відділів сечовивідних шляхів. У групу порівняння увійшли 50 жінок без ознак НС, що народили.

На підставі статистичного оброблення даних про спадковість, акушерський, гінекологічний, соматичний анамнез, були виділені чинники ризику розвитку НС під час вагітності і після пологів з оцінюванням кожного з чинників. У даному дослідженні ми розглянемо клінічні аспекти НДСТ при НС під час вагітності і після пологів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що серед 51 пацієнтки основної групи з маніфестацією сечової інконтиненції в 71,1% випадках НС уперше з'явилося після пологів, в 28,9% – перші симптоми спостерігалися вже під час вагітності і тривали після пологів. До групи порівняння увійшли 50 жінок, які не мають розладів сечовипускання під час вагітності і після пологів.

Усі жінки були репродуктивного віку, від 18 до 42 років. Середній вік в основній групі був достовірно вищий і становив $30,8 \pm 6,6$ року, у групі порівняння – $25,4 \pm 5,4$ року ($p < 0,05$).

Під час огляду хворих основної групи оцінювали стан шкірних покривів, особливості конституції і жирового обміну, аналізували збільшення маси тіла за час вагітності.

При вивченні особливостей статури і жирового обміну у хворих основної групи виявлено, що індекс маси тіла (ІМТ) коливався від 19 до 41, але у більшості (76,5%) знаходився у межах нормальних значень – від 19 до 30. Порушення жирового обміну зафіксовано у 23,5% жінок: у 12,7% пацієнток – І ступінь ожиріння, у 8,3% – II ступінь і лише у 2,4% – III ступінь. У жодної хворої не виявлений дефіцит маси тіла. Прибавка за час вагітності становила в середньому $10,7 \pm 3,2$ кг, що не перевищує нормальних величин.

Було проведено урогінекологічне обстеження жінок з маніфестацією НС під час вагітності і після пологів. Під час оцінювання основних симптомів, виявлених при опитуванні, або пред'явлених в якості скарг, встановлено переважання мимовільного виділення сечі при фізичному навантаженні (кашлі, чханні, сміху) – 79,9% і здатність утримати сечу після раптового позиву – 79,9% порівняно з прискореним сечовипусканням, що супроводжується ургентним позивом (більше 8 раз на добу) – 33,3%; ноктурією (переривання сну для сечовипускання) – 28,9% і ургентністю (раптовий позив до сечовипускання, що супроводжується мимовільною втратою сечі) – 26,5% пацієнток.

Усім пацієнткам проведені функціональні проби. Демонстрація пацієнткою хоч би однієї позитивної проби розцінювалася як позитивний результат. Частота позитивних проб становила від 42,6% до 78,3%. Кореляція функціональних проб з клінічними даними в середньому становила 60,3%. На нашу думку, це пояснюється тим, що більшість пацієнток мали НС легкого ступеня, малу давність захворювання.

Попри те що позитивний тест продемонстрували 63,2% обстежених жінок, у повсякденному житті 96,5% пацієнток використали прокладки як спосіб контролю над мимовільною втратою сечі.

На підставі даних урогінекологічного опитувальника, заповнення щоденників сечовипускання, огляду і функціональних проб стресове НС було виявлене у 66,7% пацієнток, ургентне – у 20,1%, змішаний тип нетримання сечі – у 13,2% жінок.

Результати визначення ступеня тяжкості НС свідчать про переважання легкого ступеня (94,1%) порівняно із середнім і важким (5,9%). Слід зазначити, що у 87,2% жінок, які мали порушення цілості м'яких тканин пологових шляхів, виявлено НС при напруженні і змішаний тип НС.

Усі пацієнтки основної групи були обстежені ультрасонографічно. Вивчався стан нижніх відділів сечових шляхів: сечового міхура і уретри з метою виявлення ознак НС (укорочення сечівника, збільшення уретровезикального кута, розширення проксимального сечівника – воронкоподібна деформація, наявність цистоцеле). Крім того, оцінювали стан венозної мережі малого таза з метою виявлення ознак варикозного розширення вен (ВРВ) малого таза. Ехографічні параметри нижніх відділів сечових шляхів хворих із симптомами стресового і змішаного типу нетримання сечі свідчать про істотні зміни параметрів, що вивчаються.

Під час проведення ультрасонографії малого таза у пацієнток основної групи ехографічні ознаки ВРВ малого таза (надмірно звиті, «червоподібні», анехогенні структури, збільшення діаметру основних венозних колекторів) були виявлені у 57,3% пацієнток.

Під час проведення доплерографії у маткових венах констатовано уповільнення систолічної швидкості кровотоку, зниження фазності кривої кровотоку до стаза крові.

ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать про виражені зміни урогінекологічного статусу, включаючи і варикозне розширення вен малого таза, при розвитку нетримання сечі під час вагітності і після пологів. Це підтверджується вивченими клінічними, урологічними і ехографічними даними. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів при нетриманні сечі у жінок під час вагітності і після розродження.

Особенности недержания мочи во время беременности и после родов Д.М. Федорова

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о выраженных изменениях урогинекологического статуса, включая и варикозное расширение вен малого таза, при развитии недержания мочи во время беременности и после родов. Это подтверждается

изученными клиническими, урологическими и эхографическими данными. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий при недержании мочи у женщин во время беременности и после родов.

Ключевые слова: недержание мочи, урогинекологический статус.

Features of incontinence of urine at women during pregnancy and after the delivery D.M. Fedorova

Results of the spent researches testify to the expressed changes urogynecological status, including and varicose expansion of veins of a small basin, at development of an incontinence of urine during pregnancy and after the delivery. It proves to be true studied by us clinical, urological and ehografical the data. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions at an incontinence of urine at women during pregnancy and after delivery.

Key words: an urine incontinence, urogynecological status.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Буянова С.Н. Диагностика и лечение недержания мочи у женщин / С.Н. Буянова, В.Д. Петрова, М.А. Чечнева // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2009. – № 4. – С. 52–61.
2. Глебова Н.Н. Состояние мочевой системы у больных с опущениями и выпадениями матки / Н.Н. Глебова, А.В. Мирионков // Сборник научных работ Башкирской республиканской клинической больницы. – Уфа, 2015. – С. 357–358.
3. Диагностика и лечение сложных и смешанных форм недержания мочи / [С.Н. Буянова, В.Д. Петрова, И.В. Краснополский, Т.Г. Муравьева] // Акушерство и гинекология. – 2015. – № 1. – С. 54–57.
4. Дисплазия соединительной ткани как одна из возможных причин недержания мочи у женщин с пролапсом гениталий / Г.Ю. Смольнова, С.Н. Буянова, С.В. Савельев, В.Д. Петрова // Урология. – 2017. – № 2. – С. 25–30.
5. Кира Е.Ф. Слингвые операции в лечении стрессового недержания мочи у женщин / Е.Ф. Кира, А.А. Безменко // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 5. – С. 14–16.
6. Комплексный подход к диагностике и лечению недержания мочи у гинекологических больных / О.В. Макаров, Е.Б. Мазо, Ю.Э. Доброхотова [и др.] // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2008. – № 4. – С. 23–29.
7. Краснополский В.И. Современные методы диагностики состояния мочевого пузыря и уретры при стрессовом недержании мочи / В.И. Краснополский, Л.И. Титченко, М.А. Чечнева // Вестн. Рос. ассоц. акушеров-гинекологов. – 2008. – № 3. – С. 54–61.

УДК 618.3/5-06:618.177-089.888.11:618.12-007.2

Особливості перебігу вагітності у жінок з оперованими яєчниками та матковими трубами

Ю.М. Шостак

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

Результати проведених досліджень свідчать, що розродження жінок, вагітність у яких наступила після допоміжних репродуктивних технологій, супроводжується високою частотою перинатальної патології внаслідок значного рівня порушень у системі мати–плацента–плід, причому поєднаного генезу. Видалення маткових труб, як джерела хронічної інфекції, перед виконанням допоміжних репродуктивних технологій дозволяє суттєво покращити акушерські і перинатальні результати розродження. Це дає нам право рекомендувати такий підхід для вибіркового використання у практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: допоміжні репродуктивні технології, маткові труби, вагітність, пологи.

Проблема лікування безплідності подружніх пар є однією з актуальніших у сучасній медицині. Допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) посіли значне місце у комплексі медичного лікування безплідності [1–3].

В умовах сьогодення встановлено, що перебіг вагітностей, що настали як результат лікування безплідності внаслідок застосування ДРТ, має свої особливості [4–6]. Немаловажним є той факт, що до моменту настання вагітності пацієнтки, як правило, перебувають у віці понад 30 років, довго і безуспішно лікувалися з приводу безплідності, нерідко страждають ендокринними порушеннями або вираженими анатомічними змінами органів малого таза [7, 8]. Різноманіття вказаних факторів, безумовно, впливає на характер і частоту ускладнень вагітності і пологів.

В останні роки серед репродуктологів нашої країни триває дискусія [1–8] про необхідність збереження маткових труб за наявності генітальної патології. Незважаючи на значне число наукових повідомлень з даної проблеми, найменш вивченим питанням є вплив залишених або видалених маткових труб на клінічний перебіг вагітності з урахуванням низки акушерських ускладнень: плацентарна дисфункція, інтраамніальне інфікування, передчасні пологи тощо.

Усе наведене вище є обґрунтуванням для проведення цього наукового дослідження.

Мета дослідження: аналіз зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень у жінок після ДРТ на основі вивчення в них клініко-ехографічних, ендокринологічних, імунологічних і мікробіологічних особливостей, а також вибіркового підходу до видалення маткових труб напередодні ДРТ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети і задач були обстежені 150 пацієнток, серед яких 100 жінок, вагітність у яких наступила після використання ДРТ, у яких було видалено або залишено маткові труби. Пацієнтки були розподілені на групи:

- 1 група – 50 жінок, у яких було видалено маткові труби перед проведенням ДРТ;
- 2 група – 50 жінок, у яких ДРТ було проведено за наявності збережених маткових труб.
- Контрольна група – 50 повторнородящих без акушерської і соматичної патології, які завагітніли самостійно і розродилися через природні пологові шляхи.

Лікування методами ДРТ – екстракорпоральне запліднення (ЕКЗ) і інтрацитоплазматичне введення сперматозоїда (ІКСІ).

У дослідження увійшли пацієнтки, що проходили стимуляцію суперовуляції, в короткому протоколі із застосуванням рекомбінантного ФСГ у стартовій дозі 150 МО і антагоністів ГНРГ (цетрорелікс) з 6-го по 10-й день стимуляції суперовуляції. Як тригерна доза ХГЛ застосовували рекомбінантний хоріогонадотропін альфа у дозі 250 мкг. Пункцію фолікулів здійснювали через 33–34 год після введення ХГЛ під тотальною внутрішньовенною анестезією і УЗ-контролем (Система Honda-2000) пункційною голкою діаметром 18 G.

Культикування ембріонів та ІКСІ (інкубатор ВВК, ламінарний бокс, мікроманіпулятор Narishige, інвертований мікроскоп Karl Zeiss та ембріологічне середовище) проведено за стандартною технологією. Перенесення ембріонів (не більше трьох на стадії 8 бластомерів і не більше двох бластоцист) у порожнину матки здійснювалось катетером для перенесення ембріонів «Labotect» або «Cook» під УЗ-контролем. Підтримання другої фази менструального циклу проведено прогестероном у формі вагінального гелю в дозі 90 мкг на добу. Результативність циклу фіксували лише за візуалізації серцебиття плода у терміні 5–6 тиж гестації.

Для кожної пацієнтки було розроблено індивідуалізовану карту спостереження і обстеження, що вводилась і зберігалась в єдиній комп'ютерній програмі.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основною причиною видалення маткових труб напередодні ДРТ є наявність хронічних запальних процесів репродуктивної системи, які спричиняють у 40,0% випадків розвиток склерополікістозних яєчників і в 36,0% – репродуктивні втрати за наявності попередніх вагітностей.

Перебіг вагітності і пологів після ДРТ у пацієнток зі збереженими матковими трубами на тлі хронічної генітальної інфекції супроводжувався високою частотою плацентарної дисфункції (78,0%), загостренням уrogenітальної інфекції (38,0%), порушеннями мікробіоценозу статевих шляхів (30,0%), передчасними пологами (16,0%), передчасним розривом плодових оболонок (38,0%), аномаліями пологової діяльності (16,0%) та дистресом плода (22,0%).

Перинатальні наслідки розродження жінок після ДРТ при збережених маткових трубах на тлі хронічної генітальної інфекції супроводжувався значним рівнем

затримки розвитку плода (16,0%), інтранатальної асфіксії (39,9%), постгіпоксичної енцефалопатії (27,2%) та реалізації інтраамніального інфікування (9,0%).

Функціональний стан фетоплацентарного комплексу у жінок після ДРТ при збережених маткових трубах на тлі хронічної генітальної інфекції характеризувався вираженими порушеннями з боку стану плода, плаценти і об'єму навколоплодових вод на фоні гемодинамічних та ендокринологічних порушень суб- (68,0%) і декомпенсованого (22,0%) характеру.

У жінок після ДРТ із збереженими матковими трубами на тлі хронічної генітальної інфекції вагітність мала перебіг на фоні імунного дисбалансу (зниження рівня СД3+ і СД4+ при одночасному підвищенні вмісту СД8+ і СД20+), що дизрегуляторно впливає на клітини трофобласту і стан локального імунного балансу у формуванні та функціонуванні фетоплацентарного комплексу.

Видалення маткових труб напередодні ДРТ у пацієнток з хронічною генітальною інфекцією дозволило знизити частоту розвитку плацентарної дисфункції на 30,0%; загострень уrogenітальної інфекції – на 16,0%; передчасних пологів – на 10,0%; передчасного розриву плодових оболонок – на 26,0%; аномалій пологової діяльності – на 8,0%; дистресу плода – на 12,0%; затримки розвитку плода – на 9,0%; інтранатальної асфіксії – на 21,9%; реалізації внутрішньоутробного інфікування – на 5,4%, а також попередити перинатальні втрати.

ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, розродження жінок, вагітність у яких наступила після ДРТ, супроводжується високою частотою перинатальної патології внаслідок значного рівня порушень у системі мати–плацента–плід, причому поєднаного генезу. Видалення маткових труб, як джерела хронічної інфекції, перед виконанням ДРТ дозволяє суттєво покращити акушерські і перинатальні результати розродження. Це дає нам право рекомендувати такий підхід для вибіркового використання у практичній охороні здоров'я.

Особенности течения беременности у женщин с оперированными яичниками и маточными трубами Ю.Н. Шостак

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что родоразрешение женщин, беременность у которых наступила после вспомогательных репродуктивных технологий, сопровождается высокой частотой перинатальной патологии вследствие значительного уровня нарушений в системе мать–плацента–плод, причем сочетанного генеза. Удаление маточных труб, как источника хронической инфекции, перед выполнением вспомогательных репродуктивных технологий позволяет существенно улучшить акушерские и перинатальные результаты родоразрешения. Это дает нам право рекомендовать такой подход для выборочного использования в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: вспомогательные репродуктивные технологии, маточные трубы, беременность, роды.

Features of the course of pregnancy at women with operated ovaries and uterine tubes Yu.N. Shostak

Results of the spent researches testify, that delivery women, pregnancy at which has come after auxiliary reproductive technologies, mother-placenta-born, and complex genesis is accompanied by high frequency perinatal pathologies owing to considerable level of infringements in system. Removal uterine tubes as a source of a chronic infection, before performance of auxiliary reproductive technologies allows to improve essentially obstetrical and perinatal results of delivery. It grants to us is right recommend such approach for selective use in practical public health services.

Key words: auxiliary reproductive technologies, uterine tubes, pregnancy, parturition.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Анохин Л.В. Индивидуальное прогнозирование риска первичного и вторичного женского бесплодия / Л.В. Анохин, О.Е. Коновалов // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 3/7. – С. 40–43.
2. Аншина М.Б. Принципы гормональной диагностики в лечении бесплодия: показания, интерпретация результатов, ошибки: клиническая лекция / М.Б. Аншина // Проблемы репродукции. – 2014. – № 2. – С. 6–14.
3. Ахмедеева Э.Н. Иммунологические и гормональные критерии оценки состояния плода и прогнозирования здоровья новорожденных: Методические рекомендации / Э.Н. Ахмедеева, М.В. Мухамедиева, З.А. Саметова. – Уфа, 2007. – 14 с.
4. Баскаков П.М. Програмоване ведення вагітності та пологів у жінок з неплідністю в анамнезі / П.М. Баскаков, Д.А. Беглице // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – № 2. – С. 87–90.
5. Башмакова М.А. Инфекция и бактериальная колонизация урогениталий у беременных, влияние на течение беременности, плод и новорожденного ребенка / М.А. Башмакова, Н.Г. Кошелева, Е.П. Калашникова // Акушерство и гинекология. – 2016. – № 1. – С. 15–18.
6. Беглице Д.А. Пути снижения гестационных осложнений у женщин с эндокринным бесплодием в анамнезе / Д.А. Беглице // Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики: зб. наук. праць. – К.: Луганськ, 2008. – Вип. 11. – С. 15–20.
7. Белобородов С.М. Тактика поддержки лютеиновой фазы в программах ВРТ – современные тенденции / С.М. Белобородов // Пробл. репродукции. – 2008. – № 4. – С. 43–46.
8. Бесплодный брак: Руководство для врачей / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: Гэотар-медиа, 2015. – 611 с.

УДК 618.1-08:576.8.06

Корекція порушень мікробіоценозу статевих шляхів у жінок, які перенесли перший медичний аборт

С.М. Бакшеєв

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

На підставі отриманих клініко-лабораторних даних розроблено і впроваджено методику корекції порушень мікробіоценозу статевих шляхів у жінок, які планують вагітність. Отримані результати свідчать, що запропонована методика поряд з пригніченням умовно-патогенних бактерій впливає на локальні захисні механізми піхви. Крім того, вона сприяє відновленню механізмів колонізаційної резистентності. Широке використання в практичній охороні здоров'я на етапі планування вагітності представляється доцільним.

Ключові слова: вагітність, мікробіоценоз статевих шляхів, корекція.

На сьогодні в Україні проблема відтворення населення є однією із найгостріших, що пов'язують зі стабільно високим рівнем материнської, перинатальної, дитячої захворюваності і смертності порівняно із країнами Європейського Союзу. При цьому встановлено, що інфекції є найбільше поширеним та істотним фактором ризику [5, 6]. Інфекційна захворюваність вагітних, породілей, плода і немовляти перебуває у прямій залежності від стану здоров'я жінок до вагітності, зокрема, мікробній екології її піхви і кишечника [1, 2].

Серед різних дисбіозів піхви бактеріальний вагіноз є одним із частих проявів піхвової інфекції і виявляється в кожній четвертій жінки репродуктивного віку, у тому числі і під час вагітності [7]. Порушення мікробіоценозу статевих шляхів у вагітних зумовлюють підвищений ризик мимовільного переривання вагітності, інфікування навколоплодових вод, затримки внутрішньоутробного розвитку та інфікування плода, передчасного розриву плодових оболонок, гнійно-септичних ускладнень у матері у післяпологовий період [5–7]. Оскільки склад аутофлори піхви залежить від стану клітинних і гуморальних факторів неспецифічного захисту, його індивідуальне вивчення у період планування вагітності має не тільки науковий, але і практичний інтерес.

В останні роки зібрано достатньо матеріалів, які переконливо свідчать про істотну роль факторів неспецифічної резистентності у захисті організму від інфекції [3, 4]. Проте у літературі не висвітлено питання щодо характеру динамічних порушень у фагоцитарній активності лейкоцитів, лізоциму, β-лізину, інтерферону при дисбіозах піхви на тлі різних лікувально-профілактичних заходів.

Внаслідок того, що механізми, які зумовлюють зміну вагінальної екосистеми і розвитку дисбіозів піхви, поки недостатньо вивчено, на сьогодні немає єдиного

підходу до їхнього лікування. Хоча кінцевою метою комплексної терапії є відновлення нормальної мікроекології піхви, як і раніше, основними етіотропними препаратами вибору залишаються антибіотики [5]. Їхнє застосування нерідко супроводжується селекцією високорезистентних штамів умовно-патогенних бактерій, у 10–40% випадків ускладнюється розвитком кандидозного вульвовагініту і не виключає рецидивів захворювання, частота яких перебуває у межах 50–70% [1, 2].

Пошук найбільш раціональних схем лікування, що сприяють відновленню мікробної екології за рахунок стимуляції ендогенної лактофлори і підвищенню колонізаційної резистентності піхви, залишається нагальною проблемою акушерсько-гінекологічної науки і практики.

Усе наведене вище є достатнім обґрунтуванням актуальності обраного наукового завдання.

Мета дослідження: зниження частоти дисбіозів піхви і ускладнень I триместра вагітності у жінок з порушеннями мікробіоценозу статевих шляхів на підставі вивчення клініко-мікробіологічних і імунологічних особливостей, а також удосконалення лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено комплексне клініко-лабораторне і мікробіологічне обстеження 150 жінок, яких було розподілено на три групи: група 1 (контрольна) – 50 гінекологічно і соматично здорових жінок репродуктивного віку (підгрупа 1.1 – 25 пацієнток з фізіологічним перебігом I триместра вагітності); група 2 – 50 пацієнток з різними порушеннями мікробіоценозу статевих шляхів, які одержували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи (підгрупа 2.1 – 25 пацієнток у I триместрі вагітності); група 3 – 50 пацієнток з аналогічними порушеннями мікробіоценозу статевих шляхів, які отримували лікування за розробленою нами методикою (підгрупа 3.1 – 25 пацієнток у I триместрі вагітності).

Загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи у пацієнток з різними порушеннями мікробіоценозу статевих шляхів включали вирішення трьох основних завдань:

- 1) ліквідувати асоційовані мікроорганізми;
- 2) відновити лактофлору;
- 3) не допустити суперінфекції (поширення інших збудників з групи умовно-патогенних мікроорганізмів – грибів, ентеробактерій тощо).

Відповідно до цих завдань традиційна схема передбачала два етапи:

- перший – антибактеріальний (клиндамицин і препарати нитроїмідазола);
- другий – корекція мікробної екології піхвового біотопу (бетадин, пімафуцин, поліжинакс).

Відмінними рисами запропонованої нами методики є додаткове використання для системного застосування препарату мікосист у загальноприйнятому терапевтичному дозуванні і для місцевого використання (замість наведених вище препаратів) – лінімент 5% циклоферону у вигляді піхвових ванночок по 5 мл з експозицією 10 хв та інтервалом 24 год протягом 10 днів. Питання гормональної контрацепції в обстежених жінок вирішувалося індивідуально: у пацієнток до 30 років перевагу віддавали препарату три-мерсі, а після 30 років – препарату ярина.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що порушення мікробіоценозу статевих шляхів відбуваються у пацієнток на тлі високої частоти хронічного сальпінгоофорита (70,0%), патологічних змін шийки матки (66,0%), репродуктивних втрат в анамнезі (36,0%) і хронічної екстрагенітальної патології – гастрит (38,0%), тонзиліт (32,0%), бронхіт (28,0%) і гайморит (22,0%).

Основними скаргами в жінок з порушеннями мікробіоценозу статевих шляхів були специфічний запах виділень (52,0%), закрепи (56,0%), свербіж статевих органів (50,0%), печіння статевих органів (42,0%), метеоризм (34,0%) і біль у животі (42,0%). Клінічний перебіг I триместра вагітності характеризувався високою частотою порушень мікробіоценозу статевих шляхів (72,0%), загрозою переривання вагітності (32,0%); раннього токсикозу (28,0%); гестаційною анемією (24,0%) і мимовільного переривання вагітності (10,0%).

Під час оцінювання структури різних дисбіозів піхви встановлена перевага бактеріального вагінозу (58,0%); кандидозу (34,0%) і хламідіозу (26,0%) порівняно з вірусною інфекцією (6,0%); трихомоніазом (4,0%), уреа- та мікоплазмозом (4,0%).

Мікробіологічний статус пацієнток з порушеннями мікробіоценозу піхви характеризується зниженням відносної і абсолютної кількості *Lactobacillus* spp. і *Bifidobacterium* spp. при одночасному збільшенні *E.coli*; *Enterococcus* spp. і *S.aureus*, а також появою *Bacteroides* spp. і *Peptostreptococcus* spp. У I триместрі вагітності встановлена додаткова поява високого рівня *E.coli* (lac+); *E.coli* (haem+) і *Peptococcus* spp.

Порушення мікробіоценозу статевих шляхів на прегравідарному етапі і в I триместрі відбуваються на тлі вираженої дисфункції клітинних і гуморальних факторів місцевого захисту – збільшення змісту IgM, інтерферону і β-лізину та зниження рівня IgA, показників фагоцитозу і лізоциму.

Запропонована лікувально-профілактична методика дозволяє після першого циклу лікування знизити середню частоту клінічних скарг на 10–12,0%, а через три цикли – на 18,0–20,0%. У I триместрі вагітності відбувається зниження частоти бактеріального вагінозу (з 72,0% до 44,0%), загрози переривання (з 32,0% до 16,0%); погіршення соматичної захворюваності (з 12,0% до 6,0%) і мимовільного переривання вагітності (з 10,0% до 4,0%) на тлі виражених змін мікробіологічного статусу і корекції клітинних і гуморальних факторів місцевого захисту.

ВИСНОВКИ

Отже, запропонована методика поряд із пригніченням умовно-патогенних бактерій впливає на локальні захисні механізми піхви. Крім того, вона сприяє відновленню механізмів колонізаційної резистентності. Широке використання у практичній охороні здоров'я на етапі планування вагітності представляється доцільним.

Коррекция нарушений микробиоценоза половых путей у женщин, перенесших первый медицинский аборт

С.Н. Бакшеев

На основании полученных клинико-лабораторных данных разработана и внедрена методика коррекции нарушений микробиоценоза половых путей у женщин, планирующих беременность. Полученные результаты свидетельствуют, что предлагаемая методика наряду с угнетением условно-патогенных бактерий воздействует на локальные защитные механизмы влагалища. Кроме того, она способствует восстановлению механизмов колонизационной резистентности. Широкое использование в практическом здравоохранении на этапе планирования беременности представляется целесообразным.

Ключевые слова: беременность, микробиоценоз половых путей, коррекция.

Correction of disturbances of a microbiocenosis of sexual ways at the women who have transferred the first medical abortion

S.M. Baksheev

On the basis of the received clinical-laboratory data it is developed the technique of correction of infringements microbiocenose sexual ways at women, planning pregnancy also is introduced. The received results testify, that the offered technique alongside with oppression of conditional – pathogenic bacteria influences local protective mechanisms of a vagina. Besides it promotes restoration of mechanisms to resistency, and wide use in practical public health services at a stage of planning of pregnancy is represented expedient.

Key words: pregnancy, microbiocenose sexual ways, correction.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Володин Н.Н. Бактериальные вагинозы / Н.Н. Володин, В.М. Коршунов // В мире лекарств. – 2010. – № 2. – С. 38–43.
2. Воронова С.И. Бактериальный вагиноз у беременных / С.И. Воронова // Вестник Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. – 2010. – № 1. – С. 50–54.
3. Данилова О.П. Микрофлора женских гениталий в норме и при патологии: Учебное пособие / О.П. Данилова, Н.А. Никифорова. – СПб., 2016. – 80 с.
4. Долгушина В.Ф. Состояние факторов местной иммунной защиты репродуктивного тракта при бактериальном вагинозе / В.Ф. Долгушина, Л.А. Смольникова, И.И. Долгушин // ЖЭМИ. – 2011. – № 4. – С. 89–93.
5. Жабченко И.А. Состояние биоценоза влагалища у практически здоровых беременных / И.А. Жабченко // Журнал акушерства и женских болезней. – 2016, Спец. выпуск. – С. 81.
6. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз / Е.Ф. Кира. – СПб.: Нева-Люкс, 2011. – 363 с.
7. Кира Е.Ф. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с дисбиотическими нарушениями влагалища / Е.Ф. Кира, И.В. Берлеев, О.Л. Молчанов // Журнал акушерства и женских болезней. – 2009. – № 2. – С. 8–11.

УДК 618.1.7-036.82-08-06:618.14-002-02:615.256.3

Оптимізація лікування порушень репродуктивної функції у жінок з йододефіцитними захворюваннями

Д.Ю. Берая

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

Результати проведених досліджень свідчать, що йододефіцитні захворювання у жінок репродуктивного віку є однією з причин високого рівня гінекологічної захворюваності і порушень репродуктивної функції. Використання вдосконаленого нами алгоритму дозволяє не лише знизити гінекологічну захворюваність, але й підвищити ефективність лікування жіночої безплідності.

Ключові слова: репродуктивна функція, йододефіцитні захворювання, корекція.

Йододефіцитні захворювання (ЙДЗ) – це патологічні стани, які розвиваються в умовах йододефіциту і можуть бути попереджені при нормалізації вживання йоду (ВООЗ, 2010). Так, за даними статистики четверта частина населення планети живе в умовах дефіциту йоду, а сотні мільйонів людей страждають від виражених клінічних наслідків йодного дефіциту – збільшення щитоподібної залози (ЩЗ) і розумової відсталості. Крім того, дефіцит йоду в організмі спричинює недостатню продукцію гормонів і більш-менш вираженого зниження функціональної активності ЩЗ [1–6].

У жінок дітородного віку, які мешкають в йододефіцитних регіонах, на перший план виступає порушення функції репродуктивної системи, що є причиною частой безплідності, невиношування, порушень менструального циклу тощо [1, 2]. Щороку в матерів з йодним дефіцитом реєструють понад 30 тис. мертвонароджених (ВООЗ, ЮНІСЕФ, 2010).

Не дивлячись на велику кількість робіт з проблеми взаємообумовленості дії тиреоїдної і гонадної систем, до сьогодні практично немає досліджень, присвячених вивченню впливу ЙДЗ на репродуктивну систему, структуру гінекологічної патології, механізми розвитку порушень репродуктивного здоров'я і стан гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи.

Усе наведене вище свідчить про актуальність обраного наукового напрямку.

Мета дослідження: зниження частоти гінекологічної захворюваності і порушень репродуктивної функції у жінок з ЦДЗ ЩЗ на підставі вивчення основних ехографічних, ендокринологічних та імунологічних змін, а також удосконалення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети й завдань було розроблено програму досліджень, яка передбачає проведення клінічного аналізу, комплексу гормональ-

них та імунологічних методів досліджень, сонографічні дослідження і математичне оброблення отриманих даних.

Дослідження були проведені в два етапи: спочатку вивчали основну генітальну патологію у жінок з ЙДЗ, а потім – причини і структуру жіночої безплідності.

На I етапі було обстежено 200 жінок репродуктивного віку, з яких у групу 1 увійшли 90 пацієнток з поєднаною генітальною патологією та ЙДЗ, причому було виділено три підгрупи:

- 1.1 – 30 жінок з лейоміомою матки на тлі ЙДЗ;
- 1.2 – 30 пацієнток із запальними захворюваннями придатків та ЙДЗ;
- 1.3 – 30 жінок з генітальним ендометріозом на тлі ЙДЗ.

У групу 2 увійшли 90 жінок з аналогічною генітальною патологією, але без захворювань ШЗ з виділенням аналогічних трьох підгруп:

- 2.1 – 30 жінок з лейоміомою матки;
- 2.2 – 30 пацієнток із запальними захворюваннями придатків;
- 2.3 – 30 жінок з генітальним ендометріозом.

На II етапі було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 100 пацієнток з безплідністю, яких було розподілено на дві групи:

- група 3 – 50 пацієнток з безплідністю на тлі ЙДЗ;
- група 4 – 50 пацієнток з безплідністю без ЙДЗ.

У контрольну групу увійшли 20 жінок репродуктивного віку без генітальної патології.

Моніторинг йодного забезпечення жінок здійснювали відповідно до рекомендацій моніторингу регіональних програм йодної профілактики в Україні [4, 5]. Рівень йодної забезпеченості встановлювали за допомогою визначення йоду в сечі за методом Sandell–Kolthoff [7]. Крім цього, визначали вміст йоду в об'єктах довкілля методом вольтамперометрії з використанням внутрішнього стандарту [7].

У дослідженні було використано наступні методи дослідження:

- загальноклінічні;
- гормональні – фолікулостимулювальний гормон (ФСГ), лютеїнізуювальний гормон (ЛГ), естрадіол (Е), прогестерон (ПГ), пролактин (Прл), тиротропний гормон (ТТГ), трийодтиронін (Т3), тироксин (Т4), антитіла до тироглобуліну (АТ-ТГ) і тиропероксидази (АТ-ТПО);
- ультрасонографічні – ультразвукове дослідження ШЗ; трансвагінальне і трансабдоминальне дослідження матки та придатків; ультразвукове дослідження грудних залоз;
- статистичні.

На кожну пацієнтку було складено індивідуальну карту, в якій було зашифровано перелік ознак. Досліджувані параметри відображали паспортні дані, відомості про освіту, наявність професійних шкідливостей, перенесені у дитинстві інфекції, скарги на момент огляду. Під час збору анамнезу звертали увагу на час появи першої менструації, характер менструальної функції, регулярність і тривалість циклу. Крім того, враховували вік початку статевого життя, кількість шлюбів, перенесені гінекологічні захворювання (їхня тривалість, перебіг і результат); дітородна функція (відомості про кожну з попередніх вагітностей, паритет, інтергенетичний інтервал, перебіг, результат для матері і плода).

Екстрагенітальні захворювання виявлялися в результаті комплексу клінічних, лабораторних і функціональних досліджень за спеціально розробленою програмою.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

ЦДЗ ШЗ негативно впливають на клінічний перебіг основних варіантів гінекологічної захворюваності:

- частота клінічних симптомів лейоміоми матки (больовий синдром, анемія і порушення менструальної функції) зростає на 20,0%;
- хронічного сальпінгоофориту (частота загострень за рік і порушення вагінального біотопу) – збільшується на 16,7%;
- генітального ендометріозу (больовий синдром і порушення менструальної функції) – зростає відповідно на 13,3%.

При гінекологічних захворюваннях на тлі ЦДЗ ШЗ у пацієнток з лейоміомою матки переважає гіпотиреоз (40,0% в порівнянні з 33,3% – еутиреоз і 26,7% – гіпертиреоз); при сальпінгоофориті еутиреоз (63,3% проти 20,0% – гіпотиреоз і 16,7% – гіпертиреоз); при генітальному ендометріозі – еутиреоз (46,7% порівняно з 33,3% – гіпотиреоз і 20,0% – гіпертиреоз).

Поєднання гінекологічної захворюваності та ЦДЗ ШЗ зумовлює достовірні дисгормональні порушення:

- при лейоміомі матки збільшення вмісту естрадіолу, ФСГ і пролактину при одночасному зниженні рівня прогестерону і ЛГ;
- при хронічному сальпінгоофориті збільшення вмісту ЛГ на тлі зниження рівня пролактину, естрадіолу і прогестерону;
- при ендометріозі збільшення вмісту прогестерону і ФСГ при одночасному зниженні рівня ЛГ і прогестерону.

Наявність ЦДЗ ШЗ негативно впливала на клінічний перебіг безплідності:

- частота порушень менструальної функції вище 22,0%;
- тривалість лікування безплідності збільшилася на $1,1 \pm 0,1$ року;
- частіше використовували гормональну корекцію (на 10,0%) та оперативне лікування (на 8,0%).

Первинна безплідність дещо переважала над вторинною (52,0 і 48,0% відповідно).

Серед основних причин безплідності у жінок з ЦДЗ ШЗ необхідно виділити трубно-перитонеальний чинник (36,0%), зовнішній генітальний ендометріоз (28,0%), ендокринний чинник (20,0%), у 16,0% випадків мали місце невстановлені причини безплідності, новоутворення матки і придатків, а також імунологічна несумісність. У 48,0% пацієнток спостерігали 2–4 чинники безплідності, у 44,0% – один чинник, у 8,0% – відсутність чинників безплідності.

Для підвищення ефективності лікування генітальної патології у пацієнток з ЙДЗ ШЗ були використані наступні моменти:

- тиреоїдологічний скринінг на першому етапі повинен включати поряд зі скаргами й анамнезом пальпацію області ший, на другому – ультразвукове дослідження ШЗ з оцінюванням обсягу, ехогенності та ехоструктури;

- гормональне дослідження, що включає визначення не тільки тироїдних і статевих гормонів, але й ПрЛГ;
- пацієнткам з лейоміомою матки, ендометріозом на тлі гіпотиреозу доцільним є призначення низькодозованих естроген-гестагенних препаратів і тироїдних гормонів, що дає позитивний ефект у досягненні еутироїдного стану.

При гіпертироїдній формі ЙДЗ необхідним є поєднання тиреостатичних препаратів із протизапальною та імунomodulatory терапією.

У пацієнток з безплідністю на тлі ЦДЗ ЩЗ використовували клініко-лабораторне і функціональне дослідження:

- кольпоскопія, скринінг на інфекції, що передаються статевим шляхом;
- гістеросальпінгографія;
- УЗД органів малого таза;
- ендоскопічні методи (лапаро- і гістероскопія),
- ендокринологічне обстеження (оцінювання стану нейроендокринної системи за тестами функціональної діагностики і базального рівня гонадотропних і стероїдних гормонів), краніографія, комп'ютерна томографія та ядерно-магнітний резонанс (при підозрі на мікро- і макроаденоми гіпофізу).

Використання удосконалених алгоритмів ведення пацієнток з генітальною патологією і безплідністю на тлі ЦДЗ ЩЗ дозволяє підвищити ефективність лікування лейоміоми матки на 20,0%; хронічного салпінгофориту – на 18,0% і генітального ендометріозу – на 16,0%.

Частота настання вагітності становить 32,0%, причому в 14,0% випадків були використані допоміжні репродуктивні технології (ДРТ).

У разі неефективності загальноприйнятих консервативних і оперативних методів лікування необхідно переходити до ДРТ.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що йододефіцитні захворювання у жінок репродуктивного віку є однією з причин високого рівня гінекологічної захворюваності і порушень репродуктивної функції. Використання вдосконаленого нами алгоритму дозволяє не лише знизити гінекологічну захворюваність, але й підвищити ефективність лікування жіночої безплідності.

Оптимизация лечения нарушений репродуктивной функции у женщин с йододефицитными заболеваниями Д.Ю. Берая

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что йододефицитные заболевания у женщин репродуктивного возраста являются причиной высокого уровня гинекологической заболеваемости и нарушений репродуктивной функции. Использование усовершенствованного алгоритма позволяет не только снизить гинекологическую заболеваемость, но и повысить эффективность лечения женского бесплодия.

Ключевые слова: репродуктивная функция, йододефицитные заболевания, коррекция.

Optimisation of treatment of infringements of reproductive function at women with iododeficiency diseases

D.Yu. Beraya

Results of the spent researches testify that iododeficiency diseases at women of reproductive age are at the bottom of high level of gynecologic disease and infringements of reproductive function. Use of advanced algorithm allows not only to lower gynecologic disease, but also to raise efficiency of treatment of female barrenness.

Key words: reproductive function, iododeficiency diseases, correction.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Забаровская З.В. Йододефицитные заболевания: новые взгляды на старую проблему / З.В. Забаровская, А.П. Катушкина, И.А. Костеева, Н.И. Губкевич // Здоровоохранение. – 2012. – № 2. – С. 30–35.
2. Зефирова Г.С. Заболевания щитовидной железы / Г.С. Зефирова. – М.: Арт-Бизнес-Центр, 2010. – 216 с.
3. Скрининг зоба у лиц молодого возраста: роль ультразвукового исследования / Зыкова Т.А., Фефилов А.Л., Цыганова О.А. [и др.] // Проблемы эндокринологии. – 2006. – Т. 42. № 2. – С. 17–20.
4. Иена С.С.К. Репродуктивная эндокринология / С.С.К. Иена, Р.Б. Джаффе. – М.: Медицина. 2012. – 432 с.
5. Інформація про стан репродуктивного здоров'я жінок в Україні від 11.05.2011 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>
6. Квашенко В.П. Репродуктивное здоровье и планирование семьи: социально-медицинские аспекты. Основы репродуктивной медицины : Практическое руководство / В.П. Квашенко; под ред. проф. В.К. Чайки. – Донецк: ООО «Альматео», 2011. – С. 542–544.
7. Князев Ю.А. Возрастные гормонально-метаболические нормативы : науч.-метод. пособие / Ю.А. Князев // Рос. гос. мед. ун-т. – М.: Филін, 2012. – 174 с.

УДК 618.14-072-06:618.173

Сучасні ендоскопічні технології у діагностиці та лікуванні 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 про високий ступінь інформативності гістероскопічного оцінювання при поєднаній патології матки у жінок у період постменопаузи. Встановлені особливості необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у даних пацієнток.

Ключові слова: поєднана патологія матки, період постменопаузи, гістероскопія.

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

Складність ведення цього контингенту хворих зумовлена тим, що у період постменопаузи вже є 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 міру занедбаності захворювання [1, 6].

Незважаючи на тривалу історію досліджень періоду постменопаузи, до сьогодні не можна вважати до кінця з'ясованими причини і механізм розвитку поєднаної патології матки саме в цей період, а також гістероскопічне оцінювання цієї патології.

У зв'язку з наведеним вище актуальним і перспективним є обґрунтування і розроблення клінічної системи діагностики і тактики ведення жінок з поєднаною патологією матки у період постменопаузи.

Мета дослідження: вивчення можливості використання сучасних ендоскопічних технологій для діагностики поєднаної патології матки у період постменопаузи.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети у ретроспективному аналізі були вивчені історії хвороби 128 жінок і проспективно обстежені 171 пацієнтка з кровотечами у період постменопаузи. Серед ретроспективно вивчених пацієнток виділена група порівняння, що складається з 61 жінки з поєднаною патологією матки (ППМ) у період постменопаузи (для порівняння методів лікування цього контингенту).

З нашого дослідження були виключені пацієнтки, у яких при патоморфологічному дослідженні були виявлені злоякісні або передракові зміни ендометрія. У той самий час, не можна не зазначити, що такі поєднання патологій, як метаболічний синдром (МС), лейоміома матки (ЛМ) та атрофія ендометрія (на тлі метроррагії), МС, ЛМ та гіперплазія ендометрія (ГЕ); рецидивуюча гіперплазія ендометрія (РГЕ) є доброякісними з точки зору патоморфолога, проте враховуючи вік пацієнток і комплексність ураження, можуть розглядатися як передракові з позицій клініциста.

Матеріалом дослідження стали дані проспективного обстеження 171 хворої у період постменопаузи. Усі пацієнтки пройшли повне клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження. У ході поглибленого обстеження було сформовано дві клінічні групи.

До основної групи увійшли 89 жінок з наявністю МС; до контрольної групи – 82 жінки без МС. У середині основної групи виділені дві підгрупи жінок: перша – з ізольованою формою патології ендометрія (30), друга – зі СПМ (59); у контрольній групі відповідно спостерігалися: перша підгрупа – 48 пацієнток з ізольованою патологією ендометрія і друга підгрупа – 34 жінки з поєднаною формою проліферативних процесів матки.

Діагностика МС ґрунтувалася на критеріях, затверджених ВООЗ.

У поняття СПМ ми об'єднали патологію ендометрія і міометрія: патологія ендометрія у поєднанні з ЛМ, патологія ендометрія і аденоміоз (АМ), АМ і ЛМ, а також усі три патології одночасно. У поняття патологія ендометрія ми включили гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ), поліпи ендометрія (ПЕ), залозиста гіперплазія ендометрія (ЗГЕ) і АЕ (за умови наявності метроррагії).

У дослідженні використовували: ретельний збір анамнезу життя і захворювання, об'єктивне обстеження, додаткові методи обстеження (гістероскопію за загальноприйнятими методиками).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При обстеженні пацієнток обох груп були виявлені наступні види ППМ:

- ЛМ і АЕ – у 18 (20,22±2,25%) пацієнток групи з МС і в 14 (17,07±1,15%) жінок групи без МС;
- ЛМ і ПЕ – у 30 (33,71±3,01%) обстежуваних основної групи і у 18 (21,95±2,57%) контрольної ($p<0,01$);
- ЛМ у поєднанні з ЗГЕ – у 7 (7,87±1,85%) жінок основної групи, в контрольній групі не виявлена ($p<0,001$);
- ЛМ у поєднанні з АМ і ПЕ у 4 (4,49±1,19%) пацієнток, що мають МС, і у 2 (2,44±0,74%) – без ознак МС.

Ізольована патологія ендометрія в основній і контрольній групах представлена таким чином:

- АЕ в групі з МС – у 10 (11,24±1,34%) жінок і в 23 (28,05±2,96%; $p<0,001$) без МС;
- ПЕ – у 16 (17,98±1,01%) пацієнток основної групи і в 25 (30,49±3,08%; $p<0,001$) груп контролю;
- ЗГЕ – у 4 (4,49±1,19%; $p<0,001$) пацієнток основної групи, у групі контролю залозиста гіперплазія ендометрія не діагностована.

Отже, в основній групі достовірно частіше діагностовані 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 по наявності ізольованої або поєднаної форм патології ендометрія, було констатовано, що в основній групі з наявністю ізольованої патології ендометрія середній вік становив 60,51±1,51 року, із ППМ – 57,86±0,99 року, в контрольній групі з ІПЕ – 60,54±1,34 року і із ППМ – 58,02±1,53 року ($p>0,05$). Отже, вік хворих був трохи меншим у підгрупах із ППМ ($p>0,05$) обох груп.

Аналіз віку настання менопаузи показав наступні особливості: у пацієнток з МС з ізольованою формою патології ендометрія менопауза настала в 50,64±0,66 року, при поєднаній формі патології ендометрія – в 50,75±0,32 року; у групі жінок без МС – 50,47±0,36 і 51,11±0,56 року відповідно.

Кожну з проспективно обстежених груп, у свою чергу, було розділено на підгрупи за тривалістю постменопаузи: до 5 років, 6–10 років, понад 11 років.

Жінок з проявами МС та ізольованою патологією ендометрія за тривалістю постменопаузи було розподілено таким чином: тривалість постменопаузи до 5 років – у 10 (33,33±3,06%), 6–10 років – у 10 (33,33±3,06%), понад 11 років – у 10 (33,34±3,06%) пацієнток. Серед пацієнток без проявів МС з ізольованою формою патології ендометрія було 17 (35,42±3,90%), 17 (35,42±3,90%), 14 (29,17±2,56%) жінок відповідно.

Клінічна симптоматика у пацієнток відрізнялася значною різноманітністю симптомів, що зумовлено різними чинниками: тривалістю захворювання, поєднанням декількох патологічних процесів статевих органів, особливостями попередньо проведеного лікування, соматичною патологією. В основному клінічна картина гіперпластичних процесів матки в обстежуваних жінок характеризувалася матковими кровотечами (різного ступеня вираженості і тривалості) і болювним синдромом.

При проведенні гістероскопії вдалося виявити підслизову локалізацію вузла у групі жінок з МС в 4 (6,78±0,27%) випадках і в групі пацієнток без МС – у 3 (8,82±0,86%). Збіг результатів з морфологічним діагнозом становив 87,50%.

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

Поліпи в постменопаузі часто зустрічалися на тлі атрофічного ендометрія, при цьому видно розростання від 0,5 до 2,0 см і більше. У дослідженні при гістероскопії

поліпи ендометрія виявлені в групі із СПМ і МС у 30 (50,85±4,50%) жінок, в групі без МС і СПМ – у 20 (58,82±5,44%); в основній групі з ІПЕ – у 18 (60,00±5,99%) жінок, в контрольній з ізольованою патологією ендометрія – у 22 (45,83±4,19%; $p<0,05$). Збіг гістероскопічного і гістологічного висновків становив в групі пацієнток з МС і поєднаною патологією матки 90,62%, з ізольованою патологією ендометрія – 94,44%; у групі без МС – 93,10% і 90,90% відповідно.

Атрофія ендометрія при ГСК зазвичай мала наступну картину: тонка, бліда слизова оболонка, через яку видно варикозно розширені вени, крововиливи різної величини від дрібноточкових до більших. Подібна картина виявлена в групі з МС і СПМ у 20 (33,90±3,16%) пацієнток, у групі без МС із СПМ – у 12 (35,29±3,19%); в основній групі з ІПЕ – у 8 (26,67±2,07%) жінок, в контрольній з ІПЕ – у 25 (52,08±4,21%; $p<0,001$). Збіг результатів з морфологічним дослідженням склав в основній групі із СПМ 91,66%, з ІПЕ – 88,88%; у групі контролю – 88,88 і 92,85% відповідно.

Ознаками, характерними для гіперпластичного процесу ендометрія (прості форми) були наступні: потовщення ендометрія більше 5 мм; ендометрій, що утворює складки різної висоти (феномен «пастки»), блідо-рожевого кольору з вираженим судинним малюнком. На поверхні слизової оболонки при кістозній формі гіперплазії візуалізувалася велика кількість проток залоз (прозорі точки) і кістозних порожнин діаметром 2–3 мм. При зміні швидкості подання рідини виявляли хвилюподібний рух ендометрія (феномен «водних рослин»).

Гістероскопічна картина гіперплазії ендометрія виявлена у жінок основної групи із СПМ в 9 (15,25±2,08%) випадках, в контрольній групі – в 2 (5,88±1,03%; $p<0,001$), в основній групі з ізольованою патологією ендометрія – в 4 (13,33±1,20%), в аналогічній контрольній групі – у 1 (2,08±0,05%; $p<0,001$). Збіг результатів гістероскопії з морфологічним діагнозом становив у групі жінок з проявами МС і СПМ 87,50%, у цих самих пацієнток з ізольованою патологією ендометрія – 80,00%, у групі без МС – 82,95% відповідно.

Отже, при гістероскопічному дослідженні у жінок основної групи (в обох підгрупах) частіше зустрічалася гіперплазія ендометрія, тоді як в контрольній групі жінок, що мали ІПЕ, частіше фіксували атрофію ендометрія.

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

У комплексне обстеження хворих входила також проста і розширена кольпоскопія шийки матки з подальшою прицільною біопсією. Патологія екзоцервікса підтверджувалася даними морфологічного дослідження біоптатів.

Кольпоскопічною ознакою, що найчастіше зустрічалася, був ендоцервіцит, який виявлений у 16 (27,12±3,78%) пацієнток основної групи із СПМ, у контрольній – у 5 (14,71±3,07%; $p<0,01$) жінок; доброякісна зона трансформації з відкритими і закритими залозами без острівців циліндричного епітелію виявлена у групі жінок з МС і СПМ в 13 (22,03±2,39%) випадках, у групі без проявів МС і СПМ – в 7 (20,59±2,93%) випадках.

Залозисто-м'язова гіпертрофія шийки матки зафіксована у 7 (11,86±2,24%) пацієнток основної групи із СПМ і у 3 (8,82±0,86%) – у контрольній групі. Частим було поєднання доброякісної зони трансформації із залозисто-м'язовою гіперт-

рофією. Дифузна атрофія епітелію шийки матки у поєднанні із запаленням слизової оболонки піхви і екзоцервікса діагностована у 6 ($10,57 \pm 1,93\%$) жінок з МС і у 4 ($11,76 \pm 2,04\%$) пацієнток без МС. Рубцева деформація шийки матки діагностована у 5 ($8,47 \pm 1,62\%$) жінок із СПМ в основній групі, в групі контролю – у 4 ($11,76 \pm 2,04\%$).

Поліп цервікального каналу виявлений у 5 ($8,47 \pm 1,62\%$) пацієнток із СПМ в основній групі; у групі контролю із СПМ – у 3 ($8,82 \pm 0,86\%$). У поліпах ендцервікса у 75,65% випадків відзначалася плоскоклітинна гіперплазія з резервних клітин циліндричного епітелію, що виникає, як правило, на тлі запальних процесів. Елонгація шийки матки виявлена у 3 ($5,08 \pm 0,85\%$) пацієнток із СПМ у групі з ознаками МС і у 2 ($5,88 \pm 1,03\%$) жінок із СПМ – у групі без МС.

Ендоцервіцит в основній групі з ізольованою патологією ендометрія виявлений у 8 ($26,67 \pm 3,07\%$) і в контрольній групі – у 3 ($6,25 \pm 0,49\%$; $p < 0,001$) пацієнток. Дифузна атрофія епітелію у поєднанні із запаленням слизової оболонки піхви і екзоцервікса діагностована у 4 ($13,33 \pm 1,20\%$) і у 4 ($8,33 \pm 0,98\%$) обстежених відповідно.

Доброякісна зона трансформації з відкритими і закритими залозами в групі з МС і ППЕ діагностована у 3 ($10,00 \pm 1,47\%$) жінок, в групі без МС і ППЕ – у 3 ($6,25 \pm 0,49\%$). Поліп цервікального каналу в основній групі з ППЕ виявлений у 2 ($6,67 \pm 0,55\%$) пацієнток і у 10 ($20,83 \pm 3,86\%$; $p < 0,001$) групи контролю.

Залозисто-м'язова гіпертрофія шийки матки в групі з ознаками МС та ізольованою патологією ендометрія виявлена у 2 ($6,67 \pm 0,55\%$) пацієнток, в групі без МС – у 3 ($6,25 \pm 0,49\%$); рубцева деформація в основній групі з ізольованою патологією ендометрія відмічена у 2 ($6,67 \pm 0,55\%$) і 3 ($6,25 \pm 0,49\%$) жінок групи контролю.

Наведені дані дозволяють зробити висновок про те, що в обстежених хворих поширені супутні патологічні стани шийки матки з переважанням фонових процесів. Ендоцервіцит і поліп цервікального каналу мають достовірно значущі відмінності в обох підгрупах основної і контрольної груп, що свідчить про безпечну роль запального компонента в патогенезі цієї патології. Достовірно частіше в обох підгрупах основної групи зустрічалися поєднання декількох фонових процесів шийки матки.

Слід зазначити, що найбільшу достовірність діагностики поєднаної патології матки у хворих у період постменопаузи (97,3%) вдалося досягти послідовним застосуванням цих методів, тоді як кожен з них окремо міг давати діагностичні помилки. Підтвердженням високої діагностичної цінності подібного алгоритму стала значна частка збігів клінічного і морфологічного діагнозу у прооперованих пацієнток. Крім того, в алгоритм обстеження хворих цієї групи, враховуючи безпечну синхронність розвитку проліферативних процесів статеві сфери жінки, необхідно включати адекватне ендоскопічне обстеження ендометрія та екзоцервікса.

ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать про високу міру інформативності гістероскопічного оцінювання поєднаної патології матки у жінок у період постменопаузи. Встановлені особливості необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у цих пацієнток.

Современные эндоскопические технологии в диагностике и лечении сочетанной патологии матки у женщин старшего возраста О.Ю. Минина

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой степени информативности гистероскопической оценки при сочетанной патологии матки у женщин постменопаузального периода. Установленные особенности необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у этих пациенток.

Ключевые слова: сочетанная патология матки, постменопаузальный период, гистероскопия.

Modern endoscopic technologies in diagnostics and treatment of the combined pathology of a uterus at women of advanced age O.Yu. Minina

Results of the spent researches testifies about high degree information hysteroscopic estimation complex pathologies of a uterus at women postmenopausal period. The established features are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions at these patients.

Key words: complex uterus pathology, postmenopausal period, hysteroscopia.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамьян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамьян, В.И. Кулаков. – М.: Медицина, 2008. – 320 с.
2. Аккер Л.В. Течение постовариэктомического 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.: МАПО, 2015. – 438 с.
5. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии / Я.В. Бохман. – СПб: Фолиант, 2009. – 542 с.
6. Значение современных методов диагностики опухолей яичников у женщин в период постменопаузы / В.Г. Бреусенко, Л.Н. Демина, Ю.А. Голова [и др.] // Рос. вестник 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 коррекцииметаболического синдрома у женщин в период постменопаузы / О.Р. Григорян // Справочник поликлинического врача: журнал – 2016. – № 1. – С. 61–63.

Роль урогенітальних мікоплазмозів у жінок репродуктивного віку у розвитку поєднаної патології запального генезу

В.В. Децик

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

Результати проведених досліджень свідчать, що лікування урогенітального мікоплазмозу як свіжих, так і рецидивуючих форм є досить складним процесом і вимагає індивідуалізованого підходу. Основним у виборі лікування крім ефективної антибактеріальної терапії є підбір ефективного імуномодулятора з урахуванням основних змін системного та місцевого характеру. Виконана нами наукова робота дозволяє підвищити ефективність лікування даної патології та знизити захворюваність жінок репродуктивного віку.

Ключові слова: урогенітальний мікоплазмоз, клініка, лікування.

У ситуації, що склалася на сьогодні, тенденції зміни структури захворювань, які передаються статевим шляхом, все більшого значення набувають раніше невідомі мікроорганізми, що вважаються безпечними, патогенні потенції яких не враховувалися раніше практичними лікарями [2, 4]. До таких маловивчених захворювань належить мікоплазмозна інфекція урогенітального тракту, питома вага якої серед усіх захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗППП), становить 15–40% (ВООЗ, 2010).

Урогенітальний мікоплазмоз (УГМ) належить до найпоширеніших захворювань сечостатевого тракту у жінок репродуктивного віку, що спричинюють до найрізноманітніших уражень, починаючи від безсимптомного носійства до розвитку уретритів, циститів, вульвовагінітів, бартолінітів, ендодерміцитів з наступними ускладненнями у вигляді мікоплазмених ендометритів, сальпінгітів і оофоритів [1, 3, 5].

Крім того, відзначена значну роль УГМ у розвитку порушень менструального циклу і вторинної безплідності. Особливу небезпеку представляють мікоплазмози у вагітних, що нерідко спричинює інфікування плодових оболонок плода [1]. Разом з тим, на сьогодні не існує загальноприйнятої концепції патогенезу УГМ, яка дозволяє об'єднати досить великий фактичний матеріал, що значною мірою пояснює недосконалість методів його лікування і профілактики рецидивів захворювання.

Клінічна ефективність лікування УГМ із застосуванням сучасних етіотропних препаратів з урахуванням чутливості збудника становить, за даними різних авторів, 65–80% [1–5], що є підставою для широкого застосування неспецифічних імуномодуляторів. Включення у комплекс лікувальних заходів імунопрепаратів

дещо підвищило ефективність терапії, однак не розв'язало проблеми повністю. Це пов'язано з відсутністю принципів диференційованого спрямованого призначення імуномодуляторів, добір яких проводиться в основному емпірично, а також обмеженістю уявлень про реакцію місцевих імунних механізмів слизових сечостатевої системи на ці дії.

Усе викладене вище з'явилося для нас підставою до проведення наукових досліджень у даному напрямку, що дозволить суттєво знизити захворюваність жінок репродуктивного віку.

Мета дослідження: зниження частоти патології репродуктивної системи у жінок з урогенітальним мікоплазмозом на підставі вивчення клініко-імунологічних і мікробіологічних особливостей, а також удосконалення лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети і завдань були обстежені 210 пацієнток. З метою з'ясування особливостей діагностики, патогенезу і лікування мікоплазмозової інфекції урогенітального тракту були обстежені 164 хворих жінок з даною патологією: 84 пацієнтки – з моноінфекцією різними видами мікоплазм і 80 хворих з асоціаціями різних видів мікоплазм. У контрольну групу увійшли 46 жінок. У всіх пацієнток при обстеженні не було виявлено гонококів, трихомонад, хламідій, вірусів простого герпесу 1-го і 2-го типу.

Хотілося б особливо відзначити, що проведені дослідження показників місцевого і системного імунітету, а також дані цитохімічного обстеження зіскрібків із сечівника каналу шийки матки не показали достовірних відмінностей залежно від інфекцій, спричинених різними видами мікоплазм. Тому основну увагу надалі було звернено на дослідження зазначених параметрів залежно від стадії захворювання. Свіжим вважався процес з давниною захворювання до 2 міс, хронічним – понад 2 міс.

Для більш детальної загальної характеристики обстежених пацієнток ми виділили серед 164 хворих з мікоплазмозовою інфекцією другу групу – 60 хворих зі свіжим урогенітальним мікоплазмозом і третю групу – 104 жінки з хронічним процесом. У групу 1 увійшли обстежені контрольної групи. У четверту групу увійшли 24 пацієнтки з другої та третьої груп, у яких, незважаючи на проведене загальноприйняте лікування, розвинувся рецидивуючий урогенітальний мікоплазмоз.

Як свідчать отримані нами дані, найчастіше (82,0%) на урогенітальний мікоплазмоз хворіють жінки сексуально активного віку (20–40 років), причому розподіл пацієнток за віковими категоріями був ідентичним у другій і третій групах. Більш половини пацієнток другої і третьої груп були заміжніми (60,0% і 60,6% відповідно).

Виходячи з даних анамнезу, у минулому хворі другої і третьої груп перенесли гонорею і трихомоніаз 12 (20,0%) і 7 (6,7%) пацієнток відповідно. Займалися самолікуванням або вживали різні антибактеріальні препарати з приводу відповідних захворювань 9 (15,0%) хворих другої і 39 (37,5%) третьої групи. Це спричинило перехід запального процесу у гостру і хронічну форму. Лікування зазвичай проводилося неадекватними разовими і курсовими дозами антибактеріаль-

них препаратів, що зумовило пізні звернення пацієнтів за кваліфікованою лікарською допомогою.

Обстеження шийки матки проводилося під час огляду жіночих статевих органів у дзеркалах і з використанням кольпоскопії. Зміни шийки матки (ерозії і псевдо ерозії) спостерігалися у 29 (48,3%) пацієнток другої і 62 (59,6%) – третьої груп.

Відповідно даних клінічного, топічного та етіологічного діагнозів конкретно для кожної хворої складався план комплексної терапії. Усі обстежені були розподілені на три наведені вище групи.

Для етіологічної терапії груп використовували антибактеріальні засоби, чутливість до яких на даний момент мають більшість штамів урогенітальних мікоплазм.

Для лікування гострого мікоплазмозу (друга група) була використана наступна схема лікування:

- офлоксацин по 400 мг 2 рази в день протягом 10 днів;
 - імунофан № 10 внутрішньом'язово через 2 дня.
- При хронічному мікоплазмозі ми застосовували:
- імунофан № 10 внутрішньом'язово через 2 дні;
 - фромілід по 500 мг 2 рази в день протягом 7 днів;
 - офлоксацин по 400 мг 2 рази в день протягом 7 днів, причому антибіотики використовували по черзі.

При рецидивуючому мікоплазмозі була використана наступна схема:

- імунофан № 10 внутрішньом'язово через 2 дні;
- поліоксидоній місцево у формі супозиторіїв ректально або вагінально три курсу – один місяць використання і один місяць перерви;
- фромілід по 500 мг 2 рази в день протягом 14 днів;
- доксібене по 100 мг 2 рази на день протягом 7 днів, причому антибіотики використовували по черзі.

Одночасно з базовою терапією хворим проводили патогенетичне лікування (протизапальне, гепатопротектори, профілактика спайкового процесу, терапія дисбіозу піхви і вітамінотерапія).

У комплекс проведених досліджень було включене визначення наступних параметрів: ФАЛ – фагоцитарна активність лейкоцитів; ФІ – фагоцитарний індекс; ФЧ – фагоцитарне число; CD (СД) – маркер кластера диференціювання лімфоцитів; IFN γ – γ -інтерферон; IL – інтерлейкіни і TNF α – фактор некрозу пухлини.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У результаті проведених нами досліджень встановлено, що клінічні прояви урогенітального мікоплазмозу фіксували у 65,0% хворих гострим і у 51,9% хронічним процесом. У їхній структурі превалювали скарги на виділення із статевих шляхів у підвищеній кількості (95,0 і 96,1% відповідно) слизового (48,3 і 64,4% відповідно) і слизисто-гнійного характеру (46,7 і 31,7% відповідно), суб'єктивні відчуття при сечовипусканні (10,0 і 17,3% відповідно), хворобливість статевого акту (46,6 і 57,6% відповідно), біль різного характеру в нижніх відділах живота (23,3 і 28,8% відповідно) і альгоменорею (5,0 і 17,3% відповідно).

При об'єктивному обстеженні констатували зміни слизової оболонки, характерні для патології шийки матки (ендоцервіцита та ерозії шийки матки – 56,7 і 40,4% відповідно), запальні процеси внутрішніх статевих органів (36,1 і 54,9% відповідно), лейкоцитоз у мазках із сечівника і каналу шийки матки.

При мікробіологічному обстеженні жінок з урогенітальним мікоплазмозом встановлено, що як при гострому процесі, так і при хронічному розподіл хворих залежно від виду мікоплазменої інфекції була приблизно однаковим. При цьому U.u. виявлено у 33 (20,1%) хворих, з них гострий мікоплазмоз – у 12 (20,0%), хронічний мікоплазмоз – у 21 (20,2%) пацієнтки. M.h. була виявлена у 26 (15,9%) обстежених (16,7% при гострому і 15,4% при хронічному процесі); M.g. – у 27 (16,5%) хворих (15,0% при гострому і 17,3% при хронічному процесі). Різні комбінації наведених вище видів мікоплазм спостерігалися у 78 (47,6%) пацієнток (48,4% при гострому і 47,1% при хронічному процесі).

Урогенітальний мікоплазмоз у жінок супроводжується дисфункціональними змінами з боку системного імунітету, які полягають у зниженні кількості CD4+; співвідношення CD4+/CD8+; бактерицидної активності нейтрофільних лейкоцитів і невеликим збільшенням концентрації IgA і IFN γ у сироватці крові, що не виходять за межі фізіологічних параметрів, але достовірними порівняно з контрольною групою.

При урогенітальному мікоплазмозі у жінок спостерігаються виражені дисфункціональні зміни з боку місцевої імунної системи слизової оболонки сечостатевої зони, що полягають у зниженні CD4+; співвідношення CD4+/CD8+; CD25+ при одночасному збільшенні CD19+; CD16+; CD56+A і CD69+; невеликою активацією макрофагів, тестованої за цитохімічною виявленою активністю ферментів, особливо α -нафтилбутират естерази, а також значним підвищенням концентрації IL-1 β ; IL-6 і TNF- α у цервіко-вагінальному слизі.

При лікуванні урогенітального мікоплазмозу з використанням сучасної традиційної терапії відзначено рецидиви захворювання (10–18%), зумовлені місцевою дисфункцією імунної системи, яка зумовлює секвестрації живих мікоплазм у вогнищах з низькою проникністю для антибіотиків і недостатньою активацією систем елімінації даного патогену.

Основним механізмом резистентності до мікоплазм є місцева активація Th-1, стимуляція синтезу регуляторних та ефекторних цитокінів з наступним лімфокіназальним збільшенням функціональної активності клітин мононуклеарно-фагоцитарної системи, лімфокінактивованих кілерів і NK-клітин, що призводить до підвищення проникності тканин для антибіотиків, ефективної елімінації збудника шляхом фагоцитозу, а також лізису клітин, які несуть на своїй поверхні антигени мікоплазм і клітин з секвестрованими мікоплазмами. Поширення процесу з ушкодженням тканин ймовірно обумовлене постійною гіперпродукцією TNF- α , що призводить до патологічного апоптозу епітеліальних клітин слизових і серозних оболонок, нейтрофільних гранулоцитів і макрофагів, місцевим порушенням кровообігу з підвищенням проникності судинної стінки, некробіотичним змінам м'язових клітин і дисгормональним порушенням.

ВИСНОВКИ

Отже, як свідчать результати проведених досліджень, лікування урогенітального мікоплазмозу як свіжих, так і рецидивуючих форм є досить складним процесом і вимагає індивідуалізованого підходу. Основним у призначенні лікування, крім ефективної антибактеріальної терапії, є вибір ефективного імуномодулятора з урахуванням основних змін системного і місцевого характеру. Представлена наукова праця дозволяє підвищити ефективність лікування даної патології і знизити захворюваність жінок репродуктивного віку.

Роль урогенитальных микоплазмозов у женщин репродуктивного возраста в развитии сочетанной патологии воспалительного генеза
В.В. Децик

Результаты проведенных исследований показали, что лечение урогенитального микоплазмоза как острых, так и рецидивирующих форм является достаточно сложным процессом и требует индивидуализированного подхода. Основным в подборе лечения помимо эффективной антибактериальной терапии является выбор эффективного иммуномодулятора с учетом основных изменений системного и местного характера. Представленная научная работа позволяет повысить эффективность лечения данной патологии и снизить заболеваемость женщин репродуктивного возраста.

Ключевые слова: урогенитальный микоплазмоз, клиника, лечение.

Role of urogenital mycoplasmoses at women of genesial age in development of the combined pathology of an inflammatory genesis
V.V. Detsik

Results of the lead researches have shown, that treatment urogenital a mycoplasmosis as fresh, and rezidive forms is complex enough process and demands the individualized approach. The basic in selection treatments besides effective antibacterial therapy is selection effective immunomodulators in view of the basic changes of system and local character. The scientific work executed by us allows to raise efficiency of treatment of the given pathology and to lower disease of women of reproductive age.

Key words: urogenital mycoplasmosis, clinic, treatment.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Басимакова М.А. Микоплазменные инфекции генитального тракта человека // Вестник РАМН. – 2008. – № 2. – С. 13– 16.
- Мавров Г.И. Нарушение репродуктивной функции при воспалительных процессах хламидийной и уреаплазменной этиологии // Дерматология и венерология. – 2009. – № 2. – С. 67– 69.
- Соколов Е.И. Клиническая иммунология. – М.: «Медицина», 2014. – 264 с.
- Фейзулла М.Ф. Клинико-иммунологические данные при уреаплазменной инфекции у женщин // Вопросы охраны материнства и детства. – 2009. – № 8. – С. 42–44.
- Чернушенко Е.Ф., Когосова Л.С. Иммунология и иммунопатология воспалительных заболеваний. – К.: Здоровья, 2008. – 205 с.

УДК 618.33-084:616-053.1

Особенности восстановления репродуктивной функции у женщин с оперированными яичниками

А.В. Єжова

Медичний інститут Сумського державного університету

Проведено клінічний аналіз лапароскопічного лікування пухлин і пухлиноподібних утворень яєчників у 625 пацієнток з порушеною репродуктивною функцією. Показано основні патоморфологічні особливості видалених новоутворень і зроблено висновок щодо необхідності розроблення для таких пацієнток комплексу відновного лікування.

Ключові слова: новоутворення яєчників, лапароскопічне лікування.

На сьогодні доброякісні новоутворення яєчників є найбільш поширеною патологією серед жінок репродуктивного і передменопаузального віку, займаючи понад 50% у структурі всієї гінекологічної захворюваності [1, 2]. Серед основних особливостей даної патології в останні роки можна виокремити «омолодження» доброякісних новоутворень яєчників, що негативно впливає на репродуктивну функцію жінок, спричинює збільшення кількості жінок, які не народжували, з доброякісними новоутвореннями яєчників [3, 4].

Основними причинами такої негативної тенденції вважають:

- збільшення патології пубертатного періоду з патологічним становленням менструального циклу;
- зростання соматичної захворюваності, у тому числі і дисгормонального генезу;
- нерациональне використання сучасних контрацептивних засобів;
- несприятливий вплив екологічного оточення тощо [1–4].

Хірургічне лікування доброякісних новоутворень яєчників у структурі лікувально-профілактичних заходів посідає провідне місце, досягаючи 60–70% [1–4]. Незважаючи на значне число наукових публікацій з проблеми хірургічного лікування доброякісних новоутворень яєчників, не можна вважати всі питання повністю вирішеними. У першу чергу це стосується оптимізації ендоскопічного лікування і післяопераційної реабілітації пацієнток з нереалізованою репродуктивною функцією. Публікації з цього наукового питання є поодинокими і носять фрагментарний характер.

Усе наведене вище було підставою до проведення наукових досліджень у даному напрямку.

Мета дослідження: вивчення основних особливостей хірургічного лікування пухлин, пухлиноподібних новоутворень і поєднаної патології малого таза.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

З метою вивчення стану органів репродуктивної системи нами обстежено 275 жінок і 350 пацієнток з безплідністю та наявністю пухлин і пухлиноподібних новоутворень яєчників, яким була виконана оперативна лапароскопія.

Оперативне втручання проводилося поетапно і полягало в оперативній лапароскопії з дотриманням послідовності маніпуляцій; гістероскопії; діагностичному вискоблюванні або зіскрібка ендометрія.

При первинному огляді під час проведення лапароскопії патологічні новоутворення яєчників встановлено в 597 (95,5%) з 625 хворих. Пухлини яєчників були діагностовані у 221 (37,0%) жінки, а пухлиноподібні новоутворення – у 376 (63,0%).

При більш ретельному огляді яєчників, з огляду на дані ехографічного дослідження, об'ємні новоутворення яєчників були виявлені у всіх 625 обстежених у динаміці жінок.

Усе пацієнтки на підставі патоморфологічного дослідження вилучених змінених тканин яєчників були розподілені за групами. Групу хворих з пухлинами яєчників склали пацієнтки з епітеліальними пухлинами яєчників – 123 (19,7%), з пухлиною строми статевого тяжа – 14 (2,2%) і герміногенними пухлинами яєчників – 100 (16,0%).

У групу жінок з пухлиноподібними новоутвореннями увійшли пацієнтки з ендометріодними кістами яєчників – 228 (36,5%); параоваріальними кістами – 78 (12,5%) і кістозними новоутвореннями – 82 (13,1%). У 625 жінок з патологічними новоутвореннями яєчників під час оперативної лапароскопії вилучено 843 новоутворень.

Точність нозологічної діагностики об'ємних новоутворень яєчників при первинному огляді під час оперативної лапароскопії становила:

- серозна цистаденома – 94%;
- муцинозна – 91%;
- диморфна цистаденома – 80%;
- фіброма яєчників – 92,9%;
- зріла тератома – 97%;
- ендометріодна кіста – 95,2%;
- параоваріальна кіста – 100%;
- кістозні новоутворення (кісти) – 98,8%.

При лапароскопії, яка була зроблена на початку або всередині фолікулярної фази менструального циклу, зовнішній генітальний ендометріоз при первинному огляді органів малого таза виявлено у 277 (44,3%) жінок.

Найбільш висока частота зовнішнього генітального ендометріозу констатована у групі жінок з пухлиноподібними новоутвореннями яєчників:

- у хворих з ендометріодними кістами – у 149 (65,4%) з 228;
- у групі з параоваріальними кістами – у 33 (42,3%) з 78;
- у жінок з різними кістозними новоутвореннями яєчників – у 34 (41,5%) з 81.

У жінок з пухлиною строми статевого тяжа зовнішній генітальний ендометріоз при лапароскопії виявлено у 5 (35,7%) з 14. У групі пацієнток з епітеліальними пухлинами зовнішній генітальний ендометріоз під час оперативного втручання був

виявлений у 27 (32,5%) з 83 жінок з серозними цистаденомами і в 10 (31,3%) з 32 – з муцидозними цистаденомами.

Міому матки виявлено у 133 (21,3%) з 625 жінок, з них у 47 (35,3%) зафіксовано декілька міоматозних вузлів. Дифузно-вузлова форма внутрішнього ендометріозу, попередньо діагностована при ехографії, була підтверджена під час лапароскопії і становила 15 (11,3%) випадків з 133. Під час проведення оперативної лапароскопії спайковий процес у малому тазу діагностовано у 310 (49,6%) жінок.

Отже, у 625 жінок було виявлено в остаточному підсумку 843 новоутворень яєчників. Дані розподіли новоутворень на підставі патоморфологічного дослідження представлені наступним чином: епітеліальні пухлини – 132 (15,7%), новоутворення – в 123 жінок, пухлина строми статевого тяжа – 28 (3,3%) в 14 пацієнток; герміногенні пухлини – 132 (15,7%) новоутворення – в 100 жінок і пухлиноподібні новоутворення – 551 (65,3%) випадок в 388 хворих.

Розміри пухлин і пухлиноподібні новоутворення коливалися від 1,0 до 20,0 см у діаметрі. На підставі патоморфологічного дослідження 123 пацієнтки з епітеліальними пухлинами можна було виділити чотири основні варіанти: серозна цистаденома – 83 (67,5%); муцидозна цистаденома – 32 (26,0%); ендометріодна пухлина – 3 (2,4%) і диморфна цистаденома – 5 (4,1%).

ВИСНОВКИ

Отже, як показали результати проведених досліджень, лапароскопічне лікування пухлин і пухлиноподібних новоутворень яєчників є досить важливою проблемою, а одним із завдань даної проблеми можна виділити відновлення репродуктивної функції в цих пацієнток. Дослідження в даному напрямку носять досить перспективний характер і можуть бути продовжені надалі.

Особенности восстановления репродуктивной функции у женщин с оперируемыми яичниками

А.В. Ежова

Проведен клинический анализ лапароскопического лечения опухолей и опухолевидных образований яичников у 625 пациенток с нарушенной репродуктивной функцией. Показаны основные патоморфологические особенности удаленных новообразований и сделано заключение о необходимости разработки для таких пациенток комплекса восстановительного лечения.

Ключевые слова: новообразования яичников, лапароскопическое лечение.

Features of restoration of genesial function at women with the operated ovaries

A. V. Ezhova

The clinical analysis lapascopical treatments of tumours and liketumours formations onaries at 625 patients with the broken reproductive function is lead. The basic patomorphological are shown feature removed tumours and the conclusion about necessity of development for such patients of a complex of regenerative treatment is made.

Key words: tumours ovaries, laparoscopic treatment.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Воробій В.Д. Лапароскопічне лікування дермоїдних кіст яєчників / В.Д. Воробій, Я.В. Босацький, Т.Б. Сніжко // Матеріали VII Всеукраїнської конференції з гінекологічної ендоскопії. – Одеса, 2013. – С. 39.
2. Запорожан В.Н. Видеозендоскопические операции в хирургии и гинекологии / В.Н. Запорожан, В.В. Грубник, В.Ф. Саенко. – К.: Здоров'я. 2008. – 304 с.
3. Кулаков В.И. Роль новых технологий в повышении эффективности диагностики, хирургического и восстановительного лечения гинекологических заболеваний / В.И. Кулаков, Л.В. Адамян // Новые технологии в гинекологии. – М.: ПАНТОРИ, 2008. – С. 3–11.
4. Савельева Г.Н. Лапароскопия в гинекологии / Г.Н. Савельева, И.В. Федоров. – М., 2008. – 323 с.

УДК 616-055.23:613.9

Сучасні аспекти новоутворень яєчників у дівчат-підлітків

В.М. Зінченко

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

Проведений клінічний аналіз 50 випадків новоутворень яєчників у дівчат-підлітків. У результаті проведених досліджень встановлено, що першорядним клінічним проявом новоутворень яєчників є болісний синдром – від відчуття дискомфорту в животі до інтенсивного локалізованого болю. Пухлиноподібні новоутворення яєчників – фолікулярні і лютеїнові неускладнені кісти не вимагають хірургічного втручання. При виявленні параоваріальних новоутворень слід дотримуватися більш активної хірургічної тактики. Серед пухлин яєчників у дівчат в пубертатному періоді переважають доброякісні форми, що вимагає максимального щадного хірургічного лікування зі збереженням генеративної функції.

Ключові слова: новоутворення, яєчники, дівчата-підлітки.

Проблема дитячої й підліткової гінекології є досить актуальною в останні роки. У зв'язку з виконанням державної програми «Репродуктивне здоров'я». Серед широкого спектра сучасних питань даного наукового напрямку особлива увага приділяється новоутворенням яєчників у пубертатний період [2, 4]. Це продиктоване тем фактом, що особливості стану статевих органів у період статевого дозрівання свідчать про домінуючі зміни у системі гіпоталамус–гіпофіз–яєчники з вираженою активізацією заключної ланки цієї системи – яєчників [1].

Відомо, що яєчник за різноманітністю пухлин посідає серед інших органів людини одне з перших місць. При цьому доведено мезонефральне походження соматичних структур яєчника [3]. У процесі розвитку вони проходять низку послідовних стадій диференціації. У зв'язку з цим передбачається, що різноманіття пухлин яєчника пов'язане не з численністю джерел новоутворень, а зі ступенем диференціювання тих або інших наявних у яєчнику дизонтогенетичних структур, пов'язаних за походженням з мезонефросом [3, 4].

Усе наведене вище є підставою для проведення даного наукового дослідження.

Мета дослідження: вивчення актуальних питань новоутворень яєчників у дівчинок-підлітків.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для розв'язання поставленої мети було проведено комплексне клініко-функціональне обстеження 50 дівчат у віці 8–16 років з новоутвореннями яєчників. При цьому частота злоякісних пухлин яєчників становила 16,0% (8 випадків), а в інших 84,0% діагностували доброякісні новоутворення яєчників.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Як свідчать отримані результати, серед різних гістотипів новоутворень яєчників в 38,0% випадків були пухлиноподібні, в 36,0% – герміногенні пухлини, в 18,0% – епітеліальні пухлини і в 8,0% – пухлини строми статевих органів.

З усіх різновидів пухлиноподібних новоутворень яєчників (19 випадків) у 14 пацієнток (73,7%) були фолікулярні кісти або кісти жовтого тіла, а в 5 (26,3%) – параоваріальні кісти. Середній вік хворих з пухлиноподібними новоутвореннями становив $13,1 \pm 0,8$ року.

Характеристика досліджуваних новоутворень яєчників

Фолікулярна кіста яєчника – ретенційне утворення, що виникає внаслідок нагромадження рідини в атрезуючому фолікулі, в якому зник ооцит і дегенерувала гранулозна тканина. Макроскопічно такі кісти мають однокамерні тонкостінні стінки невеликих розмірів. Нерідко фолікулярні кісти можуть супроводжуватися порушенням менструального циклу (ювенільні кровотечі), рідше вони можуть спричинити біль у животі.

Кіста жовтого тіла формується за рахунок транссудації рідини з кровоносних судин, що пронизують жовте тіло. Лютеїнові кісти являють собою серозно-геморагічні товстостінні новоутворення, які клінічно можуть проявлятися аменореєю або ациклічними кровотечами у пубертатний період.

У наших клінічних спостереженнях хірургічного втручання потребували 7 з 19 дівчат (36,8%) з ретенційними кістами яєчників у зв'язку з болісним синдромом, а в решті 12 (63,2%) госпіталізованих ретенційні кісти яєчника регресували у процесі спостереження і лікування (вітамінотерапія, фізіотерапія). При цьому звертає на себе увагу той факт, що частіше уражається правий яєчник (71,2%), що відповідає твердженню про його більшу функціональну активність [3].

Параоваріальна кіста – ретенційний малорухомий, тонкостінний серозний утвір, що виходить із ембріонального придатка яєчника, – розташовується між листками широкої зв'язки, іноді має ніжку, що складається з маткової труби та власної зв'язки яєчника. Яєчник буває не змінений, розташовується на нижній або зовнішній поверхні кісти з вмістом у вигляді серозної рідини. Клінічно вони часто нічим не проявляються і у половини пацієнток діагностуються під час профілактичного ультразвукового дослідження. Проте при досягненні значних розмірів і тиску на навколишні тканини може відзначатися болісний синдром, що прискорює вирішення питання щодо хірургічного втручання для їхнього видалення.

Так, за нашим даними, всі дівчата з діагностованими параоваріальними кістами госпіталізовані до стаціонару з приводу больового синдрому, причому частіше з правої сторони.

Друге місце за частотою серед новоутворень яєчників посідають герміногенні пухлини (36,0%). Пухлини являють собою групу новоутворень, що виникають з первинних зародкових поліпотентних клітин, які здатні до диференціювання в будь-якому напрямку [4]. У результаті пухлинної трансформації і соматичного диференціювання пухлинні клітини можуть формувати зрілі й незрілі тканини, що належать усім трьом зародковим листкам – екто-, мезо- та ендодермі.

Герміногенні пухлини яєчника діагностують найчастіше в підлітковому віці, причому половина з них виявляється злоякісними [3]. Доброякісними герміноген-

ними пухлинами є зрілі тератоми, а першими клінічними ознаками захворювання є біль внизу живота і пухлина в малому тазі, що пальпується. При цьому діагноз, як правило, встановлюють при проведенні екстреної лапаротомії. Ефективність лікування залежить від поєданого адекватного хірургічного втручання, променевої і лабораторної діагностики стадії процесу відповідно до гістотипу пухлини. У більшості випадків однобічна аднексектомія зі збереженням контрлатерального яєчника і матки є оптимальним обсягом хірургічного втручання та дозволяє зберегти репродуктивну функцію.

За нашим даними, з 18 проаналізованих спостережень герміногенних пухлин яєчників у 10 (55,6%) дівчат у період статевого дозрівання діагностували пухлини тератогенного походження з перевагою зрілих тератом і дермоїдних кіст. Провідним клінічним проявом дермоїдної кісти яєчника був больовий синдром за рахунок перекруту пухлини, в основному, правої яєчника.

Найчастішою епітеліальною пухлиною в дитячому віці є серозна цистаденома.

У дітей з епітеліальними пухлинами яєчників частіше виявляють їхні доброякісні форми, а у випадку злоякісності процесу – переважно початкова стадія захворювання. У наших спостереженнях у 2 дівчат (4,0%) спостерігали злоякісні цистаденокарциноми. Практично усім дівчатам з доброякісними формами епітеліальних пухлин виконувалися органозберігаючі операції й тільки в одному випадку виконано однобічну аднексектомію.

У 4 (8,0%) дівчат у період статевого дозрівання фіксували стромальноклітинні пухлини яєчників, серед яких переважали (3 з 4) гранулезоклітинні. Середній вік дівчат з пухлинами строми статевих органів у період статевого дозрівання становив $12,2 \pm 0,6$ року. Основним клінічним проявом пухлин цієї групи також був болісний синдром. Лікувальна тактика при стромальноклітинних пухлинах аналогічна такій при герміногенних: щадний характер хірургічного втручання та адекватні курси хіміотерапії.

Після закінчення лікування пацієнтки з новоутвореннями яєчників потребують постійного спостереження протягом 5 років і більше незалежно від стадії захворювання та проведеного лікування. До комплексу обстеження повинні включати визначення альфафетопротеїну і хоріонічного гонадотропіну, рентгенографію органів грудної клітки, ехографічне обстеження органів черевної порожнини, малого таза і заочеревинного простору. Пацієнтки, які перенесли в дитинстві та юності операції на яєчниках, становлять надалі групу ризику щодо виникнення порушень статевої системи (менструальної, сексуальної, дітородної), розвитку розладів вегетативної і центральної нервової системи, появи обмінних порушень, а також виникненню інших пухлин репродуктивної системи.

ВИСНОВКИ

1. Для своєчасної діагностики новоутворень яєчників у дівчат-підлітків необхідно проводити профілактичні огляди дітей зі скринінговим ультразвуковим обстеженням і використанням сучасних додаткових методів дослідження.

2. Першорядним з мінімальних клінічних проявів новоутворень яєчників за значущістю є болісний синдром від відчуттів дискомфорту у животі до інтенсивного локалізованого болю.

3. Пухлиноподібні утворення яєчників – фолікулярні і лютеїнові неускладнені кісти – не вимагають хірургічного втручання. При виявленні параоваріальних новоутворень слід дотримуватися більш активної хірургічної тактики.

4. Серед пухлин яєчників у дівчат у пубертатний період переважають доброякісні форми, що вимагає максимально щадного хірургічного лікування зі збереженням генеративної функції.

**Современные аспекты новообразований яичников
у девочек-подростков
В.М. Зинченко**

Проведен клинический анализ 50 случаев новообразований яичников у девочек-подростков. В результате проведенных исследований установлено, что первостепенным клиническим проявлением новообразований яичников является болевой синдром – от ощущений дискомфорта в животе до интенсивной локализованной боли. Опухолеподобные образования яичников – фолликулярные и лютеиновые неосложненные кисты – не требуют хирургического вмешательства. При выявлении параовариальных образований следует придерживаться более активной хирургической тактики. Среди опухолей яичников у девочек в пубертатный период преобладают доброкачественные формы, что требует максимального бережного хирургического лечения с сохранением генеративной функции.

Ключевые слова: новообразования, яичники, девочки-подростки.

**Modern aspects of neoplasms of ovaries at the girls-teenagers
V.M. Zinchenko**

The clinical analysis 50 cases of neoplasms of ovaries at the girls – teenagers is carried out. As a result of the carried out researches fixed, that paramount clinical exhibiting of neoplasms of ovaries is the pain set of symptoms – from sensations in a gaste up to intensive localized be sick. The tumorous formations of ovaries – follicular and luteinar uncomplicated cysts – do not demand a surgical intervention. At revealing paraovarial of formations it is necessary to adhere to more awake surgical tactics. Among tumours of ovaries at the girls in pubertate term the good-quality forms dominate, that demands the maximal careful surgical treatment with conservation of generative function.

Key words: neoplasms, ovaries, girls-teenagers.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кобозева Н.В. Гинекология детей и подростков / Н.В. Кобозева, М.Н. Кузнецова, Ю.А. Гуркин. – Л.: Медицина, 2008. – 296 с.
2. Кулаков В.И. Ультразвуковая диагностика в гинекологии детского и подросткового возраста / В.И. Кулаков, М.Н. Кузнецова, Н.С. Мартыш. – М.: Медицина, 2012. – 112 с.
3. Aziz M.F. Current management of malignant germ cell tumor of the ovary / M.F. Aziz // Gan To Kagaku Ryoho. – 2015. – Vol. 22. – P. 262–269.
4. Marcus V.A. Yolk sac tumor of ovary – histopathology and pathogenesis / V.A. Marcus, A. Ferenczy // CME J. Gynec. Oncol. – 2017. – Vol. 2. – P. 97–110.

УДК 618.14-06:616.43:616-008.9

Вплив метаболічного синдрому на клінічний перебіг поєднаної патології матки

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, метаболічний синдром.

Актуальність вивчення особливостей клініки, психовегетативного статусу, діагностики і тактики ведення жінок у постменопаузі з поєднаною патологією матки зумовлена поширенням даної патології у 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 призводять до тимчасової втрати працездатності і зниження якості життя, що найактуальніше у плані онкологічної настороженості [5–8].

Складність ведення даного контингенту хворих зумовлена тим, що в постменопаузі 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 у період постменопаузи. При цьому останніми роками велике значення надається наявності метаболічного синдрому (МС) в генезі різних дисгормональних порушень, у тому числі і органів репродуктивної системи [4, 8].

Не дивлячись на тривалу історію досліджень періоду постменопаузи, до сьогодні не можна вважати до кінця з'ясованими причини і механізм розвитку поєднаної патології матки саме у цьому періоді, а також особливості впливу МС на клінічну картину даної патології.

У зв'язку з наведеним вище представляється актуальним і перспективним питанням 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 метаболічного синдрому на клінічні прояви поєднаної патології матки у період постменопаузи.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено ретроспективний аналіз історії хвороби 128 жінок і проспективне дослідження 171 пацієнтки з кровотечами у період постменопаузи. Серед ретроспективно вивчених пацієнток виділена група порівняння, в яку увійшла 61 жінка з поєднаною патологією матки (ППМ) у постменопаузі (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) та атрофія ендометрія (АЕ) (на тлі метроррагії); МС, ЛМ і гіперплазія ендометрія (ГЕ); рецидивуюча гіперплазія ендометрія (РГЕ), є доброякісними з точки зору патоморфології, проте враховуючи вік пацієнток і комплексність ушкодження, можуть розглядатися передраковими з позицій клініциста.

Матеріалом дослідження були дані проспективного обстеження 171 хворої у постменопаузі. Усі пацієнтки пройшли повне клінічне, лабораторне і інструментальне обстеження. У ході поглибленого обстеження були сформовані дві клінічні групи.

До основної групи (група 1) увійшли 89 жінок з наявністю МС; контрольну групу (група 2) склали 82 жінки без МС. В основній групі виділено дві підгрупи жінок: підгрупа 1.1 з ізольованою формою патології ендометрія (30 жінок) і підгрупа 1.2 з ППМ (59 жінок). У контрольній групі відповідно спостерігалися: підгрупа 2.1 – 48 пацієнток з ізольованою патологією ендометрія і підгрупа 2.2 – 34 пацієнток з поєднаною формою проліферативних процесів матки.

Діагностика МС ґрунтувалася на критеріях, затверджених ВООЗ.

У поняття ППМ ми об'єднали патологію ендометрія у поєднанні з ЛМ, патологію ендометрія та аденоміоз (АМ), АМ і ЛМ, а також всі три патології одночасно. 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

При обстеженні пацієнток обох груп були виявлені наступні види ППМ:

- ЛМ і АЕ – у 18 (20,22±2,25%) пацієнток групи з МС і в 14 (17,07±1,15%) жінок групи без МС;
- ЛМ і ПЕ – у 30 (33,71±3,01%) обстежуваних основної групи і у 18 (21,95±2,57%) контрольної ($p<0,01$);
- ЛМ у поєднанні з ЗГЕ – у 7 (7,87±1,85%) жінок основної групи, в контрольній групі не виявлена ($p<0,001$);
- ЛМ у поєднанні з АМ і ПЕ у 4 (4,49±1,19%) пацієнток, що мають МС, і у 2 (2,44±0,74%) – без ознак МС.

Ізольована патологія ендометрія в основній і контрольній групах представлена таким чином:

- АЕ в групі з МС – у 10 (11,24±1,34%) жінок і в 23 (28,05±2,96%; $p<0,001$) без

МС;

- ПЕ – у 16 (17,98±1,01%) пацієнток основної групи і в 25 (30,49±3,08%; $p<0,001$) груп контролю;
- ЗГЕ – у 4 (4,49±1,19%; $p<0,001$) пацієнток основної групи, у групі контролю залозиста гіперплазія ендометрія не діагностована.

Отже, в основній групі достовірно частіше діагностовані 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 по наявності ізольованої або поєднаної форм патології ендометрія, було констатовано, що в основній групі з наявністю ізольованої патології ендометрія середній вік становив 60,51±1,51 року, із ППМ – 57,86±0,99 року, в контрольній групі з ППМ – 60,54±1,34 року і із ППМ – 58,02±1,53 року ($p>0,05$). Отже, вік хворих був трохи меншим у підгрупах із ППМ ($p>0,05$) обох груп.

Жінки з проявами МС і ізольованою патологією ендометрія за тривалістю постменопаузи були розподілені таким чином: тривалість менопаузи до п'яти років – у 10 (33,33±3,06%), 6–10 років – у 10 (33,33±3,06%), понад 11 років – у 10 (33,34±3,06%) пацієнток. Серед пацієнток без проявів МС з ізольованою формою патології ендометрія було 17 (35,42±3,90%), 17 (35,42±3,90%), 14 (29,17±2,56%) жінок відповідно.

Клінічна симптоматика у пацієнток відрізнялася значною різноманітністю симптомів, що зумовлено різними чинниками: тривалістю захворювання, поєднанням декількох патологічних процесів статевих органів, особливостями попереднього проведеного лікування, соматичною патологією. В основному клінічна картина гіперпластичних процесів матки в обстежуваних жінок характеризувалася матковими кровотечами (різного ступеня вираженості і тривалості) і больовим синдромом.

Усі пацієнтки на момент госпіталізації скаржилися на кров'янисті виділення із статевих шляхів, кожна третя жінка основної групи мала їх в анамнезі. Скарги на біль унизу живота були у 39 (43,82±2,25%) пацієнток основної і 30 (36,59±2,31%) – контрольної груп ($p<0,05$); АМК в анамнезі відмічено у 29 (32,58±2,96%) і 10 (12,20±1,61%; $p<0,001$) жінок відповідно.

Біль у поперековій області, що мали ознаки МС, відзначали 23 (25,84±1,64%) пацієнтки, і в 9 (10,98±1,45%) жінок скарг на МС не було ($p<0,001$). Поллакіурія, дизурія, стресове нетримання сечі непокоїли 15 (16,85±1,96%) жінок основної і 9 (10,98±1,45%) контрольної ($p<0,05$) груп. Скарги з боку інших систем пред'являли 80 (89,89±3,19%) і 67 (81,71±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 ППМ і ППМ на тлі МС або без нього є основним симптомом і приводом для звернення по медичну допомогу серед жінок даної вікової групи. Тривалість перебігу ППМ становила 11,5±1,7 року у пацієнток основної групи і 10,87±1,6 року – групи контролю, тобто із збільшенням віку збільшувалася і тривалість існування патологічного процесу.

Тривалість кров'янистих виділень на момент госпіталізації у гінекологічне відділення в основній групі становила $1,4 \pm 0,07$ міс, у групі контролю – $1,2 \pm 0,08$ міс, що свідчить про недостатню медичну обізнаність пацієнток і неадекватність спостереження у жіночій консультації за цією групою хворих.

Отже, у жінок у період постменопаузи, що мають МС, були достовірно більш виражені поєднані скарги (з боку низки систем, перенесені раніше аномалії менструального циклу) при порівнянні з аналогічними показниками пацієнток без 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. З цього виходить, що на розвиток ППМ впливає і МС, і чинник хронічного 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 ясно впливає на ступінь вираженості проліферативних процесів в міометрії.

Дослідження придатків не давало чіткої інформації про патологічні процеси в яєчниках. Придатки не були збільшені у 78 ($87,64 \pm 3,36\%$) пацієнток основної і в 78 ($95,12 \pm 2,37\%$) – контрольної груп; незначне їх збільшення було у 9 ($10,11 \pm 1,03\%$) пацієнток ($p < 0,01$) з ознаками МС і 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 склепін з параметрів відмічено сплюснення склепін з одного боку в 2 ($2,25 \pm 0,48\%$) і 2 ($2,44 \pm 0,70\%$) пацієнток основної і контрольної груп. Збільшення придатків, не відповідне росту, відмічено частіше у жінок з МС, що підтверджує роль обмінно-ендокринних порушень у генезі патологічних процесів органів малого таза.

Пацієнтки основної і контрольної груп розподілялися також за ступенем вираженості ожиріння, тяжкість якого визначалася за індексом маси тіла.

Серед пацієнток, що мають МС з ізольованою формою патології ендометрія, переважали жінки з ожирінням 1 ст. і 2а ст. Кількість жінок з надлишковою масою тіла (1 ст.) у цій групі становила 13 ($43,33 \pm 3,04\%$); ожиріння 2а ст. було в 10 ($33,33 \pm 2,60\%$) обстежуваних, 2б – в 3 ($10,00 \pm 1,47\%$; $p < 0,01$) порівняно з даними аналогічної групи пацієнток без МС.

У групі хворих без МС з ізольованою патологією ендометрія переважали жінки з 1 ст. ожиріння – 29 ($60,41 \pm 3,05\%$; $p < 0,01$), 2а ст. виявлено в 10 ($20,83 \pm 1,86\%$), що значно рідше в зіставленні з аналогічними даними основної групи; 2б ст. ожиріння виявлена в однієї ($2,08 \pm 0,06\%$) жінки; у 8 ($16,66 \pm 1,37\%$) пацієнток відмічено нормальну масу тіла.

В основній групі жінок з поєднаною патологією ендо- і міометрія ожиріння 1 ст. виявлено в 20 ($33,89 \pm 2,16\%$), 2а ст. – в 26 ($44,33 \pm 3,46\%$), 2б ст. – в 8 ($13,55 \pm 1,45\%$) і 3 ст. – у 4 ($6,77 \pm 0,27\%$) пацієнток.

У контрольній групі обстежених із ППМ 1 ст. ожиріння зареєстровано у 20 ($58,82 \pm 3,44\%$; $p < 0,001$) жінок, 2а ст. – в 10 ($29,41 \pm 2,81\%$), 2б і 3 ст. не відмічено; 4 ($11,76 \pm 1,52\%$) жінки були з нормальною масою тіла ($p < 0,001$) порівняно з даними аналогічної групи обстежуваних з 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 МС, становили: захворювання серцево-судинної системи, ЩЗ, патологія ТТ, нирок, захворювання суглобів.

При поєднаній патології матки АГ в основній групі пацієнток відмічена у 49 ($83,05 \pm 4,88\%$) жінок, в аналогічній контрольній – в 1 ($32,35 \pm 2,02\%$; $p < 0,001$); дитячі інфекції серед пацієнток з проявами МС – у 24 ($40,68 \pm 3,39\%$) жінок, без проявів МС – у 5 ($14,71 \pm 1,07\%$; $p < 0,001$). Патологія ЩЗ за наявності поєднаної патології матки зафіксована у 20 ($33,90 \pm 2,16\%$) жінок основної групи, в контрольній – в 2 ($5,88 \pm 1,03\%$; $p < 0,001$); ЦД 2-го типу в основній групі при ППМ діагностовано у 20 ($33,90 \pm 2,16\%$) пацієнток, у контрольній групі не виявлено ($p < 0,001$).

Захворювання ТТ при поєднаній патології матки у групі з проявами МС відмічено у 16 ($27,12 \pm 2,08\%$) пацієнток, без проявів МС – в 12 ($35,29 \pm 2,19\%$; $p < 0,01$) обстежених. ІБС в основній групі зареєстровано у 8 ($13,56 \pm 1,45\%$) випадках, в контрольній – у 3 ($8,82 \pm 0,86\%$; $p < 0,05$).

Патологія нирок при ППМ і МС виявлена у 4 ($6,78 \pm 0,27\%$) жінок, без МС – в 2 ($5,88 \pm 1,03\%$), захворювання легенів – відповідно в 4 ($6,78 \pm 0,27\%$) і 2 ($5,88 \pm 1,03\%$) жінок.

Отже, нами виявлена велика обтяженість екстрагенітальною патологією у жінок основної групи (з поєднаною патологією ендо- і міометрія та ізольованою формою патології ендометрія) порівняно 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 показав, що аборти виконувалися пацієнткам в основній групі у 25 ($83,33 \pm 4,81\%$) жінок і в 30 ($62,50 \pm 3,92\%$; $p < 0,01$) – в контролі. У групі жінок з МС запальні захворювання і спайковий процес малого таза виявлено в 15 ($50,00 \pm 3,12\%$) випадках, у групі без МС – в 13 ($27,08 \pm 2,41\%$; $p < 0,001$).

Отже, у хворих при ізольованій і поєднаній формах патології ендо- і міометрія запальні захворювання статевих органів і спайковий процес малого таза зустрічались в кожному третьому/другому випадках, що, у свою чергу, сприяє дисфункції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи, патологія грудних залоз в анамнезі достовірно частіше зареєстрована у пацієнток з МС.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про істотну роль метаболічного синдрому у 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 клиническое течение сочетанной патологии матки

В.В. Костиков

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной роли метаболического синдрома в генезе развития сочетанной патологии матки в постменопаузальный период. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: сочетанная патология матки, метаболический синдром.

Influence of metabolic syndrome on the clinical course of the combined pathology of auterus

V.V. Kostikov

Results of the spent researches testify to an essential role of a metabolic syndrome in genesis developments complex uterus pathologies in postmenopausal period. The received results are necessary for considering by working out of a complex of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: complex uterus pathology, metabolic syndrome.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамьян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамьян, В.И. Кулаков. — М.: Медицина, 2008. — 320 с.
2. Аккер Л.В. Течение постовариэктомического синдрома в постменопаузальный период. 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: журн. — 2016. — № 1. — С. 61–63.

УДК 613.888:618.17

Особенности влияния гормональной 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 у житті жінки. Адже це дає можливість парам самостійно планувати дітонароджуваність, 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, 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 призвести до запальних процесів органів малого таза. Тому вивчення впливу останніх на репродуктивне здоров'я жінки залишається актуальним і дискусійним.

Ключові слова: репродуктивне здоров'я, комбінована пероральна контрацепція, внутрішньоматкова контрацепція, тромбоемболія, мікробіоценоз піхви, запальні захворювання органів малого таза.

Репродуктивне здоров'я є однією з найважливіших складових в 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 на 2015 рік виконується 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 належать хімічні, механічні, хірургічні. Однак одними з найбільш поширених методів, особливо у Німеччині, Великобританії, Франції тощо були і залишаються гормональна та внутрішньоматкова контрацепції (ВМК). Це пояснюється тим, що під час використання саме цих контрацептивів спостерігається найменший відсо-

ток непланових вагітностей, що настали протягом першого року їхнього застосування [7, 9].

Використання людством контрацепції було відомо з давніх часів. Так, у літописах згадується, що ще в давній Африці використовували різні речовини, які вводилися 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; в Єгипті – з акації та меду тощо [11].

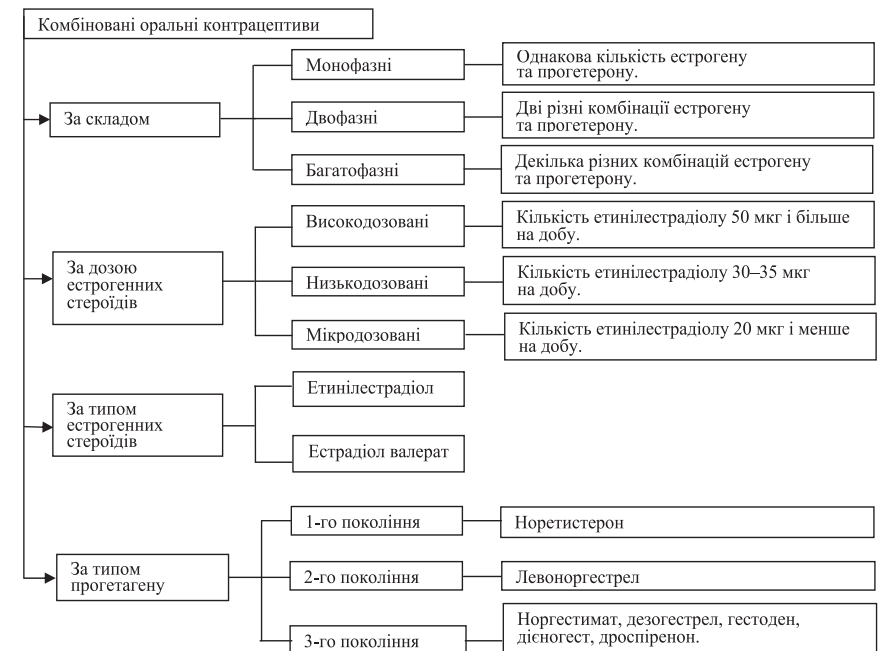
Про ВМК світ уперше отримав уявлення у 1909 році, коли Ріхтер опублікував свою статтю на тему «Новий метод профілактики виникнення вагітності», в якій було описано контрацептив, виконаний з двох шовкових ниток і нитки з бронзи, яка з'єднувала останні. У подальшому ВМК була вдосконалена Графенбергом. 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 приєднав до ВМК центральний диск, у результаті чого кількість експульсії зменшилося.

Після численних досліджень у 1961 році Ліппс створює внутрішньоматкову спіраль змієподібної 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 пригнічення фертильності. Проте 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 агаві та ямса стероїду сапогеніну, який у подальшому перетворювали у прогестерон. Таке вироблення прогестерону починає відбуватися під керівництвом компанії «Синтекс». Цією самою компанією у 1951 році було подано заявку на реєстрацію штучно синтезованого прогестерона – норетистерон, який було синтезовано К. Джерассом шляхом видалення вуглецю у 19-м положенні з прогестерону. Новий прогестерон був у 10 разів активнішим, ніж природний прогестерон.

Однак саме відкриття, яке дало поштовх розвитку пероральної 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 у пригніченні овуляції, тобто запобіганню вагітності. І вже у 1960 році компанією «Серле» було випущений препарат Еновід, який був схвалений управлінням по контролю за якістю харчових товарів та лікарських препаратів. Еновід мистив два компоненти: норетінодрел та местранол. Саме з моменту випуску препарату Еновід розпочалася ера комбінованих оральних контрацептивів (КОК). Звичай-



Класифікація комбінованих оральних контрацептивів

*Джерело: побудовано автором на основі джерел [1, 2]

но, на сьогоднішній день КОК містять набагато менші концентрації гормонів, що забезпечує значно меншу частоту ускладнень від їхнього вживання [11].

Сьогодні 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 у різних кількості естрогену та прогестагену. Також КОК розподіляють на високодозовані, низькодозовані та мікродозовані, які характеризуються різною кількістю вмісту етинілестрадіолу. Основна функція етинілестрадіолу – вплив на проліферацію ендометрію та забезпечення відсутності проміжних кров'яних виділень [2].

Як зазначено вище, 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 в склад другого та третього покоління розділяються на дві підгрупи. До першої входять норетистерон, норетистерона ацетат, етінодіол, норетінодрел. Інша підгрупа включає левоноргестрел, дезогестрел, гестоден, діснест, гестринон, норгестимат, дроспіренон [1].

Синтетичні прогестагени на відмінну 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. У результаті цього синтетичні прогестагени виконують антиандрогенні (до них належать ципротерон, дієногест, дроспіренон), антимінералокортикоїдні (не відбувається затримка натрія та води – дроспіренон) ефекти. Однак з іншої сторони деякі прогестагени мають й андрогенний ефект. Такий ефект відбувається за рахунок того, що прогестагени мають структурну схожість з тестостероном, у результаті чого відбувається більш активне зв'язування та активація рецепторів до андрогенів. До високоандрогенних прогестагенів належать норетистерон, лінестренол, етінадіол діацетат, тощо [2, 7].

При більш детальному аналізі гестагенів можна зазначити, що, наприклад, гестоден, на відмінну від інших, зумовлює трансформацію ендометрія в найменшій дозі. Він не потребує попереднього перетворення у 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 володіє антимінералокортикоїдною дією, 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, медроксипрогестерона ацетат і ципротерон ацетат, мегестрол ацетат. До іншої підгрупи входить дідрогестерон.

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, 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 тромбоутворення. Синтетичні естрогени після проходження через печінку підвищують утворення прокоагуляційних факторів та зменшу-

ють 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, оскільки 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. 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, все ж таки ці жінки мають більший ризик розвитку виникнення такої патології [12].

Факторами ризику, які можуть також підвищити ймовірність виникнення тромбоемболії є ожиріння, збільшення віку, куріння, хірургічні втручання тощо. Дані наукових досліджень свідчать, що чим вища концентрація етинілестрадіолу містяться у 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 відмінну від КОК не впливає ні на гемостаз, ні на метаболічні процеси [12].

У наукових джерелах описується те, що на підставі 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 облигантними 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 urealiticus*, гриби роду *Candida* тощо. При дії специфічних негативних факторів нормальна мікрофлора піхви порушується у бік переважання транзитних умовно-патогенних і/або патогенних мікроорганізмів (дисбіоз), які спричиняють патологічні стани нижнього відділу репродуктивного тракту жінки.

Доведено, що під час вживання гормональної низькодозованої контрацепції збільшується кількість жінок з мікробіоцинозом піхви, в яких переважають лактобацили та дріжджоподібні. 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]. Однак існує й інша думка, що застосування КОК навпаки зменшує частоту виникнення порушень мікробіоценозу піхви – зменшення частоти виникнення кандидозного

кольпиту, на відмінну від використання ВМК, за якої частота виникнення запальних процесів органів малого таза в декілька разів вища.

Дані досліджень достовірно 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 у місці контакту ВМК з ендометрієм. Спіраль стимулює синтез простагландинів, які також спричинюють запальний процес. Не потрібно забувати про «капілярний» ефект ниток, за якого мікрофлора, яка знаходиться у піхві поширюється у верхні відділи репродуктивної системи. Розвиток даної патології зумовлює використання контрацептиву тривалий час: 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.

Під час використання КОК може підвищуватися утворення прокоагуляційних факторів та зменшуватися синтез антитромбіну ІІІ, у результаті чого підвищується фібринолітична активність крові та підвищується агрегація тромбоцитів та утворення тромбів. Такій патології у медицині приділяють велику увагу, оскільки вони виникають спонтанно, а діагностика та лікування не завжди вчасна. Під час використання контрацептивних засобів мікрофлора піхви може характеризуватися більшою кількістю лактобацил та дріжджоподібних.

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 вживання КОК навпаки зменшує частоту виникнення порушень мікробіоценозу піхви, на відмінну від використання ВМК, за якої частота виникнення запальних процесів органів малого таза в декілька разів вища й може ускладнюватися тубооваріальними утвореннями органів малого таза.

ВООЗ рекомендує використання контрацепції жінкам для запобігання небажаної вагітності і тих ускладнень, до яких приводить її переривання. Тому гормональна та внутрішньоматкова контрацепція є методами вибору у 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 деторождение, избегая нежелательной беременности, которая заканчивается искусственным абортом. Как известно, аборт может быть причиной многих гинекологических заболеваний, негативно влияя на репродуктивное здоровье женщины. Чтобы избежать таких осложнений во всем мире используют различные методы контрацепции: химические, механические, хирургические. Одними из самых распространенных методов является гормональная и внутриматочная контрацепция.

Несмотря на значительный прогресс в развитии контрацепции, остается повышенный риск развития осложнений от их использования. К таким осложнениям относятся сердечно-сосудистые заболевания, метаболические нарушения, нарушения микробиоты 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, тромбоэмболии, микробиоты 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 с. кольор. вкл.
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, Али-риза 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.
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 618.14:618.19]-006-07-08

Вплив поєднаної патології матки і грудних залоз на репродуктивне здоров'я жінок

О.А. Полюлях

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

Результати проведених досліджень свідчать про актуальність проблеми поєднання дисгормональних захворювань грудних залоз (ГЗ) і гіперпластичних процесів матки з точки зору як своєчасної діагностики, так і ефективності лікувально-профілактичних заходів. Отримані нами результати свідчать про необхідність широкого використання нами алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів при наявності такої поєднаної патології, як дисгормональні захворювання ГЗ і гіперпластичні процеси матки, що дозволить знизити захворюваність жінок репродуктивного віку, а також підвищити якість їхнього життя.

Ключові слова: доброякісна патологія матки та грудних залоз, діагностика, лікування, репродуктивний вік.

Проблема доброякісної поєднаної патології матки і грудних залоз (ГЗ) є однією з найбільш актуальних в сучасній гінекології. Це зумовлено тим, що гіперпластичні процеси матки (ГПМ) і дисгормональні захворювання ГЗ (ДЗГЗ) посідають одне з провідних місць у структурі гінекологічної захворюваності [1, 2]. Частота даної патології серед жінок репродуктивного віку становить майже 50,0%, а в перименопаузальний період – до 60,0% [3, 4].

На сучасному етапі спостерігається збільшення частоти ГПМ (лейоміома, аденоміоз і гіперплазія ендометрія), особливо серед жінок молодого віку, що знижує якість життя і негативно впливає на їхню репродуктивну функцію [5, 6].

На сьогодні рак грудної залози (РГЗ) у структурі онкологічної патології у жінок посідає перше місце, а його частота зростає паралельно зростанню перерахованих станів МЗ, серед яких явно переважають ДЗГЗ і проліферативна мастопатія (ПМ) [5]. Дані сучасної літератури [5, 7] свідчать про те, що РГЗ «помолодшав» і значно частіше розвивається на тлі ДЗГЗ, особливо ПМ, або поєднується з ними, що свідчить про спільність механізмів, покладених в їх основу. Проте до сьогодні дискутується питання, чи є ДЗГЗ попередником раку, або злоякісні пухлини розвиваються на тлі незмінених тканин ГЗ.

Багаточисельні дані літератури [1, 3, 5, 7] переконливо свідчать про те, що процеси, які відбуваються в ГЗ, знаходяться в тісному взаємозв'язку з функцією репродуктивної системи. Відомо, що ГЗ – мішень не лише для стероїдних, але і

для гіпофізарних гормонів, гормонів щитоподібної залози, надниркових залоз тощо. Це істотно підвищує вірогідність розвитку патології ГЗ при порушеннях функції репродуктивної системи і у хворих з гормонально-залежними гінекологічними захворюваннями. Так, поєднання ДЗГЗ з лейоміомою матки зустрічається в 80,0% хворих; з генітальним ендометріозом – в 90,0%, при гіперплазії ендометрія становить близько 60,0% [2, 4].

У той самий час, робіт, присвячених поєднанню доброякісної патології матки і ГЗ недостатньо, вони є фрагментарними і не зачіпають проблеми можливо прогнозування перебігу даної поєднаної патології.

Усе наведене вище свідчить про актуальність обраної наукової проблеми, вирішення якої дозволить поліпшити стан здоров'я жінок репродуктивного віку.

Мета дослідження: підвищення ефективності діагностики і лікування поєднання доброякісних захворювань ГЗ і гіперпластичних процесів матки у жінок репродуктивного віку на основі вивчення нових аспектів патогенезу даної поєднаної патології, а також удосконалення і впровадження алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для виконання поставлених завдань були обстежені 350 жінок. Були сформовані три репрезентативні клінічні групи хворих. До першої групи увійшли 150 хворих з доброякісними захворюваннями ГЗ на тлі гіперпластичних процесів матки, включаючи і гіперпластичні процеси ендометрія, до другої – 50 хворих з проліферативною мастопатією, до третьої (контрольної) – 150 пацієнток з ГПМ без захворювань ГЗ. При цьому групу 1 було розподілено на дві підгрупи залежно від використовуваного алгоритму лікувально-профілактичних заходів: підгрупа 1.1 – 75 жінок, що отримували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи і підгрупа 1.2 – 75 вдосконалений нами алгоритм.

Підбір пацієнток в групі проводився за принципом копії-пара. Вік обстежених пацієнток коливався від 20 до 40 років.

Анамнез обстежуваних жінок вивчали за розробленою нами анкетною-опитувальною. Особливу увагу приділяли перенесеним екстрагенітальним захворюванням, спадковості – гінекологічним, мамологічним та онкологічним захворюванням у найближчих родичів. Так само було виконано підбір та аналіз інформації з первинної медичної документації жінок в жіночих консультаціях, мамологічній клініці, що дозволило скорегувати дані опитування.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, мамографічні, ендокринологічні, імунологічні і морфологічні методи дослідження.

Усі жінки були оглянуті терапевтом, отримали консультацію мамолога.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що в структурі дифузних захворювань ГЗ при їх поєднанні з гіперпластичними процесами матки, переважали дифузна мастопатія (65,5%) порівняно з фіброзно-кістозною (26,7%) і фіброаденомою (8,3%). Проліферативна мастопатія найчастіше розвивалася на тлі фіброзно-кістозної мастопатії (64,0%), кіст ГЗ (28,0%), цисто- і фіброаденом

(34,0%), хронічного маститу (20,0%) і фіброзної мастопатії (12,0%), причому в 58,0% випадках виявляли поєднання перелічених вище варіантів патології ГЗ.

Основними варіантами гіперпластичних процесів матки при поєднанні з дифузними захворюваннями ГЗ була лейоміома (83,3%) і рідше – гіперпластичні процеси ендометрія (18,7%), причому на тлі запальних процесів репродуктивної системи (39,3%), патологічних змін шийки матки (29,3%), внутрішнього ендометріозу (23,3%) і кіст яєчників (12,7%). Проліферативна мастопатія в 100,0% випадків поєднувалася з лейоміомою матки на тлі запальних процесів репродуктивної системи (44,0%), патологічних змін шийки матки (38,0%), внутрішнього ендометріозу (22,0%) і гіперпластичних процесів ендометрія (12,0%).

При оцінці ехографічних змін ГЗ встановлено, що у жінок з гіперпластичними процесами матки переважали дифузні зміни ГЗ, а при проліферативній мастопатії – вузлувато-кістозні процеси. Крім того, у хворих дифузними захворюваннями ГЗ і проліферативною мастопатією відбувалося порушення мікроциркуляції в ГЗ, причому у хворих з дифузними захворюваннями ГЗ спостерігалося посилення середньої швидкості кровотоку із збільшенням систоли і діастолі складових, а в хворих з проліферативною мастопатією – різке зниження середньої швидкості кровотоку і його складових.

Предикатом виникнення дифузних захворювань ГЗ у жінок з гіперпластичними процесами матки, за даними ультразвукового дослідження, було підвищення індексу пульсації, а характерною ознакою проліферативної мастопатії, за результатами обстеження ультразвукової доплерографії, – зниження швидкості кровотоку та її складових компонентів, зниження індексів циркулярного опору і пульсації.

Функціональний стан ендокринної системи у хворих з дифузними захворюваннями ГЗ і гіперпластичними процесами матки характеризувався гіпоестрогенією, гіперпролактинемією, гіперпродукцією кортизолу і тестостерону. При дифузній мастопатії характерні гіперестрогенія, монотонний ритм лютеїнізуючого і фолікулоstimулюючого гормонів протягом менструального циклу, а також гіперпролактинемія, при фіброзно-кістозній мастопатії – прогестеронова недостатність, монотонний ритм виділення фолікулоstimулюючого і лютеїнізуючого гормонів протягом менструального циклу, гіперпролактинемія і субклінічний гіпотиреоз.

У хворих з проліферативною мастопатією частіше фіксували ановуляторні менструальні цикли (74,0%), порівняно з недостатністю лютеїнової фази (26,0%). При ановуляції характерна гіперпролактинемія, збільшення концентрації лютеїнізуючого і фолікулоstimулюючого гормонів з переважанням останнього, низька концентрація прогестерону і естрадіолу, при недостатності лютеїнової фази – гіперпролактинемія і гіперестрогенія.

У хворих з дифузними захворюваннями ГЗ фіксували розвиток цитокінової дисрегуляції, це виявлялося підвищенням частоти виявлення продукції інтерлейкіна-6 і інтерлейкіна-1 β , відображаючи порушення взаємодії між імункомпетентними клітинами і цитокінами. На етапі виявлення проліферації мастопатії зареєстровано пряму кореляційну залежність між рівнями sFas та інтерлейкіна-1 β ($r=0,52$), підвищення рівня інсуліноподібного чинника зростання

другого типу при одночасному зниженні інсуліноподібного чинника зростання третього типу, що свідчить про те, що цитокіни можуть бути активаторами процесу проліферації.

Стан вегетативної нервової системи достовірно не відрізнявся стосовно зміни патології ГЗ (дифузні захворювання ГЗ і проліферативна мастопатія) і характеризувався наступними змінами:

- зниження ефективності системи нейрогуморальної регуляції у вигляді збільшення вкладу в структуру спектральної потужності спектрального ритму після проведення активної ортостатичної проби;
- зростання напруги регуляторних механізмів у вигляді збільшення доли симпатoadреналової активності;
- зниження адаптаційного потенціалу, що виявлялося у вигляді зниження парасимпатичної реактивності;
- менш ефективне вегетативне забезпечення діяльності або виснаження симпатoadреналової активності, що виявлялося зниженням абсолютної спектральної потужності.

Для жінок з дифузними захворюваннями ГЗ були характерні наступні психологічні особливості:

- стан хронічної дезадаптації до тривожної депресії на тлі підвищеної конституційно зумовленої особової тривожності, схильність до депресивного реагування, песимістична, індивідуалістичність, тривожність та імпульсивність зі схильністю до пошукової активності в стресовій ситуації, схильність до психосоматичних реакцій;
- зрілість життєвої позиції, висока готовність до пасивно-оборонної реакції в соціумі (52,6%), загальна втома (18,4%), труднощі міжособового спілкування (10,3%), запальність в конфліктних ситуаціях (10,3%), незалежність (13,7%), потреба у спокої (5,3%) і підвищена ранимість щодо критичних зауважень (15,7%);
- м'який, поступливий характер і розвинене відчуття провини (11,1%), демонстративність (15,7%), страх і «муки хворого до совісті» (13,3%), зверненість до світу внутрішніх переживань (8,7%) і недовіра навколишньому світу (6,7%).

Психологічні особливості жінок з проліферативною мастопатією полягають у наступному:

- схильність до депресивного реагування, знаходження в стані дезадаптації аж до тривожної депресії, понижений рівень соціальної адаптації, зосередженість на соматичних скаргах без емоційного захоплення, підвищена дратівливість, схильність до артеріальної гіпертонії, психосоматична схильність до захворювань травного тракту;
- зрілість життєвої позиції (36,0%), обмеження сфери спілкування обстежених жінок, загальна втома (36,0%), прагнення уникнути обмежень (28,0%), прагнення до незалежності (10,0%) і виражений стрес (54,0%);
- розвинене відчуття провини (18,0%), егоїстичність (6,0%), нерішучість у встановленні нових контактів (18,0%), схильність до самопожертвування (18,0%), замкнутість (36,0%) і можливість суїцидальної реакції (26,0%).

Ефективність вдосконаленого нами алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних методів становила через 3 міс 14,7%; через 6 міс – 16,0% і через 12 міс – 26,7%, що підтверджується результатами додаткових методів дослідження: клінічних, ехографічних, ендокринологічних, імунологічних і нейропсихологічних.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про актуальність проблеми поєднання дисгормональних захворювань грудної залози (ДЗМЗ) і гіперпластичних процесів матки (ГПМ) з точки зору як своєчасної діагностики, так і ефективності лікувально-профілактичних заходів.

Отримані нами результати свідчать про необхідність широкого використання удосконаленого нами алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів за наявності такої поєднаної патології, як ДЗМЗ і ГПМ, що дозволить знизити захворюваність жінок репродуктивного і перименопаузального віку, а також підвищити якість їх життя.

Влияние сочетанной патологии матки и грудных желез на репродуктивное здоровье женщин

О.А. Поллюях

Результаты проведенных исследований свидетельствуют об актуальности проблемы сочетания дисгормональных заболеваний грудных желез (ГЖ) и гиперпластических процессов матки с точки зрения как своевременной диагностики, так и эффективности лечебно-профилактических мероприятий. Полученные нами результаты свидетельствуют о необходимости широкого использования усовершенствованного нами алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий при наличии такой сочетанной патологии, как дисгормональные заболевания ГЖ и гиперпластические процессы матки, что позволит снизить заболеваемость женщин репродуктивного возраста, а также повысить качество их жизни.

Ключевые слова: доброкачественная патология матки и грудных желез, диагностика, лечение, репродуктивный возраст.

Influence of the combined pathology of uterus and mammary glands on genital health of women

O.A. Polyulyakh

Results of spent researches testify to an urgency of a problem of a combination dysgormonal diseases of mammary glands and hyperplastic processes of uterus from the point of view both timely diagnostics, and efficiency of treatment-and-prophylactic actions. The results received by us testify to necessity of wide use of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions improved by us at presence such combined pathologies as dysgormonal disease of mammary glands and hyperplastic processes of uterus that will allow to lower disease of women of reproductive age, and also to raise quality of their life.

Key words: a good-quality pathology of uterus and mammary glands, diagnostics, treatment, reproductive age.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Айламазян Э.К. Гинекология от пубертата до постменопаузы / Э.К. Айламазян. — М.: Медпресс-информ, 2012. — 425 с.
2. Андреева Е.Н. Современные подходы к лечению гиперплазии эндометрия / Е.Н. Андреева; под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян // Эндоскопия и альтернативные подходы в хирургическом лечении женских болезней (гинекология, акушерство, урогинекология, онкогинекология). — М.: ПАНТОРИ, 2011. — С. 592–600.
3. Баскаков В.П. Проблемы современной диагностики аденомиоза матки: обзор / В.П. Баскаков, Ю.В. Цвелев, Н.Н. Рухляда // Журнал акушерства и женских болезней. — 2012. — Т. 51, вып. 1. — С. 105–111.
4. Безнощенко Г.Б. Неоперативная гинекология / Г.Б. Безнощенко. — М.: Медицинская книга; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2011. — 392 с.
5. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии / Я.В. Бохман. — СПб: Медицина, 2010. — 463 с.
6. Брехман Г.И. Миома матки: психосоматические аспекты, консервативное лечение и профилактика / Г.И. Брехман, Б.Ф. Мазорчук. — М., 2012. — 220 с.
7. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки / Е.М. Вихляева. — М.: МЕДпресс-информ, 2012. — 400 с.

УДК 618.14-007.61-007.415-002.18:611.664]-073.43-055.2-053.84

Роль ехографічних досліджень у тактиці ведення жінок з аденоміозом та гіперпластичними процесами ендометрія

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

Результати проведених досліджень свідчать, що ехографічні дослідження, особливо з використанням кольорового доплерівського картування, має велике значення в діагностиці поєднаних форм аденоміозу і гіперпластичних процесів ендометрія. Правильне трактування отриманих ехографічних результатів за даної поєднаної патології дозволяє розробити раціональну тактику ведення таких пацієнток і проводити адекватний моніторинг лікувального процесу. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: аденоміоз, гіперпластичні процеси ендометрія, ехографія, репродуктивний вік.

Останнім часом відзначається закономірне ураження матки всіма типами гіперпластичних процесів (аденоміоз, лейоміома, гіперплазія ендометрія), особливо у жінок репродуктивного віку з попередніми запальними захворюваннями органів малого таза, що свідчить про деякі загальні закономірності розвитку цих патологічних процесів [1–6].

У численних дослідженнях гіперпластичні процеси в ендометрії були діагностовані у 16–90% хворих з аденоміозом, причому переважали залозиста гіперплазія у поєднанні з поліпами ендометрія (23,4–56,2%), а також залозисті поліпи ендометрія на тлі незміненої слизової оболонки тіла матки (12,0–25%); аденоматозна гіперплазія ендометрія, осередковий аденоматоз, аденоматозні поліпи були виявлені в 6,5–18,7%, аденокарцинома матки – в 1,6–17,8% спостережень [3, 4].

Незважаючи на сучасні методи обстеження, за поєднаної патології вирішальне значення як і раніше належить ехографічному дослідженню при поєднанні аденоміозу і гіперпластичних процесів ендометрія. Це дозволяє заздалегідь поставити діагноз і вирішити питання про тактику ведення таких пацієнток.

Усе наведене вище свідчить про доцільність поглибленого ехографічного дослідження поєднань аденоміозу, що найчастіше зустрічаються, з патологічними процесами ендометрія з використанням сучасних технологій.

Мета дослідження: вивчення ехографічних особливостей поєднання аденоміозу з патологічними процесами ендометрія.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження були включені 153 хворі з аденоміозом у поєднанні з патологічними процесами ендометрія. Критерієм відбору став встановлений клінічний діагноз аденоміозу на підставі ретельного аналізу клініко-анамнестичних, інструментально-діagnostичних і морфологічних даних. У випадках, коли після комплексного клініко-інструментального і гістологічного обстеження клінічний діагноз аденоміозу викликав сумніви, цей факт був критерієм виключення. Факт поєднання аденоміозу з лейоміомою матки розмірами 15 тиж вагітності і більше також був критерієм виключення.

Ехографічне дослідження ми застосовували в якості скринінгового інструментального методу в діагностиці аденоміозу у всіх обстежених хворих. Ультразвукове дослідження (УЗД) проводили у динаміці менструального циклу, ехографічні ознаки захворювання обов'язково зіставляли із скаргами, анамнезом і клінічними даними.

Виконували оцінювання структури міометрія, наявність і особливості ознак, характерних для аденоміозу, робили вимір товщини стінок матки в різних відділах з метою виявлення їхньої асиметрії, а також виявляли аденоміозні і міоматозні вузли, їхню ехоструктуру, кількість, розміри і локалізацію.

Велике значення надавали вивченню серединної маткової структури (вимірювали її розміри, оцінювали структуру, контури, фіксували наявність деформації порожнини матки) і «пограничної» області між міометрієм і базальним шаром ендометрія, оцінювали структуру шийки матки і слизової оболонки каналу шийки матки.

При УЗД яєчників звертали увагу на стан фолікулярного апарату, на наявність в них патологічних структур і непрямих ознак спайкового процесу.

До комплексного УЗД входило також застосування кольорового доплерівського картування (КДК) і доплерівського аналізу усіх досліджуваних хворих з якісною і кількісною оцінкою кровотоку. Якісний аналіз проводили з використанням кольорового вікна, при цьому визначали локалізацію і особливості кровотоку в досліджуваній ділянці, кількість кольорних сигналів від судин і рівномірність перфузії.

Останнім етапом комплексного УЗД була імпульсна доплерометрія (ІД) параметрів кровотоку в судинах. Перемикач виміру швидкості кровотоку змінювали залежно від розміру досліджуваної судини: при вимірі в маткових артеріях ставили на рівень 20–50 см/с, при вимірі в дрібних судинах – 1–10 см/с.

Доплерометрія виконувалася в маткових, аркуатних, радіальних, базальних і спіральних артеріях, а також в судинах виявлених новоутворень (ділянки аденоміозу, вузли аденоміозу і міоми, гіперплазований ендометрій, поліпи, пухлини або пухлиноподібні утворення яєчників тощо).

У роботі використовували наступні показники кривих швидкостей кровотоку: V_Amax – максимальна швидкість артеріального кровотоку; V_Aaver – середня швидкість артеріального кровотоку; V_Vmax – максимальна швидкість венозного кровотоку; IR_{med} – середній індекс резистентності; пульсацийний індекс (PI) і відношення (S/D) систоло-діастолічне. Результати дослідження записувалися на відеокасету з подальшим перезаписом та архівацією на DVD.

На підставі результатів власного дослідження 153 пацієнток з поєднаною патологією матки (аденоміоз) та ендометрія були розподілені на групи:

- група 1 – «чистий» аденоміоз (n=40);
- група 2 – аденоміоз і рецидивуюча гіперплазія ендометрія (n=41);
- група 3 – аденоміоз і гіперплазія атипії ендометрія (n=42);
- група 4 – аденоміоз і рак ендометрія (n=30).

Середній вік пацієнток склав 37,3±3,5 роки і по групах достовірно не відрізнявся, тобто усі пацієнтки були в репродуктивному віці.

Гіперменорею або менорагію визначали як менструації зі збільшенням об'ємом крові (більше 80 мл), що втрачалася. Кількість крові, що втрачається, визначали з використанням запропонованої піктограми для оцінювання об'єму менструальної крововтрати. У наших дослідженнях ясні менструації спостерігалися у 95 (62%) хворих. Поліменорею визначали як маткову кровотечу, що регулярно виникає через проміжок часу <21 дня і тривалістю понад 7 днів. На тривалі менструації скаржилися 79 (51,6%) пацієнток. Метрорагія – маткові кровотечі, не пов'язані з менструальним циклом – зустрічалася у 87 (56,7%) хворих з кров'янистими виділеннями, до і після менструації – у 95 (62%) пацієнток.

Хворобливі менструації (дисменорея) спостерігали у 59 (38,6%) жінок.

Серед основних показань для госпіталізації пацієнток слід виділити маткові кровотечі різної інтенсивності – 124 (81%) пацієнток, підозру на гіперпластичний процес ендометрія – 75 (49%), аденоміоз у поєднанні із зростаючою лейоміомою матки – 10 (6,5%), загострення хронічних запальних захворювань матки і придатків – 22 (14,6%); гіперплазію атипії ендометрія – 42 (27,5%), підозру на наявність пухлини і/або пухлиноподібного утворення яєчника – 10 (6,5%) жінок.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У більшості пацієнток відзначалися порушення менструального циклу, такі як кров'яні виділення до і після менструації, ясні тривалі менструації. Більше третини хворих групи 1 – пацієнтки з аденоміозом у поєднанні з ендометритом – скаржилися на ясні 14 (35%) і тривалі 12 (30%) менструацій. Більше половини – 12 (52,5%) жінок – страждали на дисменорею, і у 27 (67,5%) пацієнток відзначалися кров'янисті виділення до і після менструації. Ці дані можуть свідчити про «активний» аденоміоз. Порушення менструального циклу в групах 2, 3, 4, такі, як мено- і метрорагії, є симптомами супутньої гіперплазії ендометрія з атипією і без атипії та супутнього раку ендометрія. Метрорагії у постменопаузі спостерігалися у всіх хворих з аденокарциномою, що є патогномонічною ознакою цього захворювання.

Запальні захворювання матки і придатків досить часто зустрічалися у всіх хворих на аденоміоз. У групі 2 хронічний сальпінгоофорит спостерігався у 20 (48,8%) хворих, хронічний ендометрит – у 13 (31,7%). У групі 3 хронічний сальпінгоофорит та ендометрит зустрічалися у 23 (54,8%) і 16 (38%) жінок відповідно. У групі 4 відзначалася також висока частота цих захворювань – у 19 (63,3%) і 13 (43,3%) пацієнток відповідно.

Лейоміома матки раніше спостерігалася в усіх групах. У групі 1 лейоміома матки супроводжувала аденоміоз у більш ніж половині випадків (55,2%), тривалістю захворювання від одного до п'яти років (у середньому три роки). Роздільне діагностичне вишкрібання (РДВ) з приводу кровотеч було виконано 10 (40,4%) хворим, гормональне лікування гестагенами проведено 6 (15,3%) жінкам.

У групі 2 хворих з доброякісними гіперпластичними захворюваннями ендометрія лейоміома матки зустрічалася у 18 (43,9%) випадках, тривалість захворювання з моменту виявлення до моменту госпіталізації була в діапазоні від одного до 21-го року, в середньому 11 років. Було виконано лікувально-діагностичне вишкрібання матки в 25 (60,9%) випадках. Гормональне лікування гестагенами проводилося 10 (24%) пацієнткам.

Більше половини хворих на аденоміоз у поєднанні з гіперплазією атипії ендометрія – 23 (54,8%) пацієнтки – страждали на лейоміому матки тривалістю від одного до п'яти років (в середньому три роки). РДВ раніше було виконано 27 (64,3%) хворим. Кісти яєчників, за даними анамнезу, діагностували у 12 (28,6%) випадків.

У хворих на рак ендометрія лейоміома матки спостерігали більше ніж у третини, утворення яєчників раніше виявляли в 11 (36,7%) хворих. РДВ виконано 26 (86,7%) пацієнткам.

Після проведення бімануального ректовагінального та УЗД нами були визначені розміри матки. У більшості хворих – 59 (38,6%) – розміри матки не перевищували 6–8-тижневого терміну вагітності. У групі 1 переважали розміри матки 9–11 тиж – в 11 (27,5%) хворих, в групі 2 – 6–8 тиж у 21 (51,2%), в групі 3 – 12–15 тиж у 19 (45,3%), у групі 4 – у 14 (46,7%) жінок розміри матки не перевищували 6–8-тижневого терміну вагітності.

Ехографічне дослідження дозволило здійснити неінвазивне детальне оцінювання розмірів, структурних змін матки, а також виявити особливості васкуляризації з оцінюванням якісних і кількісних показників кровотоку, у тому числі при динамічному спостереженні протягом менструального циклу або в процесі лікування з аналізом його ефективності.

У власних дослідженнях однією з найбільш характерних ехографічних ознак аденоміозу виявилася збільшення передньо-заднього розміру (96,3%) з реєстрацією асиметрії стінок матки. Часто (63,2%) візуалізували зміну звичайної форми матки з визначенням нерівних, горбистих контурів, в основному за рахунок міоматозних і аденоміозних вузлів. У 75,4% пацієнток виявлена характерна ехографічна ознака аденоміозу – округла (куляста) форма матки, причому сферична конфігурація була особливо виражена в області дна матки.

Іншою важливою ехографічною ознакою аденоміозу, виявленого нами у 95,2% обстежених пацієнток, була наявність неоднорідної структури міометрія у вигляді комірковості, плямистості або в зонах, залучених до патологічного процесу, за рахунок чергування ділянок зниженої і підвищеної ехогенності. При ехографії дрібнокістозні утворення округлої форми в міометрії розмірами від 2 до 6 мм зустрічалися у 43,5% пацієнток, а кістозні порожнини розмірами від 7 до 13 мм з дрібнодисперсною суспензією – лише у 3,5% пацієнток.

Неоднорідність ехо-картини аденоміозу також зумовлена наявністю гіперплазії і гіпертрофії міометрія, особливо вираженої у безпосередній близькості до ділянок активного аденоміозу.

Під час проведення ехографії, враховуючи розвиток аденоміозу при інвазії ендометрія з базального шару в міометрій, а також з урахуванням верифікованих при морфології структурних змін прилеглих до ендометрія ділянок міометрія, особливу увагу приділяли скануванню так званої пограничної зони. При детальній візуалізації цієї зони виявляються наступні ехо-ознаки: нечітка межа між міометрієм та ендометрієм; нерівномірне потовщення «пограничної» зони; неоднорідна структура межі «ендометрій-міометрій», де з'являлися гіперехогенні включення у вигляді дрібних, частіше округлих або лінійних структур.

Потовщення задньої стінки при аденоміозі, зареєстровані при УЗД, відзначалися в 68,2% випадків, передньої стінки – 32,4%, області дна – в 28,3% випадків.

Аденоміоз у усіх хворих був дифузним. Аденоміоз 2 ст. виявлений в групі 1 у 47,5%, в групі 2 – у 39,3%, в групі 3 – у 23,9% і в групі 4 – у 10,3% хворих; аденоміоз 3 ст. – у 52,5%, 61,1%, 76,1 і 90,2% хворих відповідно.

При 2–3 ст. дифузного аденоміозу виявлено збільшення розмірів матки, яка набувала округлої форми (з урахуванням розмірів і локалізації вузлів міоми) за рахунок збільшення її передньо-заднього розміру. У міометрії виявлялися структури з підвищеною та зниженою ехогенністю, що створювали картину «комірчастої» структури, зустрічалися дрібнокістозні порожнини, в середньому, близько 2-4 мм. При 3 ст. аденоміозу у 72,2% хворих виявлено зміщення М-ехо і деформація порожнини матки за рахунок вираженої асиметрії стінок, характерне чергування смуг підвищеної і зниженої ехогенності (симптом «зебри») в площині сканування, а також зниження звукопровідності в далекому фронті сканування матки.

КДК у багатьох випадках дозволило проводити правильну диференціальну діагностику між вузловою формою аденоміозу і вузлами міоми матки. Так, якщо при міомі матки, особливо простої, частіше мав місце периферичний кровотік з локалізацією судин в «капсулі» вузла, то для аденоміозу був характерний центральний тип кровотоку, у вигляді «миготіння». Крім того, у вузлі аденоміозу була відсутня «капсула» з судинами, які були в міомі.

Ехографічна структура матки при аденоміозі у поєднанні з міомою характеризувалася вираженим поліморфізмом, обумовленим різним співвідношенням в міометрії ділянок гіперплазованої гладкої мускулатури матки, міоматозних вузлів та ендометріодних гетеротипій, що з урахуванням особливостей ехо-структури кожного з них істотно утруднює виявлення патогномонічних для аденоміозу ехографічних симптомів. Крім того, ехографічна картина у цих хворих обумовлена числом, розмірами, локалізацією вузлів міоми, а також клініко-морфологічною формою міоми матки – проста або проліферативна.

Особливу увагу при УЗД приділяли стану ендометрія. При ехографії гіперплазія ендометрія визначалася як утворення підвищеної ехогенності, частіше за однорідну, губчасту структуру з наявністю множинних точкових анехогенних включень з ефектом акустичного посилення. При гіперплазії атипії в порожнині

матки частіше виявляли менш однорідну гіперехогенну структуру. Поліпи визначалися як гіперехогенні утворення з чіткими рівними контурами матки, що деформують порожнину. У деяких випадках виявляли скупчення невеликої кількості рідини. При невеликих поліпах, що акустично не виявляються, відзначали деформацію серединної структури М-ехо.

Кольорова доплерографія реєструвала кровотік різної інтенсивності в ендометрії, залежно від виду патологічного процесу. При гіперплазії без атипії відзначалися поодинокі сигнали, розташовані по периферії з середнім і нормальним рівнем резистентності. При фібровано-залозистих поліпах візуалізувався помірно виражений венозний і артеріальний периферійний кровотік з середнім рівнем резистентності. При атипічній гіперплазії відзначався помірний центральний і периферичний кровотік з середнім рівнем периферичного опору. При атрофічному ендометрії не вдалося реєструвати кровотік.

Проведення КДП та імпульсної доплерометрії дозволило виявити особливості кровотоку, який залежно від форми поєднання аденоміозу був різним.

При КДК були вивчені особливості кровопостачання органів малого тазу і окремих тканин (міометрій, ендометрій та ін.), а при доплерографії та імпульсній доплерометрії – характер і параметри кровотоку. Ці показники мають важливе значення, зокрема, при діагностиці активності аденоміозу, а зрештою – для вирішення питання щодо подальшої терапії пацієнток і моніторингу лікувального процесу.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що ехографічні дослідження, особливо з використанням кольорового доплерівського картування, мають велике значення в діагностиці поєднаних форм аденоміозу і гіперпластичних процесів ендометрія. Правильне трактування отриманих ехографічних результатів при цій поєднаній патології дозволяє розробити раціональну тактику ведення таких пацієнток і проводити адекватний моніторинг лікувального процесу. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Роль эхографических исследований в тактике ведения женщин с аденомиозом и гиперпластическими процессами эндометрия П.М. Прудников

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что эхографические исследования, особенно с использованием цветного доплеровского картирования, имеют большое значение в диагностике сочетанных форм аденомиоза и гиперпластических процессов эндометрия. Правильная трактовка полученных эхографических результатов при данной сочетанной патологии позволяет разработать рациональную тактику ведения таких пациенток и проводить адекватный мониторинг лечебного процесса. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: аденомиоз, гиперпластические процессы эндометрия, эхография, репродуктивный возраст.

Role of ehografical researches in tactics of maintaining women with an adenomyosis and hyperplastic processes an endometrium P.M. Prudnikov

Results of the spent researches testify that ehografical researches, especially with use colour dopler cartiration, has big value in diagnostics combitation forms of ademyose and hyperplastic processes of endometrium. The correct treatment received ehografical results at given combination pathologies allows to develop rational tactics of conducting such patients and to carry out adequate monitoring of medical process. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: ademyose, hyperplastic processes of endometrium, ehografia, reproductive age.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамьян Л.В. Генитальный эндометриоз: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение: Метод. пособие для врачей / Л.В. Адамьян, Е.Н. Андреева. – М., 2011. – 158 с.
2. Аничков Н.М. Сочетание аденомиоза и лейомиомы матки / Н.М. Аничков, В.А. Печеникова // Архив патологии. – 2005. – Т. 67, № 3. – С. 31–34.
3. Ашрафян Л.А., Киселев В.И. Опухоли репродуктивных органов (этиология и патогенез) / Л.А. Ашрафян, В.И. Киселев. – М.: Димитрий График Групп, 2007. – 216 с.
4. Баскаков В.П. Эндометриодная болезнь / В.П. Баскаков, Ю.В. Цвелев, Е.Ф. Кира. – СПб.: ООО «Издательство Н-Л», 2002. – 452 с.
5. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии / Я.В. Бохман. – М.: Медицина, 2009. – 463 с.
6. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии / Вихляева Е.М., Железнов Б.И., Запорожан В.Н. – М.: Мед. инф. агентство, 2008. – 768 с.

Оптимізація ведення жінок з гіперпластичними процесами ендометрія на тлі патології грудних залоз та надлишкової маси тіла

А.О. Семенюк

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

Використання вдосконаленого нами алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у жінок перименопаузального періоду з поєднанням гіперпластичних процесів ендометрія і фіброзно-кістозної мастопатії дозволяє визначити першочерговість (статеві органи або грудні залози); метод лікування (консервативний або оперативний) і варіант медикаментозної корекції (препарати для гормональної і метаболічної терапії). У сукупності це дозволяє знизити захворюваність у жінок перименопаузального періоду і попередити розвиток онкологічної патології.

Ключові слова: гіперпластичні процеси ендометрія, фіброзно-кістозна мастопатія, тактика лікування.

Серед основної патології репродуктивної системи у перименопаузальному періоді провідне місце посідають гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ) [1–5]. Основними причинами розвитку різних варіантів гіперпластичних процесів ендометрія є високий рівень дисгормональних порушень у репродуктивний період, значна частота запальних змін органів малого таза, несприятливий вплив екологічних чинників, істотний рівень супутньої соматичної захворюваності тощо [1, 4].

На сьогодні фіброзно-кістозна мастопатія грудних залоз (ФКМ) є патологією, яка досить часто зустрічається серед жінок перименопаузального віку, а в структурі смертності жінок рак грудної залози (ГЗ) посідає одне з перших місць [2, 3]. Серед широкого спектру причин такої несприятливої ситуації виділяють початкові дисгормональні порушення, які можуть починатися з пубертатного періоду, обтяжений репродуктивний анамнез, медико-соціальні причини тощо [1–5].

Не дивлячись на значну кількість наукових публікацій з проблем ГПЕ, і ФКМ зокрема, наукові дослідження, що стосуються взаємозв'язку цих двох патологій, практично відсутні, а наявні в даному напрямку поодинокі публікації носять фрагментарний характер. Усе наведене вище свідчить про актуальність цієї проблеми.

Мета дослідження: підвищення ефективності діагностики та лікування поєднаної патології – ГПЕ і ФКМ та надлишкової маси тіла на підставі вивчення клініко-ехографічних, доплерометричних та ендокринологічних особливостей, а також удосконалення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети і завдань під спостереженням перебували 230 пацієнток перименопаузального періоду з верифікованими гіперпластичними процесами ендометрія та надлишковою масою тіла, в яких виконано ретельне обстеження ГЗ. До перименопаузи включали пацієнток, у яких з 45 до 55 років діагностували клімактеричні симптоми менопаузи, остання менструація відмічена два роки тому. Стан ГЗ вивчено також у 98 пацієнток перименопаузального періоду без гінекологічної патології – контрольна група.

Усіх обстежених пацієнток з ГЕ (n=230) було розподілено на дві групи: перша група – пацієнтки з ГЕ, в яких відсутні захворювання ГЗ (n=65), друга група – пацієнтки з ГЕ і наявністю захворювань ГЗ (n=165).

Дослідження проводили за спеціально розробленою схемою, яка включала ретельний аналіз соматичного, акушерсько-гінекологічного анамнезу, характеру менструальної функції і супутніх гінекологічних захворювань; аналіз гормонального статусу. При цьому враховувалося застосування в анамнезі гормональних препаратів з метою лікування гінекологічних захворювань і метод використання контрацепції.

На другому етапі роботи визначено методи лікування гіперпластичних процесів ендометрія і стан ГЗ. До групи вибірки для другого етапу дослідження увійшли всі 230 пацієнток першого етапу з ГПЕ перименопаузального періоду.

У процесі проспективного дослідження вивчений вплив гормональних препаратів, вживаних для лікування, ГЕ у період перименопаузи на стан ГЗ: у 37 жінок – у процесі вживання прогестинів, у 17 – антагоністів гонадотропінів, у 19 – агоністів ГНРГ, у 10 пацієнток – ЗГТ, вживані з метою лікування клімактеричних розладів і профілактики рецидиву патології ендометрія. З 83 пацієнток, що отримали гормональну терапію для лікування ГЕ, в 70 жінок патологія ендометрія поєднувалася з ФКМ.

У процесі спостереження за пацієнтками з ГПЕ протягом 2–4 років вивчений стан ГЗ в 98 – після оперативної гістероскопії (абляції ендометрія, поліпектомії) і в 49 – після гістеректомії. Виявлені чинники, що спричинюють виникнення проліферативних ускладнень з боку ГЗ після застосування оперативних методів лікування гіперплазії ендометрія у пацієнток перименопаузального періоду, зроблена спроба оцінити можливість зниження захворюваності рака ГЗ шляхом ранньої діагностики передракових і фонових захворювань ГЗ у пацієнтів перименопаузального періоду з ГПЕ, що входять до групи найбільш високого ризику виникнення захворювань ГЗ.

Проведена також робота для визначення лікувальної тактики при виявлених доброякісних захворюваннях ГЗ у пацієнток з ГПЕ періоду перименопаузи. Для

реалізації даного завдання з обстежених 230 пацієнток з ГПЕ відібрано 165 пацієнток з поєднаними ГПЕ і ГЗ.

Лікування хворих з поєднаними ГПЕ і ФКМ проведено з урахуванням як гінекологічної, так і мамологічної патології. Проведено динамічне спостереження за станом ГЗ у пацієнток з ФКМ і ГПЕ у процесі медикаментозної терапії, вживаної як з метою лікування патології ендометрія (70 спостережень), так і з метою терапії захворювань ГЗ (64 спостереження). Тривалість періоду спостереження за хворими з поєднаними ГПЕ і ФКМ становила 2–4 роки.

Клініко-ультразвукове дослідження проводили один раз на 6 міс, рентгенологічну мамографію – один раз на рік. Аналіз даних, отриманих в ході даного спостереження, дозволив розробити обґрунтовану систему діагностичних і лікувальних заходів для пацієнток з поєднаними ГПЕ і ФКМ у період перименопаузи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що чинниками ризику розвитку поєднаної патології ГПЕ і ФКМ є:

- соматичні захворювання – зміни у щитоподібній залозі, часті вірусні респіраторні захворювання, дискінезія жовчних шляхів, артеріальна гіпертонія, ожиріння 2–3 ст.;
- відсутність або наявність менше двох пологів;
- відсутність або короткий період (менше 6 міс) грудного вигодовування дитини.

ГПЕ розвивалися у перименопаузальний період (73,4%), в їхній структурі переважали гіперплазія ендометрія без атипії (56,5%), поліпи ендометрія (39,7%), поєднання гіперплазії та аденоміозу (24,8%) порівняно з атиповою гіперплазією ендометрія (18,3%), поєднанням гіперплазії і поліпів ендометрія (12,2%), а також поєднанням гіперплазії з субмукозною міомою матки (1,8%).

ГПЕ зустрічалися самостійно лише в 21,7% випадків, частіше поєднувалися з аденоміозом і лейоміомою матки (42,2%), аденоміозом (21,7%) або з лейоміомою матки (14,4%).

Сумарна частота різних форм ФКМ у жінок з ГПЕ становила 73,5%, причому з переважанням дифузної форми ФКМ (56,5%) порівняно з кістами ГЗ (9,5%) і вузловою формою ФКМ (7,5%).

Частота і форма ФКМ залежали від варіанту гіперплазії ендометрія:

- при простій гіперплазії сумарна частота складала 84,1% з переважанням дифузної форми ФКМ (74,4%);
- за наявності ознак атипії гіперпластичного процесу ендометрія сумарна частота становила всього лише 26,2%, в основному, за рахунок дифузної форми ФКМ (23,8%);
- при поліпах ендометрія – найбільш висока сумарна частота (94,6%) з явним переважанням вузлуватих форм ФКМ (66,7%).

Основними методами лікування ГПЕ на тлі ФКМ були гістероскопія з подальшою гормональною терапією (46,5%), лише гормональна терапія (39,5%) і гістеректомія (28,0%).

Диференційований підхід до підбору гормональних препаратів, вживаних з метою лікування ГПЕ у перименопаузі, залежав від початкового стану ГЗ:

- при незмінених ГЗ можливе вживання усіх видів гормональної терапії.
- при дифузних формах ФКМ хворим з гіперплазією ендометрія у перименопаузі у віці до 50 років доцільно призначення гестагенних препаратів як в циклічному, так і в безперервному режимі; пацієнткам старше 50 років як в пре-, так і в постменопаузі найбільш ефективним було вживання антагоністів або агоністів статевих гормонів;
- при вузлових формах ФКМ як в пре-, так і в постменопаузі перевагу віддали антагоністам гонадотропінів, агоністам гонадотропін-рилізінг гормону.

Гормональну терапію ГПЕ слід проводити з контролем стану ГЗ на підставі об'єктивних методів діагностики: ехографія, мамографія і доплерометрія. При неефективності гормонотерапії необхідно використовувати оперативну гістероскопію або гістеректомію з подальшою гормональною корекцією з врахуванням стану молочних залоз.

Використання вдосконаленого нами алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у жінок перименопаузального періоду з поєднанням ГПЕ і ФКМ дозволяє визначити першочерговість (статеві органи або ГЗ); метод лікування (консервативний або оперативний) і варіант медикаментозної корекції (препарати для гормональної і метаболічної терапії). У сукупності це дозволило знизити захворюваність у жінок перименопаузального періоду і попередити розвиток онкологічної патології.

ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать про актуальність обраного наукового завдання. Використання розробленого нами алгоритму дозволяє знизити захворюваність у жінок перименопаузального періоду і попередити розвиток онкологічної патології.

Оптимизация ведения женщин с гиперпластическими процессами эндометрия на фоне патологии грудных желез и избыточной массы тела А.А. Семенюк

Использование усовершенствованного нами алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у женщин перименопаузального возраста с сочетанием гиперпластических процессов эндометрия и фиброзно-кистозной мастопатии позволяет определить первоочередность развития (половые органы или грудные железы); метод лечения (консервативный или оперативный) и вариант медикаментозной коррекции (препараты для гормональной и метаболической терапии). В совокупности это позволяет снизить заболеваемость женщин перименопаузального возраста, предупредить развитие онкологической патологии.

Ключевые слова: гиперпластические процессы эндометрия, фиброзно-кистозная мастопатия, тактика лечения.

**Optimization of maintaining women with hyperplastic processes
an endometrium against pathology of mammary glands
and excess body weight
A.A. Semenyuk**

Use of the algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions improved by us at women perimenopausal age with a combination of hyperplastic processes of endometrium and fibroce-cystes mastopatia allows to define developments (genitals or mammary glands); a treatment method (conservative or operative) and a variant of medicamentous correction (preparations for hormonal and metabolic therapy). In aggregate it allows to lower disease of women perimenopausal age to warn development of an oncological pathology.

Key words: *hyperplastic processes of endometrium, fibroce-cystes mastopatia, treatment tactics.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Чайка В.К. Прогнозирование рецидивирования гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста / В.К. Чайка, Т.И. Холодник, Г.Д. Мисуня / Медико-социальные проблемы семьи. – 2009. – Т. 8, № 2. – С. 103–108.
2. Железнов Б.И. Клиника, диагностика и лечение полипов эндометрия / Б.И. Железнов А.Н. Стрижаков, В.А. Лебедев // Акушерство и гинекология. – 2016. – № 11. – С. 73–77.
3. Клинико-патогенетические варианты гиперпластических процессов эндометрия у женщин, проживающих в различных экологических условиях / [Давидян Л.Ю., Родкана Р.А., Багдасаров А.Ю., Олейникова Д.В.] // Казанский медицинский журнал. – 2012. – Т. 83, № 2. – С. 105–107.
4. Рожковська І.М. До питання щодо оптимальної тактики ведення хворих з поліпами ендометрія / І.М. Рожковська // Одеський медичний журнал. – 2010. – № 2. – С. 49–50.
5. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии / Я.В. Бохман. – СПб: Медицина, 2009. – 463 с.

УДК 618.177-089.888.11-06:618.177:575

**Роль иммуногенетических нарушений
супружеской пары в эффективности
вспомогательных репродуктивных
технологий**

М.М. Адамов, Г.В. Колесник

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

Полученные результаты свидетельствуют о значении аллогенности супружеских пар по системе HLA II класса в формировании иммунологического бесплодия как самостоятельной нозологической формы и как фактора, который может сопровождать другие формы бесплодия, что прогнозирует неэффективность его лечения. Все это делает необходимым исследование комплекса гистосовместимости супружеской пары при бесплодии неясного генеза, а особенно при неудачах вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

Ключевые слова: *вспомогательные репродуктивные технологии, иммуногенетические нарушения.*

Проблема infertility супружеских пар приобретает сегодня не только медицинское, но и большое социально-демографическое и экономическое значение [1–12]. По данным ВОЗ (WHO, 2009), более 100 млн супружеских пар бесплодны и их число с каждым годом увеличивается. Частота бесплодных браков среди супругов репродуктивного возраста колеблется от 20% до 30% [3, 10]. Причиной бесплодного брака в 40–50% случаях является патология репродуктивной системы у одного из супругов, реже (в 25–30%) – у обоих [4, 11]. ВОЗ выделяет 22 причины женского и 16 причин мужского бесплодия. Женское бесплодие встречается у 35–40% бесплодных браков, на долю мужского бесплодия приходится 30–35% (WHO, 2009).

Методы вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) являются наиболее эффективными в преодолении различных форм мужского и женского бесплодия. Они развиваются и совершенствуются, с их помощью в мире родилось более 2 млн детей. Однако, несмотря на все достижения, частота развития беременности все еще остается сравнительно низкой и составляет 25–30% на цикл лечения, причем за последние 10 лет этот показатель практически не изменился [1–12].

По всей видимости, это связано с большим числом разнообразных факторов, влияющих на репродуктивный процесс. Ряд авторов, разделяя мнение о влиянии мужского и женского факторов на зачатие и развитие эмбриона, обращают внимание, что сочетание этих составляющих может колебаться от 40% до 80% [1–12].

Поиск прогностических критериев эффективности ВРТ представляет широкое поле для научно-практических исследований, что подтверждают материалы 27-й ежегодной конференции Европейского общества репродукции и эмбриологии человека (Стокгольм, 2011).

В последние годы особое внимание уделялось изучению влияния системы HLA у бесплодных супружеских пар с позиции повышения результативности методов ВРТ. Достоверно доказано, что сенсibilизация беременных к отцовским HLA-антигенам плода, сходство супругов по HLA, присутствие в HLA-фенотипе родителей определенных антигенов приводит к спонтанным выкидышам, тяжелым формам преэклампсии, врожденным порокам развития плода, снижению сопротивляемости потомства к неблагоприятным факторам окружающей среды. Это и явилось причиной изучения HLA-системы в нашей работе, для уточнения влияния роли HLA-системы II класса в формировании бесплодия и неудач ВРТ [4-6].

Все изложенное выше свидетельствует о необходимости повышения эффективности ВРТ.

Цель исследования: повышение эффективности ВРТ на основе проведения клинического анализа их неэффективных попыток при иммуногенетических факторах бесплодия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с целью исследования была выделена основная группа с иммуногенетическими факторами бесплодия (100 супружеских пар с неудачными попытками ВРТ и выявленной аллогенностью по HLA-системе).

Группу сравнения составили 50 женщин без нарушений фертильности, у которых была подтверждена нормальная структура эндометрия.

До начала цикла ВРТ проводили тщательное обследование партнеров: сбор соматического, акушерско-гинекологического и андрологического анамнеза, ультразвуковое исследование, клинико-лабораторные, биохимические и гормональные исследования.

Все исследования выполнялись в соответствии с Хельсинской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы научных и медицинских исследований с участием человека» (2009).

Цитогенетическое исследование проводили всем супружеским парам по методике 72-часового культивирования ФГА-стимулированных лимфоцитов периферической крови с последующим дифференциальным окрашиванием (G-окраска) с использованием светового микроскопа с кратным увеличением объектива $\times 100$ и окуляров $\times 15$. У каждого пациента было проанализировано не менее 13 метафаз.

Лечебные мероприятия проводились в соответствии с нормативными документами, утвержденными Министерством здравоохранения Украины.

Все обследованные лица давали информированное согласие на участие в исследовании.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из женщин основной группы были выделены подгруппы по преимущественному фактору бесплодия. Нами представлены характерные признаки пациенток выделенных подгрупп.

Первая подгруппа (сингенные по HLA-системе):

- в анамнезе гиперпролактинемия у 56,3%;
- хронический сальпингоофорит у 39,5%;
- хронический пиелонефрит у 31,3%;
- у 25,2% наружный эндометриоз и маточный фактор;
- у 20,4% неразвивающиеся беременности;
- эктопия шейки матки у 18,8%;
- аденомиоз у 14,6%.

Вторая подгруппа (частично аллогенные по HLA-системе):

- неразвивающиеся беременности у 20,5%;
- отсутствие гинекологических заболеваний воспалительного генеза у 20,2%;
- сальпингоофорит у 11,5%.

Третья подгруппа (аллогенные по HLA-системе):

- наличие в анамнезе гинекологических заболеваний у 62,2%;
- сальпингоофорит у 24,4%;
- наименьшее количество неразвивающихся беременностей (10,2%).

В структуре причин бесплодия у обследованных женщин при вторичном бесплодии преобладали трубно-перитонеальный и маточный факторы, тогда как при первичном – эндокринный и иммунологический факторы.

Однако кроме системных, общих причин неудач ВРТ, мы выявили и специфические по характеру и эквивалентные по результату, но различные по выраженности структурно-функциональные изменения эндометрия, снижающие его имплантационный потенциал и препятствующие успешному развитию беременности, такие, как нарушения микробиоценоза канала шейки матки и полости матки, расстройств субэндометриального кровотока, склеротические изменения в эндометрии, иммунологические нарушения, включая дисбаланс цитокинов в фолликулярной жидкости.

Проведенный анализ продемонстрировал, что у пациенток основной группы выявленный ведущий фактор бесплодия, скорее всего, являлся вторичным, сформировавшимся вследствие лечения уже существующего бесплодия. На первостепенное значение аллогенности по HLA-антигенам в генезе репродуктивных нарушений у этих супружеских пар указывает на факт наличия беременностей и рождение детей в предыдущих браках, а также большое число неразвивающихся беременностей в настоящем браке.

Бесспорным подтверждением значения аллогенности системы HLA в генезе репродуктивных нарушений и неудач ВРТ явился тот факт, что у 63,9% пар с бесплодием преобладали генеза определена сингенность по HLA-антигенам II класса. Вероятно, совместимость супругов по HLA-антигенам II класса может быть самостоятельной причиной бесплодия, или же она усугубляет имеющиеся нарушения, обуславливая неудачи лечения.

Была выявлена четкая зависимость нарушений репродуктивной функции от сингенности супружеских пар по HLA-антигенам II класса.

У 48,2% женщин, частично аллогенных с супругом по HLA-антигенам II класса, отмечались эндокринные заболевания. Все виды нарушений менструального цикла преобладали у женщин с первичным бесплодием (20,4%) и частично алло-

генных с супругом по HLA-антигенам II класса. Женщины из этих подгрупп имели сниженный индекс здоровья и заболевания, передающиеся половым путем, у них отмечались в анамнезе вдвое чаще, чем у женщин, аллогенных с супругом по HLA-антигенам II класса.

При анализе частоты наступления беременностей у супружеских пар основной группы нами было выявлено, что беременность у женщин с вторичным бесплодием чаще наступала у супружеских пар, аллогенных по HLA-антигенам II класса (70,1%), чем у супружеских пар, сингенных по HLA-антигенам II класса (46,5%). Важным обстоятельством было то, что у супружеских пар, сингенных по HLA-антигенам II класса, отмечено большее число самопроизвольных выкидышей (12,1%), неразвивающихся беременностей (42,9%) и аборт (20,4%). В подгруппе супружеских пар, аллогенных по HLA-антигенам II класса, зарегистрировано достоверно меньше ($p > 0,05$), чем у сингенных супружеских пар, самопроизвольных выкидышей (10,9%), неразвивающихся беременностей (5,7%) и аборт (24,8%).

ВЫВОДЫ

Полученные результаты показали значение аллогенности супружеских пар по системе HLA II класса в формировании иммунологического бесплодия как самостоятельной нозологической формы и как фактора, который может сопровождать другие формы бесплодия, что прогнозирует неэффективность его лечения. Все это делает необходимым исследование комплекса гистосовместимости супружеской пары при бесплодии неясного генеза, а особенно при неудачах вспомогательных репродуктивных технологий.

Роль імунгенетичних порушень подружньої пари в ефективності допоміжних репродуктивних технологій М.М. Адамов, Г.В. Колесник

Отримані результати свідчать про значення алогенності подружніх пар за системою HLA II класу у формуванні імунологічної безплідності як самостійної нозологічної форми і фактора, який може супроводжувати інші форми безплідності, що прогнозує не ефективність його лікування. Усе це робить необхідним дослідження комплексу гістосумісності подружньої пари за безплідності неясного генеза, а особливо у разі невдач допоміжних репродуктивних технологій.

Ключові слова: допоміжні репродуктивні технології, імунгенетичні порушення.

Role of immunogenetic disturbances in married couple in efficiency of auxiliary genesal technologies M.M. Adamov, G.V. Kolesnyk

The received results have shown value allogene married couples on system HLA of II class in formation immunological barrennesses as independent forms and as factor which can accompany other forms of barrenness that predicts an inefficiency of its treatment. All it does necessary complex research hystocompatibility a married couple at barrenness not clear genesise, and especially at failures ART.

Key words: auxiliary reproductive technologies, immunogenetic disturbances.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аншина М.Б. ВРТ: прошлое, настоящее, будущее / М.Б. Аншина // Проблемы репродукции. – 2012. – № 3. – С. 6–15.
2. Артифесов С.Б. Анализ структуры мужской инфертильности / С.Б. Артифесов, А.А. Артифесова, А.А. Одинцов // Актуальные вопросы урологии и андрологии. – Н. Новгород, 2008. – С. 71–78.
3. Баскаков В.П. Состояние репродуктивной системы женщины при эндометриозе / В.П. Баскаков // Проблемы репродукции. – 2015. – № 2. – С. 15–18.
4. Божедомов В.А. Этиология и патогенез мужского аутоиммунного бесплодия. Часть 1 / В.А. Божедомов, О.Б. Лоран, Г.Т. Сухих // Андрология и генитальная хирургия. – 2017. – № 1. – С. 27–33.
5. Божедомов В.А. Этиология и патогенез мужского аутоиммунного бесплодия. Часть 2 / В.А. Божедомов, О.Б. Лоран, Г.Т. Сухих // Андрология и генитальная хирургия. – 2017. – № 1. – С. 34–39.
6. Бондарев Д.А. Иммунологический аспект вспомогательных репродуктивных технологий / Д.А. Бондарев, Н.Е. Скорова, Т.Р. Курносова // Андрология и генитальная хирургия. – 2008. – № 2. – С. 30–39.
7. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии / Е.М. Вихляева. – М., 2007. – 708 с.
8. Гаспаров А.С. Трубно-перитонеальное бесплодие у женщин / А.С. Гаспаров, Н.И. Волков, М.Е. Корнеева // Проблемы репродукции. – 2009. – № 5. – С. 43–44.
9. Герасимов А.М. Причины бесплодия при наружном эндометриозе (обзор литературы) / А.М. Герасимов // Проблемы репродукции. – 2016. – № 5. – С. 51–54.
10. Гюдайс Л.С. Имплантирующаяся оплодотворенная яйцеклетка и материнский организм / Л.С. Гюдайс // Проблемы эндокринологии. – 2009. – № 5. – С. 30–32.
11. Гилязутдинов И.А. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве: Руководство для врачей / И.А. Гилязутдинов. – М.: МЕДпресс-информ, 2016. – 416 с.
12. Горюнов В.Г. Причины и признаки мужского бесплодия / В.Г. Горюнов, Б.Н. Жиборев, В.В. Евдокимов. – Рязань, 2013. – 245 с.

Особливості функціонального стану фетоплацентарного комплексу у жінок з безплідністю в анамнезі при використанні родинно-орієнтованих технологій

С.Ю. Вдовиченко, К.С. Інсарова

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

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

Ключові слова: фетоплацентарний комплекс, родинно-орієнтовані технології.

Частота безплідних шлюбів у третьому тисячолітті збільшилася до 20% і має тенденцію до подальшого зростання [1, 2]. У зв'язку з цим сучасні репродуктивні технології дозволяють сьогодні вирішити проблему безплідності сімейним парам з низькими показниками репродуктивного здоров'я [3, 4]. Однак невдалі спроби допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), збільшення частоти втрат бажаної вагітності призводять до вимушеної зміни гормонального фону і зниження імунітету [5, 6]. До того ж, більшість жінок, маючи спочатку виражені порушення в репродуктивній сфері, не здатні без кваліфікованої медичної допомоги виносити вагітність, і до 40% маткових вагітностей не вдається врятувати [1–6].

Вагітності, що наступили у результаті ДРТ, мають більш високу частку невиношування, багатоводдя, ризику формування вад розвитку плода, підвищений інфекційний індекс [1, 2] і, що вкрай важливо, формування плацентарної дисфункції, що впливає на перинатальне благополуччя, а переходячи в гостру клінічну форму, загрожують життю матері і дитини [3, 6].

Незважаючи на значне число наукових публікацій, присвячених проблемі вагітності і пологів після ДРТ, не можна вважати всі питання цілком вирішеними. На наш погляд, насамперед, це стосується особливостей формування та функціонального стану фетоплацентарного комплексу, чому і присвячено дане наукове дослідження.

Мета дослідження: аналіз особливостей формування та функціонального стану фетоплацентарного комплексу у жінок після ДРТ, використання родинно-орієнтованих технологій.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

В основу роботи покладено комплексне обстеження 100 вагітних після ДРТ та їх новонароджених (основна група). У групу порівняння увійшли 50 жінок аналогічного віку, у яких вагітність наступила природним шляхом.

Середній вік вагітних у групах після ДРТ становив $29,0 \pm 4,1$ року і $33,1 \pm 3,3$ року для чоловіків. Тривалий безплідний період призводить до того, що проходить найсприятливіший вік для настання вагітності, і вона настає у пізній репродуктивний період на тлі проблем соматичних і гінекологічних захворювань, що накопичилися.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

До настання даної вагітності у більшості пацієнток після ДРТ було діагностовано одне або кілька соматичних захворювань. Більш детальне вивчення екстрагенітальної патології показало, що провідне місце посідали захворювання серцево-судинної, травної систем та ендокринна патологія. Так, у групах вагітних після ДРТ переважала нейроциркуляторна дистонія за гіпертонічним типом у 29,0% жінок, а в 9,0% розвивалася гіпертонічна хвороба. У структурі захворювань травного тракту в групі ДРТ достовірно частіше зустрічався хронічний гастрит (21,0%). Також для індукованої вагітності має значення патологія гепатобіліарної системи, у зв'язку з тим, що глобулін, який зв'язує статеві стероїди (ГЗСС), синтезується у печінці. Так, серед захворювань даної системи органів хронічний холецистит зустрічався у 14,0% пацієнток, а хронічний гепатит – у 2,0%. Разом з наведеним вище заслуговує на увагу високий рівень ендокринної патології з переважанням гіперандрогенії різного генезу (25,0%) і гіпотиреозу (14,0%).

У рамках даного дослідження проводилося дослідження структурної характеристики порушень генеративної функції, виявлення особливостей перебігу вагітності, пологів і стану новонароджених у жінок після ДРТ. Низку особливостей ми відзначили, починаючи вже з менструального анамнезу. Середній вік початку менструацій достовірно не відрізнявся у групах після ДРТ і становив $13,1 \pm 0,8$ року ($p > 0,05$), що збігається із середньостатистичними даними. Порушення менструального циклу зустрічалися частіше у пацієнток після ДРТ і проявлялися у вигляді гіперполіменореї 29,0% у жінок основної групи та 18,0% у групі порівняння ($p < 0,05$), рідше опсо- і олігоменореї, у 16,0% випадків менструальний цикл перевищував 35 днів, у 4% був коротшим 21 дня ($p < 0,001$).

У структурі гінекологічної патології у пацієнток після ДРТ клінічну значущість набули доброякісні пухлини і пухлиноподібні утворення яєчників (22,0% і 14,0% відповідно), лейоміома матки (18,0% і 6,0%), ендометріоз (16,0% і 6,0%). Дані види патологій на етапі прегравідарної підготовки зазнали хірургічної корекції. Так, міомектомії проводилися в 18,0%, операції на яєчниках зустрічалися у понад 30% випадків, у зв'язку з чим, ймовірно, можна говорити про зниження

фолікулярного запасу у даній категорії пацієнток, посилюючи проблему їхнього безпліддя та зумовлюючи невдачі ДРТ, а за настання вагітності підвищуючи ризики формування плацентарної дисфункції.

Результатом перенесених запальних процесів (38,0% і 16,0% відповідно) і досить високого рівня оперативних втручань на органах малого таза у пацієнток після ДРТ став розвиток спайкового процесу різного ступеня вираженості, який було виявлено під час проведення діагностичних лапароскопій у рамках підготовки до ДРТ. Як наслідок соматичної та гінекологічної навантаженості у досліджуваних пацієнток в анамнезі був зафіксований синдром втрати плода у вигляді завмерлих вагітностей, мимовільних викиднів, штучних абортів, позаматкових вагітностей (50,0% і 8,0% відповідно).

Характеризуючи безплідність у групах після ДРТ, ми відзначили наступні особливості. Загальна тривалість безплідності коливалася від 1 до 22 років, у 17,0% пацієнток основної групи перевищувала 10 років. Частота виявлення первинної безплідності становила $58,0 \pm 5,6\%$. Число циклів, які потрібні були для досягнення вагітності, коливалось від одного до семи. Вагітність наступила з першої спроби ДРТ у 64,0% жінок, 6–7 циклів знадобилося лише 8,0% пацієнток, ЕКО ІКСІ проведено 34,0% пар. Перенесення в матку криоембріонів здійснено лише у 9,0% пацієнток.

Перебіг гестації при використанні ДРТ мав свої особливості за триместрами. Вже з ранніх термінів вагітності відзначено високу частоту акушерських ускладнень. Одним з найбільш грізних виявився синдром гіперстимуляції яєчників – 12,0%.

Частим ускладненням I триместру була загроза викидня, яку було діагностовано в 80,0% спостережень. Серед проявів загрози викидня у I триместрі вірогідно частіше зустрічалися відшарування хоріона, кров'янисті виділення зі статевих шляхів, больовий синдром. Звертає на себе увагу висока частота стійкої, рецидивуючої протягом усієї вагітності загрози переривання (30,0%), тоді як серед пацієнток групи порівняння вона була зафіксована лише в 6,9% жінок. Високий відсоток загрози викидня, стійкість і персистенція її симптомів у комбінації з великою кількістю ретрохоріальних гематом після ДРТ могло стати предиктором розвитку первинної плацентарної дисфункції.

Дана вагітність ускладнилася раннім токсикозом різного ступеня тяжкості у 8,0% вагітних групи порівняння і 25,0% вагітних основної групи ($p < 0,001$). Важкий ступінь раннього токсикозу було діагностовано тільки в 5,0% пацієнток основної групи. Ранні репродуктивні втрати у контрольній групі становили 6,0% випадків, в основній – 16,0% ($p < 0,001$). Усі репродуктивні втрати в контрольній групі і в 13,0% в групі порівняння – це вагітність, яка не розвивалася, що може бути зумовлено «маточним фактором», який представлений гіоплазією і «незрілістю» ендометрія, порушенням гемодинаміки в судинному руслі матки, або неповноцінністю сперми.

У II триместрі вагітності структура акушерських ускладнень дещо змінилася. Ми зареєстрували зниження частоти загрози викидня в контрольній та основній групах до 10,0% та 75,0% відповідно, порівняно з I триместром, однак показники все ще були високими. Ранній початок прееклампсії, виражений загалом патологічним збільшенням маси тіла, було діагностовано у 18,0% вагітних з комбінованою гормональною терапією.

Обтяженість акушерсько-гінекологічного анамнезу, тривала безплідність, початкова виснаженість яєчників, високе гормональне навантаження, гестоз, стійка рецидивна загроза переривання вагітності у пацієнток після ДРТ були причинами розвитку плацентарної дисфункції вже з II триместру у 30,0% жінок основної групи і, як наслідок, формуванням синдрому затримки розвитку плода (18,0%). Незважаючи на ускладнений перебіг II триместру вагітності, частота репродуктивних втрат становила в основній групі 6,0% за рахунок прогресуючого відшарування нормально і низько розташованої плаценти.

Найбільш важливим з ускладнень III триместру вагітності з'явилася плацентарна дисфункція (ПД), яка мала статистично достовірні відмінності і становила 62,0% в основній групі. Це може бути зумовлено тим, що розвиток індукованої вагітності в умовах первинної ПД спричинює порушення відтоку крові з плаценти, недостатнє надходження крові в межворсинчатий простір у результаті периферійного спазму, ендотеліозу і тромбозу судин. Клінічними проявами ПД стала затримка росту плода (27,0%) і дистрес плода (24,0%). Прееклампсія легкого і середнього ступеня тяжкості розвивалася у 49,0% жінок в основній групі. Крім того, у III триместрі у цій групі спостерігалася патологія кількості навколоплідних вод: маловоддя зафіксовано у 18,0%, а багатоводдя – у 10,0% пацієнток.

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

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

ВИСНОВКИ

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

Особенности функционального состояния фетоплацентарного комплекса у женщин с бесплодием в анамнезе при использовании семейно-ориентированных технологий

С.Ю. Вдовиченко, Е.С. Инсарова

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой частоте развития плацентарной дисфункции у женщин, забеременевших с использованием вспомогательных репродуктивных технологий. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости разработки алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий с целью улучшения перинатальных исходов родоразрешения.

Ключевые слова: фетоплацентарный комплекс, семейно-ориентированные технологии.

**Features of a functional condition of fetoplacental complex
at women with sterility in the anamnesis when using
the family focused technologies.
S.J. Vdovychenko, E.S. Insarova**

Results of the spent researches testifies to high frequency of development of placental dysfunction at women, which gestation with use of auxiliary reproductive technologies. The received results testify to necessity of working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions on purpose to improvement perinatal outcomes of delivery.

Key words: auxiliary reproductive technologies, fetoplacental complex.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бесплодный брак: Руководство для врачей / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: Гэотар-медиа, 2012. – 611 с.
2. Бурдули Г.Н. Репродуктивные потери / Г.Н. Бурдули, О.Г. Фролова. – М.: «Триада-Х», 2017. – 188 с.
3. Вовк І.Б. Корекція гормональних порушень при поєднаних формах неплідності / І.Б. Вовк, А.Г. Корнацька // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2008. – № 4. – С. 147–149.
4. Гойда Н.Г. Стан репродуктивного здоров'я населення України на межі тисячоліть / Н.Г. Гойда // Журн. практ. лікаря. – 2007. – № 5. – С. 2–6.
5. Грищенко В.И. Лечение и реабилитация больных с трубно-перитонеальным бесплодием / В.И. Грищенко, Н.И. Козуб, А.И. Довгаль // Междунар. мед. журнал. – 2012. – № 2. – С. 34–37.
6. Данкович Н.А. Проблема бесплодия и пути ее решения / Н.А. Данкович // Семейная медицина. – 2015. – № 1. – С. 10–13.

УДК 618.177-055.84/.86-058:614.2-058

**Порушення репродуктивної функції
у жінок старше 35 років: причини
та тактика лікування**

В.В. Маркевич

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

Аналіз частоти і особливостей перенесених гінекологічних захворювань та оперативних втручань у 26,5% жінок пізнього репродуктивного віку з безплідністю дозволяє припустити, що подальше лікування, спрямоване на відновлення репродуктивної функції у цього контингенту хворих, буде пов'язано з певними труднощами і невисокою ефективністю. Це диктує необхідність удосконалення існуючих діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у пацієнток пізнього репродуктивного віку з безплідністю.

Ключові слова: безплідність, пізній репродуктивний вік.

Зміну соціального положення жінок у багатьох країнах світу, без сумніву, можна вважати одним зі значних досягнень останніх років. Здобуття освіти, кар'єри, досягнення певного громадського статусу зажадали від них змінити відношення до такого їхнього найважливішого призначення, як продовження роду. Відкладання народження дитини на пізніший період життя призвело до того, що до моменту, коли жінка наважується на цей крок, її можливості в реалізації репродуктивної функції дуже обмежені. Ця проблема має соціальну природу, оскільки все більша кількість жінок пізнього репродуктивного віку звертаються з приводу лікування безплідності, і ця тенденція росте.

Існує низка клінічних аспектів, що ускладнюють дітонародження у старшому віці, а саме: стан соматичного і гінекологічного здоров'я жінок, що зумовлює можливість проведення лікування, проблеми виношування вагітності і народження здорової дитини [1–3]. Враховуючи фізіологічне зниження фертильності у жінок пізнього репродуктивного віку, актуальним є оцінювання ефективності лікувальних заходів і розроблення алгоритму лікування безплідності у цього контингенту хворих.

У той самий час, не всі питання безплідності у пацієнток пізнього репродуктивного віку на сьогодні повністю вирішені, що і визначило мету даного дослідження.

Мета дослідження: вивчення особливостей безплідності у пацієнток пізнього репродуктивного віку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети були вивчені основні особливості функціонального стану репродуктивної системи у 200 пацієнток пізнього репродуктивного віку.

Ми визнали необхідним окремо виділити і охарактеризувати групу жінок пізнього репродуктивного віку, у яких проведено дослідження функціонального стану репродуктивної системи. Частина (200) з цих пацієнток увійшли до основної групи і надалі піддалися лікуванню безплідності, 30 жінок не було зацікавлено в реалізації репродуктивної функції, вони слугували об'єктом для оцінювання функціонального стану репродуктивної системи. Серед 30 пацієнток, не зацікавлених у лікуванні безплідності, були 20 жінок із синдромом полікістозу яєчників (СПКЯ) і 10 пацієнток з гіпогонадотропним гіпогонадізмом (ГГ). У групу контролю увійшли 90 пацієнток, з них 80 молодих пацієнток репродуктивного віку і 10 жінок періоду постменопаузи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що середній вік пацієнток коливався від 36 до 49 років, у середньому – $40,6 \pm 3,4$ року.

Основною скаргою всіх хворих була безплідність. Тривалість безплідності у пацієнток складала у середньому $5,3 \pm 2,8$ року. Велика тривалість захворювання зумовлена безуспішним попереднім лікуванням з приводу безплідності.

Як видно з наведених даних, усі пацієнтки досліджених груп мали закономірні особливості менструальної функції. Так, пацієнтки із СПКЯ мали олігоменорею з менархе, що входить до симптомокомплексу цього захворювання, а пацієнтки з ГГ – аменорею, що є атрибутом цього захворювання.

Під час детального аналізу функціонального стану репродуктивної системи порівнювали групу жінок пізнього репродуктивного віку ($n=200$) з молодими пацієнтками репродуктивного віку ($n=30$) і з жінками у період постменопаузи ($n=10$). Враховуючи присутність у нашому дослідженні 30 жінок пізнього репродуктивного віку з ендокринною патологією (20 жінок із СПКЯ і 10 – з ГГ), ми додатково обстежували 30 жінок із СПКЯ і 20 жінок з ГГ активного репродуктивного віку.

Вивчення репродуктивної функції жінок свідчило, що на первинна безплідність діагностовано у 47,5% пацієнток, вторинна – у 52,5%. Аналізуючи репродуктивний анамнез пацієнток з вторинною безплідністю ми виявили, що лише 5,0% пацієнток мали в анамнезі тільки мимовільні пологи, у 38,0% жінок в анамнезі були як мимовільні пологи, так і штучні аборти, у 25,0% – мимовільні пологи і мимовільні аборти, у 15,0% мимовільні і штучні аборти.

Звертає на себе увагу досить високий відсоток жінок (43,0%), репродуктивний анамнез яких включав лише штучні аборти. Характер репродуктивної поведінки жінок пізнього репродуктивного віку, що звернулися з приводу безплідності, ідентичний репродуктивній поведінці жінок загальної популяції, в якій практично кожна жінка мала декілька штучних абортів в анамнезі. Найбільш негативним моментом було те, що жінка розпочинала реалізацію репродуктивної функції зі штучного переривання вагітності. У нашому дослідженні кількість штучних абортів, що мали місце в анамнезі у пацієнток, коливалася від 1 до 5.

Використовуючи загальноприйняті методи обстеження безплідних подружніх пар, ми спробували виявити патологічні зміни, які є причиною їхньої інфертильності. Слід сказати, що було оцінено стан репродуктивної функції не лише жінок, але й їх чоловіків.

Під час аналізу причин безплідності у подружніх пар пізнього репродуктивного віку, нами були зареєстровані деякі особливості, що відрізняються від загальноприйнятої структури безплідності.

Так, на сьогодні перше місце серед причин безплідності подружніх пар активного репродуктивного віку посідає трубно-перитонеальний чинник – 40%. На другому і третьому місцях – ендокринні порушення і зовнішньо-генітальний ендометріоз, 10% – матковий чинник, 15% – чоловічий чинник [1–3].

При аналізі причин безплідності подружніх пар пізнього репродуктивного віку монофакторні причини були виявлені лише у незначній частини пацієнток. У 48,0% було виявлено поєднання декількох чинників порушення репродуктивної системи. Більше того, відсутність явних причин, так звана ідіопатична безплідність, була зареєстрована в 22,0% випадків. Усе це свідчило про необхідність використання методів допоміжної репродукції у подружніх пар пізнього репродуктивного віку, що неодноразово було висловлене раніше у роботах низки дослідників [1–3]. У цього контингенту хворих різні лікувальні заходи, у тому числі ендоскопічні операції, слід розглядати не як способи лікування безплідності, а як заходи для підготовки до проведення програм допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).

Враховуючи пізній репродуктивний вік пацієнток групи дослідження, особливий інтерес представляв аналіз стану гінекологічного здоров'я жінок. В анамнезі у 81,5% жінок були виявлені хронічні запальні гінекологічні захворювання та інфекції, що передаються статевим шляхом (ПСПШ). Представлені результати свідчать, що 80,5% пацієнток перенесли запальні захворювання різної етіології. Найбільш частим варіантом ПСПШ був хламідіоз. Це захворювання раніше перенесли 24,5% пацієнток. Генітальний герпес відмічено в анамнезі у 9,5% жінок, трихомоноз – у 3,0%, гонорея – у 2,5%. Із захворювань, які викликають умовно-патогенні мікроорганізми, найчастіше зустрічався уреapлазмоз – у 19,5% пацієнток. Кандидозний вагініт раніше перенесли 20,0% пацієнток, мікоплазмоз – 11,5%. Лікування з приводу хронічної цитомегаловірусної (ЦМВ) інфекції було проведене 3,0% пацієнток.

Хронічний сальпінгоофорит в анамнезі зафіксовано у 65,5% жінок, патологічні зміни шийки матки – у 19,0%, хронічний ендометрит – у 10,5% пацієнток. Лейоміому матки діагностовано у 29,5% жінок, генітальний ендометріоз – у 41,5% з переважанням ендометріодних кіст, аденоміозу і поєднання аденоміоза та ендометріодних кіст.

Значна частина жінок (70,0%) мала гінекологічну патологію, яку ми розцінюємо як значущу для реалізації репродуктивної функції (лейоміома матки і генітальний ендометріоз).

Характерними особливостями анамнестичних даних жінок пізнього репродуктивного віку з безплідністю стали раніше перенесені часті ПСПШ і гінекологічні захворювання. Переважна більшість пацієнток мала в анамнезі більше двох запальних гінекологічних захворювань. Частка ПСПШ серед пацієнток групи дослідження становила 38,5%. Звертає увагу, що кожна четверта пацієнтка (24,5%) раніше перенесла хламідіоз, кожна п'ята (20,0%), – рецидивуючі неспецифічні вульвовагініти, що надалі, ймовірно, спричинило розвиток хронічних запальних захворювань матки та її придатків, виявлених нами у переважної більшості включених в дане дослідження жінок.

Гінекологічні операції в анамнезі (105 операцій) були виконані 30,0% пацієнткам. Питома вага раніше перенесених лапаротомій становила 13,5%, лапароскопій – 19,5%,

гістероскопії і діагностичних вишкрібання ендометрія – 11,5%. Середня кількість операцій на одну пацієнтку становила $1,5 \pm 0,3$ при коливаннях від одного до чотирьох оперативних втручань.

Аналіз отриманих даних дозволяє констатувати, що, незважаючи на впровадження в клінічну практику ендоскопічних операцій і доступність цього виду медичної допомоги для широких верств населення, найбільш поширеним хірургічним доступом у пацієнток пізнього репродуктивного віку, часто з нереалізованою репродуктивною функцією і такими захворюваннями, як позаматкова вагітність, лейоміома матки, кісти і кістами яєчників, була лапаротомія. Ендоскопічні операції у повсякденній клінічній практиці застосовували переважно у пацієнток з безплідністю для уточнення стану органів малого таза і корекції патологічних змін. Аналізуючи особливості хірургічного лікування, ми вивчили об'єми гінекологічних операцій залежно від операційного доступу.

Вивчення об'ємів оперативних втручань при лапароскопії свідчило, що найчастіше виконувалися реконструктивно-пластичні операції на маткових трубах, частка яких становила 69,5%. Необхідно зазначити, що наведені оперативні втручання у переважній більшості випадків включали поєднані маніпуляції: сальпінгоовариолізис, розділення спайок в передньому і заматковому просторі, відновлення прохідності маткових труб з одного або з обох боків, причому в 4,5% випадків реконструктивно-пластичні операції були зроблені паралельно з односторонньою тубектомією, виконаною з приводу позаматкової вагітності.

Частота коагуляцій вогнищ ендометріозу становила 32,5%, консервативної міомектомії без розкриття порожнини матки – 6,0%. У всіх випадках коагуляція вогнищ ендометріозу проводилася як супутня маніпуляція при основній гінекологічній операції.

Хірургічні втручання на яєчниках раніше були здійснені в 28,5% випадків, частка ендоскопічної резекції яєчників становила 16,5%.

Аналіз даних, що дозволяють оцінити обґрунтованість хірургічного втручання на яєчниках в обстежених жінок свідчить, що тільки в кожному другому випадку пацієнтка мала на руках результати гістологічного дослідження, що підтверджували наявність у видаленій тканині яєчника ендометріюїдних кіст, тератом, серозних цистаденом. У інших жінок результати гістологічного дослідження вказували на функціональні кісти яєчників або були відсутні взагалі.

Дані про характер патологічних змін ендометрія, які послужили показаннями до гістероскопії і діагностичного вишкрібання свідчать, що в кожному другому випадку гістероскопія і діагностичне вишкрібання ендометрія виконувалися з приводу поліпів ендометрія, дещо рідше – у зв'язку з хронічними і гіперпластичними процесами. Дані діагнози були верифіковані гістологічно. Нам не вдалося проаналізувати показання до гістероскопії і діагностичного вишкрібання в 11,5% випадків через відсутність у пацієнток результатів гістологічного дослідження ендометрія.

Отже, анамнестичні дані щодо частоти гінекологічних оперативних втручань у жінок пізнього репродуктивного віку з безплідністю свідчили про те, що пацієнтки були дуже складним контингентом для реалізації репродуктивної функції, оскільки кожна третя хвора, що лікувалася раніше, перенесла від 1 до 4 гінекологічних операцій, включаючи лапаротомії, лапароскопії, гістероскопії і діагностичні вишкрібання ендометрія.

Аналіз об'ємів хірургічних маніпуляцій свідчить, що незалежно від виду оперативного втручання (відкритого або закритого) і показань до нього (безплідність або

різні гінекологічні захворювання), у переважній більшості хворих у ході операції виконувалися поєднані маніпуляції, найчастіше на маткових трубах і яєчниках. Так, реконструктивно-пластичні операції на маткових трубах були виконані в 42,5%, реконструктивні операції на яєчниках – в 23,5%, радикальні операції на придатках матки – в 18,5% випадках.

ВИСНОВКИ

Отже, аналіз частоти та особливостей перенесених гінекологічних операцій у 26,5% жінок пізнього репродуктивного віку з безплідністю дозволяє припустити, що подальше лікування, спрямоване на відновлення репродуктивної функції у цього контингенту хворих, буде пов'язано з певними труднощами і виявиться невисоким за ефективністю, що диктує необхідність удосконалення існуючих діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у пацієнток пізнього репродуктивного віку з безплідністю.

Нарушения репродуктивной функции у женщин старше 35 лет: причины и тактика лечения В.В. Маркевич

Анализ частоты и особенностей перенесенных гинекологических заболеваний и операций у 26,5% женщин позднего репродуктивного возраста с бесплодием позволяет предположить, что дальнейшее лечение, направленное на восстановление репродуктивной функции у данного контингента больных, будет сопряжено с определенными трудностями и окажется невысоким по эффективности, что диктует необходимость усовершенствования существующих диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у пациенток позднего репродуктивного возраста с бесплодием.

Ключевые слова: бесплодие, поздний репродуктивный возраст.

Disturbances of genesial function at women are more senior than 35 years: reasons and treatment tactics V.V. Markevich

The analysis of frequency and features of the transferred gynecologic diseases and operations at 26,5 % of women of late reproductive age with bareness allows to assume, that the further treatment directed on restoration of reproductive function, at the given contingent of patients, will be interfaced to certain difficulties and it will appear low by efficiency that dictates necessity of improvement of existing diagnostic and treatment-and-prophylactic actions at patients of late reproductive age with bareness.

Key words: bareness, late reproductive age.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Колчин А. Психологические аспекты репродукции человека / А. Колчин // Проблемы репродукции. – 2015. – № 1. – С. 33–39.
2. Сметник В.П. Неоперативная гинекология / В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович. – СПб.: СОТИС, 2015. – 134 с.
3. Шарапова О.В. Современные проблемы охраны репродуктивного здоровья женщин: пути решения / О.В. Шарапова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2013. – № 2. – С. 7–10.

Особливості безплідності у пацієнток з поєднаною патологією ендометрія і яєчників

Г.О. Толстанова

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

Результати проведених досліджень свідчать, що зміни активності протеїназ мають велике значення у патогенезі розвитку генітального ендометріозу і лейоміоми матки. У результаті зниження катепсинової активності ендометрія апоптотична активність слизової оболонки матки знижується і десквамовані клітини ендометрія не піддаються запрограмованій загибелі. Потрапляючи у результаті ретроградної менструації у черевну порожнину, патологічно змінений ендометрій також не піддається загибелі у зв'язку з пригніченням проапоптотичних агентів перитонеальної рідини. Отримані результати необхідно використовувати під час розроблення діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: генітальний ендометріоз, лейоміома матки, безплідність.

Поєднана патологія матки і яєчників – одна з найбільш актуальних проблем гінекології, оскільки його частота становить до 10–15% у загальній популяції, 25–30% – у жінок з безплідністю і 80% – у хворих із синдромом тазового болю [1–7]. Не дивлячись на багаточисельні дослідження, патогенез захворювання до кінця не вивчений і представляється багатофакторним, особливо при поєднанні генітального ендометріозу (ГЕ) і лейоміоми матки (ЛМ). Кожна з існуючих теорій (імплантація, метастатична, дизонтогенетична, імунологічна, генетична тощо) намагається пояснити походження тієї або іншої форми патології, тому є логічною і має право на існування.

Причини безплідності при зовнішньому генітальному ендометріозі (ЗГЕ) також є предметом подальших досліджень. На думку більшості авторів [1–7], вони зводяться до зміни складу перитонеальної рідини за рахунок функціонування гетеротопічного ендометрія; до порушення імунологічної й аутоімунної регуляції, і, як наслідок, порушення нормального процесу фолікулогенеза, овуляції, запліднення та імплантації ембріона.

На сьогодні залишаються дискусійними питання патогенезу ГЕ і ЛМ, пов'язаної з ними безплідності, особливо в плані активності і вмісту протеаз та їхніх інгібіторів у сироватці крові і перитонеальній рідині (ПР). Відзначимо, що проблема безплідності у хворих із зовнішнім генітальним ендометріозом на сьогодні зали-

шається не вирішеною, тому вивчення особливостей патогенезу даної патології зберігає свою актуальність.

Мета дослідження: вивчити нові аспекти патогенезу безплідності при поєднаній патології матки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було обстежено 100 пацієнток з поєднаною патологією матки і безплідністю 20 практично здорових жінок.

Розподіл пацієнток на групи виконували з урахуванням ступеня поширення ГЕ і ЛМ, виявленими при проведенні хірургічної лапароскопії:

I ступінь – дрібні точкові ендометріодні утворення на поверхні яєчників, очеревині прямокишково-маткового простору без утворення кістозних порожнин + ЛМ невеликих розмірів (до 8 тиж вагітності);

II ступінь – ендометріодна кіста одного яєчника розміром не більше 5–6 см з дрібними ендометріодними включеннями на очеревині малого тазу; незначний спайковий процес в ділянці придатків матки без залучення кишечника + ЛМ невеликих розмірів (9–10 тиж вагітності);

III ступінь – ендометріодні кісти обох яєчників (різної величини – діаметр кісти одного яєчника понад 5–6 см і невелика ендометріома іншого); ендометріодні гетеротипії невеликих розмірів на серозному покриві матки, маткових труб і парієтальній очеревині малого тазу; виражений спайковий процес в ділянці придатків матки з частковим залученням кишечника + ЛМ з субмукозним розташуванням вузлів і розмірами більше 10 тиж вагітності;

IV ступінь – двосторонні ендометріодні кісти яєчників великих розмірів (більше 6 см) з переходом патологічного процесу на сусідні органи – сечовий міхур, пряму і сигмовидну кишку; поширений спайковий процес у поєднанні з лейоміомою матки великих розмірів (більше 12 тиж вагітності).

У групу контролю увійшли 20 практично здорових жінок репродуктивного віку.

Нами було виділено три основні групи пацієнток з поєднаною патологією матки і яєчників і група контролю.

Першу групу склали 38 пацієнток (38% від загального числа хворих) з ГЕ I ступеня поширення і ЛМ. Тривалість безплідності становила від 2 до 6 років, у середньому $4,1 \pm 1,2$ року. Вік пацієнток варіював від 18 до 35 років, становлячи у середньому $26,3 \pm 1,5$ року.

Другу групу становили 34 пацієнток (34% від загального числа хворих) з ГЕ II ступеня поширення і ЛМ. Тривалість безплідності становила від 2 до 10 років, у середньому становила $6,2 \pm 1,9$ року. Вік пацієнток варіював від 24 до 36 років, у середньому становив $27,3 \pm 1,5$ року.

У третю групу увійшли 28 пацієнток (28% від загального числа хворих) з ГЕ III–IV ступеня поширення і ЛМ. Тривалість безплідності від 5 до 10 років, у середньому – $8,3 \pm 1,5$ року. Вік пацієнток варіював від 27 до 39 років, у середньому – $28,3 \pm 2,2$ року.

У четверту групу (контрольну) увійшли 20 практично здорових жінок, середній вік – $26,1 \pm 0,8$ року.

У ході дослідження, що проводилося, вивчалися анамнез захворювання, скарги пацієнток, згодом проводили лабораторні й інструментальні методи дослідження.

Функцію яєчників оцінювали за тестами функціональної діагностики: вимір базальної температури, визначення преовуляторного піку лютеїнізуючого гормону індивідуальним сечовим тестом, а також за ультразвуковим моніторингом фолікулогенезу.

Оцінювання вмісту гормонів у сироватці крові проводили перед проведенням хірургічної лапароскопії на 3–5-й день менструального циклу, що включало визначення вмісту статевих стероїдів (естрадіолу, прогестерону, тестостерону), кортизолу, пролактину, гонадотропних гормонів (ЛГ, ФСГ) за допомогою імуноферментного аналізу. Отримані результати порівнювали з даними обстеження контрольної групи.

Ультразвукове дослідження органів малого таза проводили у процесі обстеження всім хворим перед призначенням хірургічної лапароскопії і через 3, 6, 12 міс після неї, а також під час моніторингу фолікулогенезу.

З метою оцінювання активності і вмісту протеаз та їхніх інгібіторів проводили вивчення наступних показників у периферійній крові і перитонеальній рідині: активність катепсину D, антитромбіну (АТ) ІІІ, концентрація плазміногена D-димера, протеїну С $\alpha 2$ -макроглобуліна, $\alpha 1$ -антитрипсину, тромбінового часу і протромбінового індексу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Основною причиною, що спонукала пацієнток звернутися у клініку, було порушення генеративної функції. Усіх 100 обстежених нами пацієнток з ГЕ і ЛМ непокоїла відсутність вагітності, тобто безплідність (первинна – 79%, вторинна – 21%). Крім того, вони скаржилися на біль у нижніх відділах живота і поперекової області різної інтенсивності (56%), дисменорею (68%), диспареунію (10%), менорагії (10%).

Під час аналізу репродуктивної функції відмічено: одні пологи в анамнезі були у 2 (5,3%) пацієнток першої групи, 4 (11,8%) – другої, 4 (21,45%) – третьої і у 5 (25%) пацієнток групи контролю. У 17 (14,17%) жінок, включаючи групу контролю, в анамнезі були штучні аборти. Частота мимовільних викиднів у першій групі становила 3 (3,6%), у другій і третій – 1 (3%) і 1 (5,36%) відповідно, що достовірно вище ($p > 0,05$), ніж в групі контролю (викиднів не відмічено).

Вже на етапі клінічного обстеження виділено найбільш типові прояви зовнішнього генітального ендометріозу у пацієнток репродуктивного віку: безплідності (як правило, первинної, рідше – вторинної), ехографічні ознаки ендометріодних кіст і ЛМ, тазовий біль дисменорея, диспареунія і високий інфекційний індекс.

У результаті ультразвукового трансагінального сканування виявлено найбільш достовірні ознаки наявності ендометріодних кіст і ЛМ, які на 90% підтвердилися при проведенні лапароскопії, ретроцервікальний ендометріоз виявлений у 4 пацієнток третьої групи, у пацієнток першої групи дані ультразвукового трансагінального сканування патології не виявили.

Отримані нами дані свідчать більше про вторинність порушень у системі гор-

монального гомеостазу, які виникли на тлі ГЕ і ЛМ. Підсумовуючи результати гормонального дослідження, можна дійти висновку, що:

- незначні гормональні порушення є вторинними і носять функціональний характер;
- порушень процесу овуляції у пацієнток з ГЕ і ЛМ різного ступеня поширеності не виявлено;
- найбільш частими гормональними порушеннями у пацієнток з ГЕ і ЛМ та безплідністю було незначне підвищення концентрацій пролактину і, відповідно, ДГЕА-С, які не корелювали із ступенем поширеності ГЕ і стали наслідком основного захворювання;
- до ПЛФ призводить функціонування гетеротопічних вогнищ ендометрія, що викликає зміну складу ПР, і як наслідок лютеолізу, функціональну гіперпролактинемію і хронічний стрес очікування вагітності.

Отримані результати свідчать про адекватну корекцію гормональних порушень, яка сприятиме зниженню частоти ранніх втрат вагітності і підвищить результати лікування безплідності.

У жінок з ГЕ і ЛМ діагностували виражені порушення в активності протеаз та їхніх інгібіторів як на системному, так і на локальному рівні.

У сироватці крові відмічено зниження (у порівнянні з контрольною групою) вмісту плазміногену ($p < 0,01$) при одночасному підвищенні активності АТ ІІІ ($p < 0,001$) і вмісту $\alpha 2$ -макроглобуліна ($p < 0,001$). У порівнянні з цим, показники активності катепсину D у сироватці крові достовірно не відрізнялися від контролю ($p > 0,05$), як і параметри D-димера, протеїну С, $\alpha 1$ -антитрипсину, тромбінового і протромбінового часу.

Під час аналізу зв'язку показників протеазної і антипротеазної активності сироватки крові із стадією ГЕ і ЛМ було виявлено, що найістотніше реагують на тяжкість процесу такі показники, як катепсин D ($r = 0,43$; $p < 0,05$), плазміноген ($r = 0,51$; $p < 0,05$), D-димер ($r = 0,48$; $p < 0,05$), протеїн С ($r = 0,58$; $p < 0,05$) $\alpha 2$ -макроглобулін ($r = -0,73$; $p < 0,05$) і $\alpha 1$ -антитрипсін ($r = -0,49$; $p < 0,05$).

У ПР мали місце суттєвіші зрушення з боку активності протеаз та їхніх інгібіторів. У порівнянні з групою контролю в ПР у жінок з ГЕ + ЛМ і безплідністю значно знижена катепсинова активність ($p < 0,001$), вміст плазміногену ($p < 0,001$), протеїну С ($p < 0,001$), активність АТ ІІІ ($p < 0,001$), вміст гаптоглобіну ($p < 0,001$) і $\alpha 1$ -антитрипсину ($p < 0,001$). Крім того, значно підвищені показники концентрації D-димера ($p < 0,001$) і $\alpha 2$ -макроглобуліну ($p < 0,001$). Без достовірних змін залишилися лише вміст тромбінового і протромбінового часу ($p > 0,05$).

Під час аналізу зв'язку показників активності протеаз та їхніх інгібіторів із стадією ГЕ + ЛМ кореляційні зв'язки відмічено лише з активністю плазміногену ($r = 0,55$; $p < 0,05$), АТ ІІІ ($r = 0,61$; $p < 0,05$) $\alpha 1$ -антитрипсину ($r = 0,32$; $p < 0,05$), D-димера ($r = 0,34$; $p < 0,05$) і гаптоглобіну ($r = 0,53$; $p < 0,05$).

Дослідження активності катепсину D в ендометрії свідчать, що у цій тканині є істотні зрушення активності даного показника. При вивченні гістологічної структури ендометрія в групі жінок з ГЕ + ЛМ і безплідністю були виявлені, у переважному числі спостережень, прояви виражених гормональних зрушень: у 66,0% спостережень спостерігалися прояви дисонансу в гормональному рівні і

рецепції статевих гормонів, спостерігали прояви відносної або абсолютної гіперестрогенії різної міри вираженості, прогестеронову недостатність, невідповідність стадій в стромальних епітеліальних елементах залоз ендометрія і відсутність предецидуальної реакції.

ВИСНОВКИ

Отже, як свідчать результати проведених досліджень, зміни активності протеїназ мають велике значення у патогенезі розвитку ГЕ і ЛМ. У результаті зниження катепсिनної активності ендометрія апоптотична активність слизової оболонки матки знижується і десквамовані клітини ендометрія не піддаються запрограмованій загибелі. Потрапляючи в результаті ретроградної менструації в черевну порожнину, патологічно змінений ендометрій також не піддається загибелі у зв'язку з пригніченням проапоптотичних агентів перитонеальної рідини. Отримані результати необхідно використовувати при розробленні діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Особенности бесплодия у пациенток с сочетанной патологией эндометрия и яичников Г.А. Толстанова

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что изменение активности протеиназ имеет большое значение в патогенезе развития генитального эндометриоза и лейомиомы матки. В результате снижения катепсиназной активности эндометрия апоптотическая активность слизистой оболочки матки снижается и десквамированные клетки эндометрия не подвергаются запрограммированной гибели. Попадая в результате ретроградной менструации в брюшную полость, патологически измененный эндометрий также не подвергается гибели в связи с угнетением проапоптотических агентов перитонеальной жидкости. Полученные результаты необходимо использовать при разработке диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: генитальный эндометриоз, лейомиома матки, бесплодие.

Features of barrenness at patients with complex pathology of endometrium and ovariums G.A. Tolstanova

Results of the spent researches testify, that activity changes protease is of great importance in pathogenesis developments of an genital endometriosis and leiomyoma of uterus. As a result of decrease katepsinal activity endometrium apoptosis activity of a mucous membrane of a uterus decreases and desquamation cages endometrium are not exposed to the programmed destruction. Getting as a result retrograde menses in a belly cavity pathologically changed endometrium also is not exposed to destruction in connection with oppression proapoptosis agents peritoneal liquids. Received result it is necessary to use by working out of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: genital endometriosis, leiomyoma of uterus, barrennesses.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В. Современные подходы к лечению эндометриоза / Л.В. Адамян, М.В. Бобкова // Акушерство и гинекология. – 2015. – № 3. – С. 10–14.
2. Адамян Л.В. Эндометриозы / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков. – М.: Медицина, 2013. – 317 с.
3. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. / Баскаков В.П.; Изд. 2. – СПб: Медицина, 2014. – 240 с.
4. Давыдов А.И. Генитальный эндометриоз / Клинические лекции по акушерству и гинекологии / А.И. Давыдов, В.М. Пашков; под ред. Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2010. – С. 241–261.
5. Коханевич Е.В. Современные методы диагностики и лечения генитального эндометриоза / Е.В. Коханевич, С.В. Дудка, И.О. Судомо // 36. наук. праць асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «Фенікс», 2001. – С. 340–342.
6. Audebert A.J.M. formes occultes et minimes de l'endometriose: strategie therapeutique / A.J.M. Audebert // Rev. Franc. Gynecol. Obstet. – 2010. – V. 85, № 2. – P. 79–84.
7. Barbieri R.L. Etiology and epidemiology of endometriosis / R.L. Barbieri // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2012. – V. 162, № 2. – P. 565–567.

Роль імунологічних порушень у жінок – медичних працівників з безплідністю

О.С. Шелигін

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

Результати проведених досліджень свідчать, що до інформативних клініко-анамнестичних і гормональних чинників, що визначають результат циклу допоміжних репродуктивних технологій у хворих репродуктивного віку з поєднаними формами безплідності, належать вік хворої, індекс маси тіла, наявність трубно-перитонеального чинника безплідності, рівень вільного тестостерону в крові, вміст прогестерону в крові на 20–22-й день менструального циклу, а також визначення у фолікулярній рідині яєчників цитокінів.

Ключові слова: безплідність, імунологія, допоміжні репродуктивні технології.

На сьогодні одним з напрямів лікування безплідності є застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), частота настання вагітності і пологів після чого становить відповідно 29,1% і 21,5% (дані Європейського суспільства репродукції людини, 2011 р.). Підвищення ефективності ДРТ пов'язане з дослідженнями, спрямованими на вивчення регуляторних механізмів репродуктивних процесів, прогнозування їхніх порушень і визначення підходів до корекції. У цьому плані одне з центральних місць займає проблема імунологічної регуляції репродуктивної функції жінки. Відомо, що імунокомпетентні клітини (макрофаги, лімфоцити) і продуковані ними цитокіни (інтерлейкіни, ростові чинники, хемокини) беруть участь у механізмах фолікулогенеза, овуляції, формування і функціонування жовтого тіла, циклічних морфофункціональних змін ендометрія, запліднення та імплантації [1–6].

Незважаючи на значну кількість наукових публікацій щодо ДРТ не можна вважати усі питання повністю вирішеними, особливо у плані підвищення їхньої ефективності з урахуванням основних імунологічних чинників.

Мета дослідження: вивчення ролі цитокінів в ефективності гонадотропної стимуляції яєчників у циклі ДРТ і його результатах у жінок – медичних працівників репродуктивного віку з поєднаними формами безплідності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети були обстежені 70 жінок – медичних працівників репродуктивного віку, які увійшли у наступні групи: основну (n=30), порівняння (n=30) і контрольну (n=10).

Критерії включення в основну групу:

- вік 25–38 років;
- безплідність (ендокринна, трубно-перитонеальна, поєднана);

- програма ДРТ;
- стимуляція яєчників препаратами гонадотропінів;
- настання вагітності після даної програми ДРТ (візуалізація плодового яйця при ультразвуковому дослідженні через 3 тиж після перенесення ембріонів).

Критерії виключення в групу порівняння:

- вік 25–38 років;
- безплідність (ендокринна, трубно-перитонеальна, поєднана);
- програма ДРТ;
- відсутність вагітності після даної програми ДРТ.

Критерії включення в контрольну групу:

- вік 25–32 роки;
- наявність вагітності, що закінчилася пологамі, в анамнезі.

У контрольну групу увійшли пацієнтки, які брали участь у програмі «Донорство ооцитів».

Критерії виключення для основної групи і групи порівняння:

- гіпер- і гіпогонадотропна оваріальна недостатність;
- видалення одного або обох яєчників в анамнезі;
- важкий ступінь астенотератозооспермії, азооспермії;
- єдина причина безплідності – чоловічий чинник; ожиріння II–III ступеня.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, ендокринологічні, морфологічні, статистичні та імунологічні, які включали визначення рівня цитокінів у фолікулярній рідині методом мультиплексного аналізу білків (MCP-1 – моноцитарного хемотаксичного протеїну-1, MIP-1α, MIP-1β, RANTES, еотаксину, IP-10 – інтерферон-індукованого протеїну-10, IL-8, фракталкіна, TNFα, IL-1β, IL-2, IL-5, IL-6, IL-7, IL-9, IL-12, IL-13, IL-15, IL-10, IL-1, га) і визначення методом PCR у біоптатах ендометрія експресії мРНК хемокинів (MCP-1, MIP-1α, MIP-1β, RANTES, еотаксина, IP-10, IL-8, фракталкіна) і їх рецепторів (CXCR1, 2, 3, 4; CX3CR1; CCR1, 3, 4, 5, 7).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік жінок в основній групі становив $32,2 \pm 4,3$ року, тривалість безплідності – $6,2 \pm 3,7$ року. 46,7% хворих цієї групи мали у минулому вагітності (13,3% – пологи, 30,0% – штучні аборти, 3,3% – мимовільні аборти, 3,3% – вагітності, що не розвиваються). У структурі супутньої гінекологічної захворюваності у пацієнток основної групи виявлені: хронічний сальпингофорит (36,7%), лейоміома матки (10,0%), зовнішній генітальний ендометріоз I–II ступеня тяжкості (23,3%), аденоміоз (6,7%). 36,7% пацієнток основної групи перенесли в анамнезі діагностичну і/або операційну лапароскопію, 26,7% – діагностичну і/або операційну гістероскопію.

Середній вік жінок у групі порівняння становив $33,7 \pm 4,2$ року, тривалість безплідності – $5,7 \pm 3,2$ року. 63,3% хворих цієї групи у минулому мали вагітності (26,7% – термінові пологи, 16,7% – еktopічну вагітність, 43,3% – штучний аборт, 6,7% – мимовільний аборт, 16,7% – вагітність, що не розвивається). У структурі супутньої гінекологічної захворюваності у пацієнток групи порівняння виявлені хронічний сальпингофорит (56,7%), лейоміома матки (16,7%), зовнішній геніталь-

ний ендометріоз I–II ступеня тяжкості (26,7%), аденоміоз (13,3%). 46,7% пацієнток групи порівняння перенесли в анамнезі діагностичну і/або операційну лапароскопію, 56,7% – діагностичну і/або операційну гістероскопію.

У контрольну групу увійшли здорові жінки, які взяли участь в програмі «Донорство ооцитів». Усі вони перебували в шлюбі, в анамнезі мали пологи, що закінчилися народженням здорової дитини. Середній вік пацієнток становив $29,7 \pm 3,9$ року.

За допомогою кореляційного аналізу визначено, що кількість фолікулів, що ростуть при гонадотропній стимуляції, має достовірну пряму кореляційну залежність від змісту у фолікулярній рідині цитокінів: IL-10 ($R_c=0,31$; $p<0,05$), IFN γ ($R_c=0,32$; $p<0,05$), MIP-1 β ($R_c=0,32$; $p<0,05$), RANTES ($R_c=0,38$; $p<0,01$) і TNF α ($R_c=0,27$; $p<0,05$). Виявлено, що існує пряма кореляційна залежність між кількістю ооцитів, отриманих при пункції яєчників, і вмістом в них цитокінів IL-10, IFN γ , GM-CSF, MIP-1 β , RANTES і TNF α . У хворих з негативним результатом циклу ДРТ рівень IL-13 у фолікулярній рідині яєчників під час стимуляції вдвічі вище, ніж у хворих з вагітністю, що настала після ДРТ.

За допомогою кореляційного аналізу був виявлений достовірний взаємозв'язок між рівнями цитокінів у фолікулярній рідині. Так, вміст IL-10 корелював з концентрацією IL-6 ($R_c=0,76$; $p<0,0001$), еотаксину ($R_c=0,62$; $p<0,0001$), MCP-1 ($R_c=0,62$; $p<0,0001$) і G-CSF ($R_c=0,56$; $p<0,0001$), а вміст IL-2 з GM-CSF ($R_c=0,59$; $p<0,0001$) та IL-15 ($R_c=0,78$; $p<0,0001$), що може свідчити про схожі клітинні джерела синтезу наведених чинників в тканинах яєчника.

Поліфункціональні цитокіни IL-10, IL-4, IL-13 належать до цитокінів, характерних для так званого Th $_2$ – дві імунних відповіді, домінуючі при нормальному перебігу вагітності. IL-10 та IL-4 мали виражений протизапальний ефект, регуляторними властивостями відносно цитотоксичних і хелперних Т-лімфоцитів, NK-кліток, В-лімфоцитів і дендритних клітин. IL-10 здатний також інгібувати апоптоз клітин, індукований TNF α або IFN γ . IL-13 продукується переважно активованими Т-клітинами і є потужним модулятором активності моноцитів і В-кліток, не виконуючи, на відміну від IL-4, прямого біологічного впливу на Т-клітини. Окрім цього, існують дані про здатність IL-13 чинити інгібувальний ефект на продукцію інших цитокінів, стимулюючих початок запального процесу.

Зростання продукції цитокінів, хемокинів і ростових чинників в яєчниках при їхній стимуляції, ймовірно, забезпечується високим вмістом і активацією в них ІКК. Окрім цього, секреція цитокінів забезпечується гранульозними клітинами зростаючих фолікулів. TNF α , IFN γ , GM-CSF залучені в розвиток і ріст фолікула, сигнально взаємодію між ооцитом і соматичними (гранульозними) клітинами, що оточують його, баланс процесів проліферації і апоптозу клітин фолікула, регулюють ангиогенез і синтез стероїдних гормонів в яєчнику.

TNF α і IFN γ через активацію проапоптотичних Вах-білків, протеїнкінази або каспаз можуть індукувати апоптоз клітин фолікула. Хемокини, що синтезуються в яєчниках (RANTES, еотаксин, MIP-1 β) і мають хемоатрактивний ефект, притягують в тканині яєчника та активують ІКК, які, у свою чергу, секретують цитокіни, хемокини і чинники росту, забезпечуючи надмірність цитокінової регуляції фолікулогенеза.

Вивчені у дослідженні цитокіни можуть регулювати процес ангиогенезу в яєчнику. Так, TNF α і GM-CSF, безпосередньо або за допомогою індукції VEGF (судинно-ендотеліальний чинник росту), беруть участь в міграції, проліферації ендотеліальних клітин, формуванні капілярних трубок і базальної мембрани. При цьому TNF α , IL-10 можуть спричинити і антиангіогенний ефект.

Отже, стимуляція яєчників гонадотропінами супроводжується ростом фолікулів, рекрутуванням і активацією імунокомпетентних клітин з індукцією протизапальних (IL-4, IL-10, IL-13), прозапальних (IFN γ , GM-CSF; TNF α) цитокінів і хемокинів (MIP-1 β ; RANTES), що, ймовірно, необхідно для підтримки балансу апоптозу і проліферації клітин гранулози, регуляції ангиогенезу і стероїдогенезу в яєчниках.

Виявлена достовірна негативна кореляційна залежність між якістю запліднення, частотою дроблення ембріонів з вмістом у фолікулярній рідині цитокінів GM-CSF, IFN γ і RANTES і позитивна – між кількістю перенесених ембріонів і вмістом у фолікулярній рідині IL-15.

Отримані дані свідчать про те, що посилення секреції в яєчнику прозапальних цитокінів може бути одним з механізмів несприятливого впливу стимуляції яєчників гонадотропінами на ооцит. Нині передбачається, що стимуляція яєчників, її режими впливають на «якість» ооциту, потенцію його до запліднення і темпи раннього розвитку ембріона. Негативну роль можуть відігравати високі концентрації в крові естрадіолу, а також фармакологічні препарати, що використовуються під час стимуляції яєчників (гонадотропіни, агоністи і антагоністи гонадотропін-рилізинг гормону). Отримані результати підтвердили існуючі фундаментальні уявлення про те, що взаємодія між ооцитом і соматичними клітинами яєчника є критичною для нормального перебігу оогенезу, запліднення і раннього розвитку ембріона.

Завершальним етапом роботи була розробка за допомогою аналізу дискримінант критеріїв прогнозування ефективності циклу ДРТ. Були виявлені три групи чинників, що дозволяє прогнозувати настання вагітності після циклу ДРТ:

1-а група – клінічні (вік, індекс маси тіла хворих, наявність трубно-перитонеального чинника безплідності);

2-а група – гормональні (вміст в крові вільного тестостерону і прогестерону);

3-я група – імунологічні (вміст у фолікулярній рідині яєчників цитокінів IL-2, IL-4, IL-9, IL-13, IL-1, та, TNF α і GM-CSF), причому найбільш важливе прогностичне значення має рівень IL-13.

Отже, у ході даного дослідження виявлено значення цитокінів в ефективності циклу ДРТ у хворих репродуктивного віку з поєднаними формами безплідності і визначені клінічні, гормональні і імунологічні чинники, що дозволяють прогнозувати його результат.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що до інформативних клініко-анамнестичним і гормональних чинників, що визначають результат циклу допоміжних репродуктивних технологій у хворих репродуктивного віку з поєднаними формами безплідності, належать: вік хворої; індекс маси тіла; наявність трубно-

перитонеального чинника безплідності; рівень вільного тестостерону в крові; вміст прогестерону в крові на 20–22-й день менструального циклу, а також визначення у фолікулярній рідині яєчників цитокінів.

**Роль иммунологических нарушений у женщин –
медицинских работников с бесплодием
А.С. Шельгин**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что к информативным клинико-анамнестическим и гормональным факторам, определяющим исход цикла вспомогательных репродуктивных технологий у больных репродуктивного возраста с сочетанными формами бесплодия, относят возраст больной, индекс массы тела, наличие трубно-перитонеального фактора бесплодия, уровень свободного тестостерона в крови, содержание прогестерона в крови на 20–22-й день менструального цикла, а также определение в фолликулярной жидкости яичников цитокинов.

Ключевые слова: бесплодие, иммунология, вспомогательные репродуктивные технологии.

**Role of immunologic disturbances at women of medical workers with
sterility
O.S. Shelygin**

Results of the spent researches testify that to informative clinical-anamnestical and to the hormonal factors defining an outcome of cycle auxiliary reproductive technologies at patients of reproductive age with combined forms of barrenness, carry: age of the patient; an index of weight of a body; presence tube-peritoneal barrenness factor; level of free testosterone in blood; the progesterone maintenance in blood for 20–22 day menstrual cycle, and also definition in a follicular liquid ovariums cytocones.

Key words: barrenness, immunology, auxiliary reproductive technologies.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вовк І.Б. Корекція гормональних порушень при поєднаних формах неплідності / І.Б. Вовк, А.Г. Корнацька // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – № 4. – С. 147–149.
2. Юзько О.М. Лапароскопія в діагностиці та лікуванні жіночої безплідності / О.М. Юзько, Т.А. Юзько // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2015. – № 2. – С. 35–36.
3. Anate M. Anovulatory infertility: a report of four cases and literature review / M. Anate, A.W. Olatinwo // Niger. J. Med. – 2010. – Vol. 10, N. 2. – P. 85–90.
4. Дубоссарская З.М. Эндокринное бесплодие у женщин: патофизиологические механизмы и подходы к лечению / З.М. Дубоссарская // Лікування та діагностика. – 2016. – № 1. – С. 39–45.
5. Корнацька А.Г. Місцевий гуморальний імунітет у жінок з поєднаними формами неплідності / А.Г. Корнацька // Лікарська справа. – 2008. – № 4. – С. 82–84.
6. Основы репродуктивной медицины: Практ. руководство / Под ред. В.К. Чайки. – Донецк: Альматео, 2011. – Р. 6: Бесплодие в браке. – С. 275–321.

**Тези науково-практичного семінару
у форматі телемосту
«МІЖНАРОДНІ ТА ВІТЧИЗНЯНІ
СТАНДАРТИ НАДАННЯ
ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ»**

20 жовтня 2017 року, м. Київ

**Імуногенетичні порушення у подружній парі як причина невдалих
спроб допоміжних репродуктивних технологій**

М.М. Адамов

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

Нами вивчена роль імуногенетичних порушень у жінок та їхніх чоловіків при ефективних та невдалих спробах допоміжних репродуктивних технологій. Отримані результати показали значення аллогенності подружніх пар за системою HLA II класу у формуванні імунологічної безплідності як самостійної нозологічної форми і як чинника, який може супроводжувати інші форми безплідності, що прогнозує неефективність його лікування. Усе це робить необхідним дослідження комплексу гістосумісності подружньої пари при безплідності неясного генезу, а особливо при невдачах ДРТ.

Роль ефективної корекції порушень мікробіоценозу статевих шляхів у відновленні репродуктивної функції жінок, які перенесли перший медичний аборт

С.М. Бакшеєв

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

Пропонована лікувально-профілактична методика дозволяє після першого циклу лікування знизити середню частоту клінічних скарг на 10–12,0%, а через три цикли – на 18,0–20,0%. У I триместрі вагітності відбувається зниження частоти бактерійного вагінозу (з 72,0% до 44,0%), загрози переривання (з 32,0% до 16,0%); погіршення соматичної захворюваності (з 12,0% до 6,0%) і мимовільного переривання вагітності (з 10,0% до 4,0%) на тлі виражених змін мікробіологічного статусу і корекції клітинних і гуморальних чинників місцевого захисту.

Отже, запропонована методика разом з пригнобленням умовно-патогенних бактерій впливає на локальні захисні механізми піхви. Крім того, вона сприяє відновленню механізмів резистентності колонізації. Широке використання її в практичній охороні здоров'я на етапі планування вагітності представляється доцільним.

Особливості відновлення репродуктивної функції у жінок з йоддефіцитними захворюваннями

Д.Ю. Берая

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

Використання вдосконалених алгоритмів ведення пацієнток з генітальною патологією і безплідністю на тлі йоддефіцитних захворювань щитоподібної залози дозволило підвищити ефективність лікування лейоміоми матки на 20,0%; хронічного сальпінгоофориту – на 18,0% і генітального ендометріозу – на 16,0%. Частота настання вагітності становила 32,0%, в 14,0% пацієнток були використані допоміжні репродуктивні технології.

Результати проведених досліджень свідчать, що йоддефіцитні захворювання у жінок репродуктивного віку є однією з причин високого рівня гінекологічної захворюваності і порушень репродуктивної функції. Використання вдосконаленого нами алгоритму дозволяє не лише знизити гінекологічну захворюваність, але і підвищити ефективність лікування жіночої безплідності.

Дискусійні питання повторної гестаційної анемії

Д.О. Говсеєв

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

Нами встановлено, що наявність анемії за попередньої гестації є істотним чинником ризику розвитку у першу чергу повторної анемії, а також різних акушерських і перинатальних ускладнень. Отримані результати свідчать про необхідність удосконалення загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів з метою поліпшення результатів розродження жінок з анемією при попередній гестації.

Поетапна тактика відновлення репродуктивної функції у жінок з оперованими яєчниками

А.В. Єжова

Медичний інститут Сумського державного університету

У 625 жінок нами було виявлено 843 новоутворення яєчників. Ці розподіли новоутворень на підставі патоморфологічного дослідження представлені таким чином: епітеліальні пухлини становили 132 (15,7%) новоутворення у 123 жінок; пухлина строми статевого тяжа – 28 (3,3%) у 14 пацієнток; герміногенні пухлини – 132 (15,7%) новоутворення у 100 жінок і пухлиноподібні утворення – 551 (65,3%) випадок у 388 хворих. Розміри пухлин і пухлиноподібних утворень коливалися від 1,0 до 20 см в діаметрі.

На підставі патоморфологічного дослідження 123 пацієнток з епітеліальними пухлинами були виділені чотири основні варіанти: серозна цистаденома – 83 (67,5%); муцинозна цистаденома – 32 (26,0%); ендометріодна пухлина – 3 (2,4%) і диморфна цистаденома – 5 (4,1%). Лапароскопічне лікування пухлин і пухлиноподібних утворень яєчників є досить важливою проблемою, а одним із завдань цієї проблеми можна виділити відновлення репродуктивної функції у даних пацієнток. Дослідження в цьому напрямі носять досить перспективний характер і можуть бути продовжені надалі.

Особливості клінічного перебігу поєднаної патології матки у жінок з надмірною масою тіла та метаболічним синдромом

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 в кожному третьому-другому випадках, що, у свою чергу, спричинює дисфункцію гіпоталамо-гіпофізарно-яєчничкової системи, патологію

грудних залоз в анамнезі достовірно частіше зареєстрована у пацієнток, що мають метаболічний синдром.

Результати проведених досліджень свідчать про істотну роль метаболічного синдрому в генезі розвитку поєднаної патології матки в період постменопаузи. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Особливості ехографічних змін у вагітних з недиференційованою дисплазією сполучної тканини

А.Л. Костюк

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

Нами встановлено, що гемодинамічні зміни у жінок з венозними порушеннями проявилися прогресивним збільшенням діаметру маткової вени і поперечного перерізу судинного пучка, появою ознак венозної недостатності, залученням судин оваріального сплетення, двосторонньою локалізацією розширених сплечень, а також тотальним і магістральним типом екстазії. Пік гемодинамічних змін відповідав II триместру вагітності.

Результати проведених досліджень свідчать, що для прогнозування ускладнень вагітності і порушень фетоплацентарної системи у вагітних з варикозною хворобою та недиференційованою дисплазією сполучної тканини доцільним є вимір поперечного перерізу бічної стінки матки і середнього діаметру маткової вени. Для встановлення діагнозу плацентарної дисфункції і визначення ступеня її компенсації необхідно проводити, окрім ехографічного дослідження судин малого таза, доплерометричне оцінювання венозного кровотоку. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Оптимізація тактики зниження репродуктивних втрат у жінок з лейоміомою матки

О.О. Литвак

**Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини
Державного управління справами, м. Київ**

Використання вдосконаленого нами алгоритму дозволяє попередити мимовільне переривання вагітності у I триместрі, знизити частоту плацентарної дисфункції в 2,0 разу, передчасних пологів – в 1,9 разу і перинатальної патології – у 2,8 разу. Результати проведених досліджень свідчать, що пацієнтки з міомою матки входять у групу високого ризику щодо розвитку невиношування вагітності і подальшої перинатальної патології. Використання вдосконаленого нами алгоритму дозволяє знизити частоту невиношування і перинатальної патології, що дає підставу рекомендувати його для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Тактика відновлення репродуктивної функції у жінок старше 35 років

В.В. Маркевич

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

Анамнестичні дані про частоту гінекологічних оперативних втручань у жінок в пізній репродуктивний період з безплідністю свідчать про те, що обстежувані жінки були дуже складним контингентом для реалізації репродуктивної функції, оскільки кожна третя хвора, що лікувалася раніше, перенесла від одної до чотирьох гінекологічних операцій, включаючи лапаротомії, лапароскопії, гістероскопії і діагностичні вискоблювання ендометрія.

Аналіз об'ємів хірургічних маніпуляцій свідчить, що незалежно від виду оперативного втручання (відкритого або закритого) і показань до нього (безплідність або різні гінекологічні захворювання), у переважній більшості хворих у ході операції виконувалися поєднані маніпуляції найчастіше на маткових трубах і яєчниках. Так, реконструктивно-пластичні операції на маткових трубах були зроблені в 42,5%, реконструктивні операції на яєчниках – в 23,5%, радикальні операції на придатках матки – в 18,5% випадках.

Отже, аналіз частоти і особливостей перенесених гінекологічних операцій у 26,5% жінок пізнього репродуктивного віку з безплідністю дозволяє припустити, що подальше лікування, спрямоване на відновлення репродуктивної функції, у цього контингенту хворих буде зв'язано з певними труднощами і виявиться невисоким за ефективністю, що зумовлює необхідність удосконалення існуючих діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у пацієнток пізнього репродуктивного віку з безплідністю.

Дискусійні питання багатоплідної вагітності після допоміжних репродуктивних технологій

О.В. Мельник

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

Результати проведених досліджень свідчать, що допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) не спричиняють збільшення частоти природжених аномалій розвитку у плоду, а також росту рівня перинатальної захворюваності. Набагато більше значення має преморбідний фон подружніх пар, причини безплідності, ефективність діагностики і лікування, а також варіант використання програм ДРТ. Наявність багатоплідної вагітності після ДРТ підвищує ризик розвитку плацентарної дисфункції і затримки розвитку плода, що негативно впливає на перинатальні результати розродження.

Дискусійні питання впливу поєднаної патології матки і грудних залоз на репродуктивне здоров'я жінок

О.А. Полюлях

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

Ефективність вдосконаленого нами алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних методів становила через 3 міс 14,7%; через 6 міс – 16,0% і через 12 міс – 26,7%, що підтверджується результатами додаткових методів дослідження: клінічних, ехографічних, ендокринологічних, імунологічних і нейропсихологічних. Результати проведених досліджень свідчать про актуальність проблеми поєднання патології матки та грудних залоз з точки зору як своєчасної діагностики, так і ефективності лікувально-профілактичних заходів.

Отримані нами результати свідчать про необхідність широкого використання удосконалення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів, що за наявності поєднаної патології дозволить знизити захворюваність жінок репродуктивного і перименопаузального віку, а також підвищити якість їхнього життя.

Тактика ведення жінок з аденоміозом та гіперпластичними процесами ендометрія з урахуванням інструментальних методів дослідження

П.М. Прудніков

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

Результати проведених досліджень свідчать, що ехографічні дослідження, особливо з використанням кольорового доплерівського картирування, має велике значення у діагностиці поєднаних форм аденоміозу і гіперпластичних процесів ендометрія. Правильне трактування отриманих ехографічних результатів у разі даної поєднаної патології дозволяє розробити раціональну тактику ведення таких пацієнток і проводити адекватний моніторинг лікувального процесу. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Оптимізація пренатальної діагностики вроджених вад розвитку у жінок після допоміжних репродуктивних технологій

Я.А. Рубан

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

Результати проведених досліджень свідчать, що ультразвукові маркери посідають провідне місце у ранній діагностиці вроджених вад розвитку і хромосомних аномалій. Під час проведення аналізу структури ультразвукових маркерів в 1,9 разу частіше відмічено поєднання декількох з них, порівняно з ізольованими змінами. Хромосомні аномалії виявлено в 13,3% при ізольованих ультразвукових маркерах і в 9,4% – при поєднанні декількох.

Найбільш питома вага у структурі всіх ультразвукових маркерів належить вродженим вадам серця (11,7%), серед них зазначають високий рівень хромосомних аномалій – 57,1% при ізольованих вроджених вадах і 20,7% – при поєднанні їх з іншими ультразвуковими маркерами. Високий рівень хромосомної патології зазначають при затримці розвитку плода (66,7%) і кістозній гігромії шиї (37,%) у поєднанні з іншими ультразвуковими маркерами.

Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму прогностичних заходів у жінок з чинниками ризику, особливо після допоміжних репродуктивних технологій.

Вплив аномалій розвитку матки на варіанти плацентації

А.П. Садовий

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

Результати проведених досліджень свідчать, що чинниками ризику патологічного перебігу гестації при аномальній плацентації є аномалії розвитку матки, вік старше 30 років, високий паритет, інфекції урогенітального тракту, структурні порушення матки (рубець/лейоміома/аномалії).

Основними критеріями міграції плаценти є локалізація відносно стінок матки, швидкість і варіант процесу. Визначено три типи швидкості переміщення плаценти: повільний – менше 0,3 см/тиж; помірний – від 0,3 до 0,5 см/тиж; швидкий – понад 0,5 см/тиж. Виділяють також завершений (повна міграція) і незавершений варіант (неповна міграція) процесу переміщення. Отримані результати необхідно використовувати під час розроблення тактики ведення вагітності у пацієнток даної групи.

Вплив надлишкової маси тіла на тактику ведення жінок з гіперпластичними процесами ендометрія**А.О. Семенюк****Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
м. Київ**

Використання вдосконаленого нами алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у жінок в перименопаузальний період з поєднанням гіперпластичних процесів та надлишкової маси тіла дозволяє визначити першочерговість (статеві органи або грудні залози), метод лікування (консервативний або оперативний) і варіант медикаментозної корекції (препарати для гормональної і метаболічної терапії). У сукупності це дозволяє знизити захворюваність у жінок в перименопаузальний період.

Результати проведених досліджень свідчать про актуальність обраного наукового завдання. Використання розробленого нами алгоритму дозволяє знизити захворюваність у жінок в перименопаузальний період і попередити розвиток онкологічної патології.

Особливості аномального розташування плаценти у жінок з ретрохоріальними гематоми**О.М. Томнюк****Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
м. Київ**

Наявність ретрохоріальних гематом є суттєвим чинником ризику аномальної плацентації, частота якої становить 34,0%. Клінічний перебіг вагітності у разі аномальної плацентації супроводжується високою частотою раннього токсикозу (32,0%), преекслампсії (20,0%), плацентарної дисфункції (55,0%), передчасних пологів (26,0%) і аномалій пологової діяльності (34,0%). Отримані результати свідчать про необхідність розроблення алгоритму тактики ведення вагітності і пологів у пацієнток даної групи.

Імунологічні фактори безплідності у жінок – медичних працівників**О.С. Шелигін****Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
м. Київ**

Результати проведених досліджень свідчать, що до інформативних клініко-анамнестичних і гормональних чинників, які визначають результат циклу допоміжних репродуктивних технологій у жінок – медичних працівників у репродуктивний період з поєднаними формами безпліддя, належать: вік хворої, індекс маси тіла, наявність трубно-перитонеального чинника безплідності, рівень вільного тестостерону в крові, вміст прогестерону в крові на 20–22-й день менструального циклу, а також визначення у фолікулярній рідині яєчників цитокінів.

Наукове видання

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ
СПІВРОБІТНИКІВ
НМАПО імені П.Л. ШУПИКА**

Випуск 28 (частина 2)

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.-друк.арк. – 8,16.
ТОВ «Професіонал-Івент»
Тел./факс: (044) 220-15-41