



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, 2018 р. – 178 с.

У 31 випуску збірника наукових праць висвітлені актуальні питання акушерства і гінекології, репродуктивних технологій у лікуванні безпліддя.

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

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

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

Редакційна колегія: **М.Л. Анкін** – д.мед.н., проф.; **В.І. Біда** – д.мед.н., проф.; **Г.Ф. Білоклицька** – д.мед.н., проф.; **Н.О. Ветютнева** – д.мед.н., проф.; **І.Б. Вовк** – д.мед.н., проф.; **Г.І. Герцен** – д.мед.н., проф.; **В.Г. Гетьман** – д.мед.н., проф.; **Н.Г. Гойда** – д.мед.н., проф.; **Ю.І. Головаченко** – д.мед.н., проф.; **О.В. Голяновський** – д.мед.н., проф.; **О.В. Горбунова** – д.мед.н., проф.; **Л.Л. Давтян** – д.мед.н., проф.; **О.Я. Дзюблик** – д.мед.н., проф.; **М.М. Долженко** – д.мед.н., проф.; **О.Й. Жарінов** – д.мед.н., проф.; **С.І. Жук** – д.мед.н., проф.; **В.А. Загорій** – д.мед.н., проф.; **В.К. Казимирко** – д.мед.н., проф.; **В.М. Коваленко** – академік НАМН України, проф.; **Г.П. Козинець**, д.мед.н., проф.; **І.П. Козярін** – д.мед.н., проф.; **А.Г. Корнацька** – д.мед.н., проф.; **О.А. Лоскутов** – д.мед.н., проф.; **В.І. Мамчич** – д.мед.н., проф.; **О.В. Павленко** – д.мед.н., проф.; **М.Є. Поліщук** – член-кор. НАМН України, проф.; **В.А. Попов** – д.мед.н., проф.; **М.С. Пономаренко** – д.мед.н., проф.; **С.О. Риков** – д.мед.н., проф.; **Т.Г. Романенко** – д.мед.н., проф.; **Н.О. Савичук** – д.мед.н., проф.; **Н.Я. Скріпченко** – д.мед.н., проф.; **Л.В. Суслікова** – д.мед.н., проф.; **О.О. Тимофесв** – д.мед.н., проф.; **О.В. Ткаченко** – д.мед.н., проф.; **Р.О. Ткаченко** – д.мед.н., проф.; **М.А. Трепінська** – д.мед.н., проф.; **Л.Є. Туманова** – д.мед.н., професор; **Ю.І. Феценко** – академік НАМН України, проф.; **Н.В. Харченко** – чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., проф.; **Н.І. Швець** – д.мед.н., проф.; **Н.М. Шуба** – д.мед.н., проф.

РЕКОМЕНДОВАНО: *Вченою радою Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, Протокол №6 від 13.06.2018 р.*

АТЕСТОВАНО

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

ПЕРЕРЕЄСТРОВАНО

Департаментом атестації кадрів вищої кваліфікації, Наказ Міністерства освіти і науки України № 528 від 12.05.2015, **медичні, фармацевтичні науки**

Збірник включено в наукометричні бази даних: міжнародна наукометрична база «Google Scholar», реферативна база даних "Україніка наукова".

Збірник реферується Інститутом проблем реєстрації інформації НАН України.

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

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

Періодичність виходу – чотири рази на рік

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

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

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

М.Є. Яроцький – д.мед.н., професор

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

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

ISSN 2227-7404

© Національна медична академія
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 2018

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

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

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

*ВИПУСК 31
(Частина 2)*

Київ – 2018

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, 2018; 178 p.**

The 31st collected transactions deals with the topical questions of assisted reproductive technologies in treating infertility, obstetrics and gynecology.

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

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

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

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

IS RECOMMENDED: by Scientific Council of the National Medical Academy of Post-Graduate Education named after P.L.Shupyk, Health Ministry of Ukraine
The minutes № 6, 13.06.2018

IS CERTIFICATED: by Supreme Certifying Commission of Ukraine
Medical, Pharmaceutical Science

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

REREGISTERED: by the Department of Certification of Personnel of Higher Qualification, Order of the Ministry of Education and Science of Ukraine No. 528 from 12/05/2015, medical, pharmaceutical sciences

The collected paper are included to the scientometric databases: international scientometric database «Google Scholar», review database and «Ukrainika naukova».

The collected paper are reviewed by the Institute for Information Recording of the National Academy of Science of Ukraine.

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

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

Frequency of publication is 4 times per year

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

The reviewers: **V.O. Tovstanovska** - 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, 2018

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 31
(Part 2)*

Kyiv – 2018

ЗМІСТ

АКУШЕРСТВО

Клінічні особливості патогенезу повторної затримки розвитку плода <i>Д.О. Говсєєв</i>	9
Ультразвукові гравідарні особливості жінок з гіперактивним сечовим міхуром у III триместрі вагітності <i>І.Ю. Костюк, Ю.С. Гарнець, А.В. Козлов</i>	16
Фенотипічні особливості у вагітних з недиференційованою дисплазією сполучної тканини <i>А.Л. Костюк</i>	23
Перинатальні наслідки у жінок, які використовували різні методи контрацепції <i>О.А. Лубковська</i>	30
Прогнозування декомпенсованих форм плацентарної дисфункції у жінок різного віку <i>В.В. Маркевич, А.М. Шлемкевич</i>	35
Порівняльні аспекти двоплідної вагітності та вагітності трійнею <i>О.В. Мельник</i>	38
Тактика ранньої діагностики тяжких форм плацентарної дисфункції після застосування допоміжних репродуктивних технологій <i>Я.А. Рубан</i>	46
Невиношування вагітності у жінок з вродженими аномаліями розвитку матки: діагностика та профілактика <i>А.П. Садовий</i>	53
Профілактика плацентарної дисфункції у вагітних з передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти в анамнезі (Огляд літератури) <i>О.О. Корчинська, О.Ю. Чонко</i>	58

ГІНЕКОЛОГІЯ

Вплив першого медичного абортів на виношування вагітності <i>О.О. Білоконь</i>	68
Функціональний стан репродуктивної та тиреоїдної систем у жінок раннього репродуктивного віку з міомою матки <i>Г.С. Бобер, В.С. Страховецький</i>	74
Мікробіологічні особливості запальних захворювань яєчників та маткових труб <i>А.В. Бойко</i>	78
Тактика діагностики патології грудних залоз у жінок з генітальним ендометріозом <i>С.Я. Гринчук</i>	83
Апоплексія яєчника як фактор ризику порушень репродуктивної функції <i>О.М. Іщак</i>	87
Відновлення репродуктивного здоров'я жінок, які перенесли оперативні втручання з приводу трубної вагітності: клініко-експериментальне дослідження <i>М.М. Козуб</i>	92
Особливості гемостазу після лапароскопічних операцій на придатках матки у жінок з надмірною масою тіла <i>В.В. Костіков</i>	104
Ускладнення після ургентних лапароскопічних операцій у гінекології <i>Ю.Л. Пікуль</i>	108
Оптимізація тактики ведення гіперпластичних процесів ендометрія у жінок у період постменопаузи <i>Ю.М. Садигов</i>	116
Особливості патогенезу доброякісних гіперпластичних захворювань матки у жінок з метаболічним синдромом <i>А.О. Семенюк, В.А. Шамрай</i>	123
Особливості клінічної характеристики жінок з метаболічним синдромом <i>Р.С. Скорейко</i>	132
Вплив дисфункції щитоподібної залози на стан репродуктивного здоров'я дівчат-підлітків <i>С.М. Шулятицька</i>	137

БЕЗПЛІДДЯ

Функціональний стан тиреоїдної та репродуктивної систем при безплідності у жінок з ендометріозом Д.Ю. Берая	142
Тактика допоміжних репродуктивних технологій після оперативного лікування жінок з аденоміозом П.М. Прудніков	153
Клінічна характеристика жінок зі зниженою оваріальною відповіддю на стимуляцію у програмах ДРТ Г.В. Стрелко	160

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

7 червня 2018 року

Г.С. Бобер	171
Д.Ю. Берая	172
А.В. Єжова	172
Д.О. Говсєєв	173
С.Я. Гринчук	173
О.М. Іщак	173
Я.А. Рубан	174
В.В. Маркевич	174
О.А. Лубковська	174
В.В. Костіков	175
О.В. Мельник	175
Ю.М. Садигов	176
А.П. Садовий	176
С.М. Шулятицька	177

УДК 618.33-092-039.35

Клінічні особливості патогенезу повторної затримки розвитку плода

Д.О. Говсєєв

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

Результати проведених досліджень свідчать, що плацентарна дисфункція, що визначає тяжкість гіпоксії і ступінь повторної затримки розвитку плода, розвивається у результаті впливу комплексу різних чинників. Їхнє поєднання, тривалість дії визначають вираженість не лише морфологічних змін у плаценті, але й її функціональну недостатність. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у жінок груп різного ризику.

Ключові слова: повторна затримка розвитку плода, патогенез, клінічні чинники.

Діагностика, лікування і профілактика затримки розвитку плода (ЗРП) є однією з актуальних проблем сучасного акушерства [1–8]. За даними різних авторів [1–8] поширеність цього синдрому при різній акушерській патології становить від 10% до 44%.

Останніми роками зростає частота виявлення синдрому ЗРП у популяції вагітних. Це пов'язано як з поліпшенням антенатальної діагностики, так і з нестабільністю соціально-економічних умов у сучасному суспільстві [1, 2].

Сьогодні є досить інформації щодо етіології синдрому ЗРП, виявлені чинники ризику його формування:

- екстрагенітальна патологія;
- акушерська патологія;
- внутрішньоутробна інфекція;
- екологічні чинники;
- куріння і вживання вагітними алкоголю і наркотиків;
- несприятлива дія лікарських препаратів [3, 4].

Проте до сьогодні ці чинники не систематизовані, не визначені частота зустрічання і питома вага кожного з них у формуванні ЗРП, що багато в чому знижує ефективність ранньої діагностики даної патології.

Не викликає сумнівів, що в основі малої маси плода і морфологічної незрілості лежать зміни метаболізму не лише в плаценті, але й в організмі вагітної і плода, проте їхня значущість залишається до кінця не розкритою [5, 6].

Встановлено, що перинатальні втрати за наявності синдрому ЗРП суттєво залежать від маси тіла дитини при народженні і залишаються понад 90% серед недоношених новонароджених [7, 8]. Поєднання ЗРП з недоношеністю є високим ризиком не лише респіраторного дистрес-синдрому, внутрішньошлуночкових кровови-

ливів, ушкоджень ЦНС у новонароджених, неонатальної смертності, але і підставою для формування патологій у подальші періоди життя дитини [1–9]. Усе це визначає медичну і соціальну значущість проблеми.

Впровадження у практичну охорону здоров'я сучасних діагностичних технологій (УЗД, доплерометрія, кардіотокографія тощо) дозволило знизити кількість дітей з уповільненням розвитку і недостатністю живлення [1–9]. Проте висока захворюваність і летальність серед доношених і недоношених новонароджених свідчить про те, що існуючі способи ранньої діагностики недосконалі, методи лікування недостатньо ефективні, доказові критерії оптимальних термінів розродження вагітних з повторною ЗРП не розроблені.

Мета дослідження: встановлення поширеності, частоти і структури чинників ризику повторної ЗРП у популяції і в обстежених вагітних, виявлення найбільш значущих з них для прогнозування даного синдрому і визначення акушерської тактики.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети були комплексно обстежені 260 вагітних з асиметричною формою ЗРП і 260 новонароджених, яких було розподілено на три групи.

I група – 100 жінок, в яких вагітність завершилася народженням доношених дітей із затримкою внутрішньоутробного розвитку I ступеня (100 новонароджених).

II групу – 80 пацієнток із ЗРП II ступеня, в яких вагітність завершилася народженням доношених дітей із затримкою внутрішньоутробного розвитку II ступеня (80 новонароджених).

III група – 80 жінок, в яких вагітність завершилася народженням недоношених дітей у терміні гестації 34–36 тиж із затримкою внутрішньоутробного розвитку III ступеня (80 новонароджених).

Критерії включення у дослідження: встановлений клінічний діагноз асиметричної форми ЗРП, верифікований на підставі результатів клінічних, функціональних і лабораторних досліджень і підтверджений народженням дитини із затримкою внутрішньоутробного розвитку I, II або III ступеня.

Критерії виключення:

- багатоплідна вагітність;
- наявність симетричної форми ЗРП і вад розвитку плода;
- цукровий діабет;
- загострення і декомпенсація хронічних екстрагенітальних захворювань у вагітних.

У контрольну групу увійшли 40 пацієнток, в яких вагітність перебігала без ускладнень і завершилася народженням 40 здорових доношених дітей.

Термін вагітності встановлювали на підставі дати останньої менструації, початку ворухання плода, першої явки в жіночу консультацію, даних ультразвукової фетометрії.

Метод викопіювання даних з історій пологів використовували для виявлення частоти зустрічання, визначення значущості груп і окремих чинників високого ризику виникнення затримки розвитку плода в популяції вагітних. Отримані дані

піддавалися математичній обробці з розрахунком масового індексу, нормованого інтенсивного показника і прогностичного коефіцієнта (ПК). Величини ПК виражалися в балах: 2 – мінімальний ризик, 3 – вірогідний і 4 – максимальний.

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

Ступінь тяжкості синдрому визначали вираженістю відставання фетометричних показників:

- при I ст. – наголошувалася їхня відмінність від нормативних і відповідність показникам, характерним для вагітності на 2-му тижні меншого терміну;
- при II ст. – на 3–4 тиж;
- при III ст. – більше ніж на 4 тиж порівняно з нормативними значеннями.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз відомостей, отриманих при викопіюванні з 2856 історій пологів жінок з чинниками ризику затримки розвитку плода і 235 жінок, що народили дітей із затримкою внутрішньоутробного розвитку, дав можливість отримати уявлення про групи і окремі чинники ризику затримки розвитку плода у популяції вагітних. Залежно від величини вагового індексу групи чинників було розподілено по рангових місцях.

На перше рангове місце вийшла група чинників, що характеризують репродуктивне здоров'я матері, в якій найбільшу питому вагу мали перші майбутні пологи, захворювання шийки матки, мимовільні викидні і аборти перед першими пологами, запалення матки і придатків.

Соціальні чинники – несприятливий соціально-економічний стан у сім'ї, неповна сім'я, шкідливі звички (куріння, алкоголь), вік жінки старше 30 років – посіли друге рангове місце.

На третьому місці виявилася група чинників, що виникають під час вагітності; при цьому найбільшу питому вагу мали загроза переривання вагітності у I і II триместрах, анемія, кольпіт.

Четверте рангове місце належало групі чинників, що характеризують соматичне здоров'я жінки, серед яких ведучими з'явилися хронічні інфекції, захворювання сечовидільної системи, гіпотензивний синдром і дефіцит маси тіла більше 25%.

П'яте місце посіли чинники, що виникають з боку плода – гіпоксія, багатоплідність, внутрішньоутробна інфекція. Усі вони мали високий ступінь ризику ЗРП (4 бали).

Вплив цих чинників на органи і системи плода не є специфічним. Їхня дія викликає, перш за все, порушення мікроциркуляції у плаценті, зміну її структури, транспортної, ендокринної, метаболічної функції і, як наслідок, розвиток плацентарної дисфункції, гемодинаміки, що виявляється порушеннями, у системі мати–плацента–плід і гіпоксією плода, на тлі якої формується затримка його розвитку. Отже, даний синдром виникає як результат поєднаної реакції плода і плаценти на різні порушення в організмі матері.

Відповідно до виявлених чинників високого ризику у популяції вагітних проведений їхній аналіз в обстежених пацієнток. Зіставлення отриманих відомостей про репродуктивне здоров'я з даними популяції показало їхню ідентичність, про-

те наголошувалися відмінності у питомій вазі кожного з чинників. Найбільша питома вага доводилася на запальні захворювання матки і придатків:

- 32,0%, 37,5%, 42,5% відповідно I, II і III групам;
- захворювання шийки матки – 9,0%, 13,8% і 15,0% відповідно;
- медичні аборти в анамнезі – понад 30% вагітних;
- мимовільні викидні виявляли у 5 разів частіше у III групі порівняно з I групою ($p < 0,001$).

Під час аналізу соціальних чинників встановлена досить висока питома вага жінок віком старше 30 років (45%, 50%, 45% відповідно I, II і III групам). Погіршення соціально-економічних умов у родини зазначено у половині жінок, у 30% вагітність була поза шлюбом; 50% – вживали під час вагітності алкоголь або курили.

Такі ускладнення вагітності, як анемія, прееклампсія, загроза переривання вагітності в різні терміни, маловоддя значно частіше зустрічалися у вагітних із затримкою розвитку плода III ступеня.

Серед екстрагенітальних захворювань найчастіше виявляли пієлонефрит, бронхіт, гастрит, гострі респіраторні вірусні інфекції, вегето-судинну дистонію.

Останнім часом велика увага приділяється вивченню впливу екологічних чинників на перебіг і результат вагітності. Результати дослідження встановили, що у крові вагітних із ЗРП, які тривалий час проживають у умовах техногенного навантаження, рівень таких токсичних речовин, як свинець і цинк, перевищує гранично допустимі концентрації.

Основними чинниками ризику з боку плода з'явилися гіпоксія (у 100% випадків) і внутрішньоутробна інфекція (у 16% – при ЗРП I ступеня, у 44% – при ЗРП II ступеня, у 60% – при ЗРП III ступеня).

Отже, ЗРП відноситься до мультифакторної патології і є результатом дії на організм вагітної комплексу медико-біологічних, соціальних і екологічних чинників. Визначення питомих ваг кожного з них і оцінювання ступеня ризику дозволяє з більшою точністю прогнозувати розвиток даної патології і є одним із шляхів зниження перинатальних ускладнень і смертності новонароджених за наявності синдрому ЗРП.

Окрім виявлення чинників ризику при обстеженні вагітних використовували акушерські методи – вимір висоти стояння дна матки і кола живота, визначення положення і передлежання плода, аускультация його серцевої діяльності. Проте індивідуальна варіабельність показників і суб'єктивне їхнє оцінювання суттєво обмежують можливості клінічних методів діагностики. У зв'язку з цим для характеристики стану фетоплацентарної системи застосовувалися: ультразвукове сканування плаценти і плода, кардіотокографія (КТГ) плода і доплерометрія матково-плацентарного, плодово-плацентарного і плодового кровотоку, які на сьогодні є провідними у діагностиці плацентарної дисфункції, ЗРП і гіпоксії плода, а, отже, у визначенні акушерської тактики.

Узагальнення даних ультразвукового сканування плацент обстежених пацієнток показало, що у 55% випадків плацента розташовувалася на передній стінці матки, у 30% – на задній, у 15% вона мала низьке прикріплення або центральне передлежання; у 35% наголошувалося зменшення товщини плаценти, а у 20% випадків – збільшення. Поєднане збільшення товщини плаценти і малої її

площі, множинні гіперехогенні включення, «передчасне дозрівання», інфаркти, тромбози, редукція судинного русла переважали у вагітних III групи. Розширення міжворсинчастого простору, наявність ехогенних включень, гіпер- і гіпоплазії плаценти були характерні для пацієнток I і II груп.

Усе наведене вище підтверджує формування у вагітних I, II, III досліджуваних груп плацентарної недостатності, що спричинює порушення розвитку плода.

Ультразвукова фетометрія у пацієнток із ЗРП I–II ступеня виявила відставання розвитку плодів від гестаційного терміну на 2–4 тиж, що виявлялося відповідним зменшенням біпаріетального розміру і обводу голівки, довжини плечової і стегнової кістки і, більшою мірою, середнього діаметру і обводу живота. Найбільш виражені зміни показників фетометрії зазначали при вагітності, що завершилася передчасними пологамі. Фізичний розвиток цих плодів відставав від гестаційного віку більше ніж на 4 тиж.

Для оцінювання стану плода рішення питання щодо тактики ведення вагітних і спосіб розродження проводили доплерометрію – дослідження кровотоку в маткових артеріях, судинах пуповини і середньої мозкової артерії плода з визначенням відношення систоло-діастолічного, пульсаційного індексу та індексу резистентності.

Зміни кровообігу у системі мати–плацента–плід характеризувалися підвищенням судинної резистентності різної локалізації і прогресували залежно від ступеня ЗРП:

- у пацієнток із затримкою розвитку плода I ступеня частіше наголошувалися ізольовані порушення гемодинаміки в артерії пуповини;
- у вагітних II групи переважали поєднані порушення кровотоку в одній з маткових артерій і артерії пуповини;
- при ЗРП III ступеня – відхилення гемодинаміки від нормальних значень виявляли у всіх пацієнток, при цьому в 27,5% випадків зареєстровані ретроградний кровотік в артерії пуповини і централізація кровообігу у середній мозковій артерії плода.

Моніторинг серцевої діяльності плода виявило патологічні відхилення базальної частоти серцевих скорочень у вигляді тахікардії (більше 160 ударів за 1 хв) в 0%, 10% і 11,25% відповідно за групами. Брадикардія (менше 120 ударів за 1 хв) реєстрували лише у 20% плодів III групи. Порушення варіабельності серцевого ритму, поява децелерацій у 3 рази частіше спостерігались при кардіотокографії у II і III групах порівняно з I групою.

Отже, за сукупністю даних КТГ стан серцевої діяльності плодів був оцінений у 8–9, 6–7, 4–5, 4 і менше балів і свідчив про переважання легкої гіпоксії у I групі, середньої тяжкості і важкої – у II і III групах. Ці дослідження дозволили встановити залежність різного ступеня ЗРП від тяжкості гіпоксії і визначити тактику ведення вагітних і розродження у кожному конкретному випадку.

Для встановлення взаємозв'язку ступеня ЗРП зі структурними змінами плаценти був проведений порівняльний аналіз даних ультразвукового сканування плацент і результатів їхніх макро- і мікроскопічного дослідження після пологів.

Органометричні показники плацент – маса, об'єм, товщина, площа материнської і плодової поверхні – були достовірно знижені у II і III групах. У 20% ви-

падків у I групі виявлено збільшення товщини і об'єму. При макроскопічному дослідженні визначалися крупно вогнищеві відкладення фібриноїду і кальцифікатів різних розмірів у вигляді щільних білястих утворень у стромі ворсин; під час затримання розвитку плода II і III мірі вони зустрічалися значно частіше. Аномальні форми плаценти, патологічна «незрілість» у 3 рази частіше виявлялися у породіль третьої групи.

У плацентах пацієнток із ЗРП I і II ступеня при гістологічному дослідженні переважали компенсаторно-приспосовні процеси, які характеризувалися гіперплазією ворсин, збільшенням числа синцитіальних нирок у хоріоні, проліферацією синцитіотрофобласта, гіперваскуляризацією ворсин, а також змінами, пов'язаними із запаленням.

У III групі виявлялися ознаки патологічної «незрілості» плаценти: осередкові порушення дозрівання ворсин, незрілі проміжні ворсини, характерні для плаценти 20–23 тиж гестації, фіброзування стромы, зниження васкуляризації і склерозування ворсин, тромбоз у міжворсинчастому просторі, вогнища некрозів і інфарктів. Усе наведене вище свідчить про розвиток процесів декомпенсації у системі мати–плацента–плід, що клінічно реалізувалося у затримку розвитку плода III ступеня.

У післядах жінок з внутрішньоутробною інфекцією були виявлені інволютивно-дистрофічні зміни, зумовлені запальним процесом (хоріоамніоніт, децидуїт, плацентіт, фунікуліт). При цьому судинні порушення у плацентах характеризувалися мікроциркуляторними розладами, наявністю інфарктів, псевдоінфарктів і некрозів з вогнищами гіалінозу.

ВИСНОВКИ

Отже, плацентарна дисфункція, що визначає тяжкість гіпоксії і ступінь повторної ЗРП, розвивається у результаті впливу комплексу різних чинників. Їхнє поєднання, тривалість дії визначають вираженість не лише морфологічних змін у плаценті, але й її функціональну недостатність. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у жінок груп різного ризику.

Клинические особенности патогенеза повторной задержки развития плода Д.А. Говсеев

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что плацентарная дисфункция, определяющая тяжесть гипоксии и степень повторной задержки развития плода, развивается в результате влияния комплекса различных факторов. Их сочетание, длительность воздействия определяют выраженность не только морфологических изменений в плаценте, но и ее функциональную недостаточность. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у женщин группы различного риска.

Ключевые слова: повторная задержка развития плода, патогенез, клинические факторы.

Clinical features in patogenesis of repeated born arrests of development D.A. Govseev

Results of the spent researches testify, that the placental dysfunction defining weight hypoxia and degree of an arrest of development of a born, develops as a result of influence of a complex of various factors. Their combination, duration of influence define expressiveness not only morphological changes in a placenta, but also its functional insufficiency. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions at women of groups of various risk.

Key words: a born arrest of development, patogenesis, clinical factors.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамченко В.В., Шабалов Н.П., 2015. Клиническая перинатология, Петрозаводск : 424.
2. Аржанова О.Н., Кошелева Н.Г., Ковалева Т.Г., 2012. Плацентарная недостаточность: диагностика и лечение, СПб: 78.
3. Баскаков П.Н., Шлапак И.М., 2013. Коррекция фетоплацентарной недостаточности при высоком риске внутриутробного инфицирования // Здоровье женщины : 4 : 23–24.
4. Боташева Т.Л., Черноситов А.В., Орлов А.В., 2015. Прогнозирование течения беременности и исходов родов по данным комплексного динамического ультразвукового скрининга. Методические рекомендации, Ростов-на-Дону : 11.
5. Бурлев В.А., Зайдиева З.С., Тютюнник В.Л., 2011. Клинико-диагностическое значение определения фактора роста плаценты у беременных // Проблемы репродукции : 5 : 1–6.
6. Грищенко В.И., Щербина Н.А., 2012. Совершенствование диагностики и терапии перинатальной патологии // Акушерство и гинекология : 10 : 3–6.
7. Демидов Б.С., Воронкова М.А., 2014. Особенности мозгового кровотока плода при компенсированных формах плацентарной недостаточности // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии : 3 : 48–53.
8. Демина Т.Н., Джеломанова С.А., 2013. Тактика ведения пациенток группы риска по возникновению синдрома задержки развития плода // Медико-социальные проблемы семьи : 5 : 4 : 92–95.

Ультразвукові гравідарні особливості жінок з гіперактивним сечовим міхуром у III триместрі вагітності

І.Ю. Костюк, Ю.С. Гарнець, А.В. Козлов

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

УЗ-скринінг жіночої репродуктивної системи під час вагітності виконується з метою виключення вад розвитку плода, прогнозу перебігу вагітності, оцінювання параметрів плода, навколоплідних вод, плаценти та анатомічних особливостей репродуктивної системи вагітної.

Мета дослідження: оцінювання ультразвукових особливостей жінок з гіперактивним сечовим міхуром (ГАСМ) у III триместрі вагітності.

Матеріали та методи. Під час аналізу III скринінгового ультразвукового обстеження було досліджено показники положення та передлежання плода, передбачувана вага плода, а також локалізація плаценти у вагітних із синдромом гіперактивного сечового міхура у III триместрі вагітності. Отримані результати порівнювалися з результатами практично здорових вагітних.

Результати. Завдяки результатам гравідарного УЗД можна припустити, що плацента на передній стінці матки та голівка плода масою більше 3535 г у нижньому сегменті матки тисне на розташований попереду сечовий міхур, подразнюючи його рецептори з виникненням мимовільних скорочень останнього та імперативними позивами під час вагітності чи ГАСМ.

Заклучення. Застосування ультразвукового дослідження в акушерстві дозволяє уникнути різних станів, що загрожують життю вагітної, внутрішньоутробної загибелі плода і народити здорового малюка у призначені терміни без ускладнень для матері натеper та в подальшому.

Ключові слова: ультразвукове дослідження, вагітність, нетримання сечі, гіперактивний сечовий міхур

Ехографію сьогодні вважають провідним методом дослідження в акушерстві та гінекології у зв'язку з безболісністю, безпечністю й необтяжливістю [1, 2, 4, 9]. Безпека цього методу дослідження вивчалася вченими всього світу, і на сьогодні їхній висновок абсолютно однозначний: ультразвукове дослідження є безпечним і надійним методом [3–5, 7, 11]. Останні наукові дані говорять про те, що такі нові медичні технології, як ультразвукове дослідження (УЗД) 3D і 4D не заподіють шкоду організму навіть при частому використанні [11].

Висока роздільна здатність означає великі потенційні можливості ехографії в гінекології та ендокринології [6, 9–11].

Широке застосування ехограм в акушерській практиці, великий обсяг інформації, одержуваної оператором у процесі УЗД навіть при роботі на найпростішому обладнанні, зажадали розробки стандартних підходів до методики проведення обстеження.

Пріоритетне використання методу в акушерстві пов'язано з відсутністю опромінення і можливістю динамічного спостереження за пацієнтом [2, 4]. Технічна простота також відноситься до переваг УЗД. Важливою оцінкою ефективності даної діагностики є зниження захворюваності і смертності матері та плода, що може бути досягнуто за рахунок точного визначення терміну вагітності і пологів, виявлення аномалій розвитку плода і багатоплідної вагітності.

УЗД під час вагітності є скринінговим методом дослідження, що проводиться в кожному триместрі вагітності – I, II та III [8, 10].

Наприкінці I триместра УЗД проводять усім вагітним (перший скринінг) з метою виключення вад розвитку, які можна діагностувати в ці терміни; виявлення ранніх ознак хромосомної патології; вирішення питання про доцільність збереження вагітності; складання прогнозу перебігу вагітності [4, 5, 9].

У II триместрі вагітності проводять другий УЗД-скринінг. Він дозволяє вивчити основні параметри внутрішньоутробного розвитку плода, виключити відставання та вади розвитку, оцінити будову і анатомічні параметри плода, визначити кількість і якість навколоплідних вод, місце локалізації плаценти, її товщину, стадію зрілості, її структуру і щільність [7, 11].

Третій скринінг проводять у 30–34 тиж вагітності. Обсяг параметрів такий самий, як і у II триместрі. Особливу увагу приділяють стану плода і плаценти – оцінюється біофізичний профіль плода та ступінь зрілості плаценти. Виключаються порушення кровотоку магістральних судин, затримка внутрішньоутробного розвитку, обвиття плода пуповиною, гіпоксичні зміни внутрішніх органів, внутрішньоутробне інфікування плода [7–9, 11].

Мета дослідження: оцінювання гравідарних сонографічних особливостей жінок із синдромом гіперактивного сечового міхура у III триместрі вагітності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

УЗД жіночої репродуктивної системи під час III триместра гравідарного періоду проводилося за допомогою апарата УЗД «Voluson E8» фірми «GE Healthcare, Sumsung Medison, Medical Systems, США», (4 конвексних датчики 3+1 CW). При ультразвуковому дослідженні органів малого таза визначалися анатомічні особливості матки, термін вагітності та стан плода для виключення будь-якої патології, термін вагітності та фетальні показники, а також інші показники, що входять до скринінгових I та III триместру вагітності (згідно наказу МОЗ України № 417).

Скринінгові показники у всіх жінок обох груп не встановлені, до того ж наявні показники виявилися малоінформативними для порівняння між групами. Тому УЗД гравідарні ознаки I триместра та анатомо-функціональні показники жіночої системи у терміні вагітності 11–13 тиж не увійшли у статистичне дослідження та в

математичну модель. Дані показники були використані лише для виключення вагітних з можливою патологією з подальшого дослідження.

У даній статті представлені деякі УЗД гравідарні особливості у III триместрі у практично здорових та вагітних з гіперактивним сечовим міхуром (ГАСМ). Під час аналізу скринінгового ультразвукового обстеження у III триместрі вагітності нас зацікавили показники положення та передлежання плода, передбачувана вага плода, а також локалізація плаценти. Ознаки фетометрії плода та плаценти не привернули нашої уваги, оскільки суттєвих відмінностей виявлено не було, а структурні особливості матки недоступні для оцінювання у III триместрі вагітності.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При порівнянні локалізації плаценти у III триместрі вагітності встановлено достовірно більше значення показника локалізації плаценти на передній стінці матки у загальній групі вагітних з ГАСМ (62,7%; $p < 0,001$) та у вікових групах до 25 років (33,3%; $p < 0,05$), 26–35 років (63,3%; $p < 0,01$) та старше 35 років (76,5%; $p < 0,01$) жінок з ГАСМ порівняно з даним показником у загальній групі здорових жінок та у різних вікових групах.

У групі здорових жінок переважають достовірно більші значення показника локалізації плаценти на задній стінці матки у загальній групі (65,0%; $p < 0,001$) та вікових групах 26–35 років (60,7%; $p < 0,001$) та старше 35 років (63,6%; $p < 0,01$) порівняно з даним показником у загальній групі жінок з ГАСМ та у різних вікових групах. Серед жінок з ГАСМ у віковій групі до 25 років виявлено тенденцію до більшого значення показника локалізації плаценти на одній з бічних стінок матки (63,3%; $p = 0,055$) порівняно з відсутністю даного показника у віковій групі старше 35 років, а також виявлено достовірно більше значення показника локалізації плаценти на передній стінці матки (76,5%; $p < 0,05$) у віковій групі старше 35 років порівняно з 33,3% у віковій групі до 25 років.

Головне передлежання плода частіше за інші (сідничне зокрема) зустрічається в обох групах, однак, при подальшій статистичній оцінці даних, було виявлено статистично значущі відмінності цих показників. Косе положення плода не було діагностовано у жодної з обстежених вагітних жінок. Вагітні з поперечним положенням плода були виключені з подальшого дослідження.

При порівнянні передлеглої частини плода встановлено достовірно більше значення показника головного передлежання у загальній групі жінок з ГАСМ (93,3%; $p < 0,05$) та у віковій групі 26–35 років (93,9%; $p < 0,05$) жінок з ГАСМ порівняно з даним показником у здорових жінок (відповідно 80,7% та 74%), а також навпаки менші значення показника сідничного передлежання плода у загальній групі жінок з ГАСМ (6,7%; $p < 0,05$) та у віковій групі 26–35 років (6,1%; $p < 0,05$) жінок з ГАСМ порівняно з даним показником у здорових жінок (відповідно 19,3% та 26%). Дані показники наведені у табл. 1.

Під час порівняння передбачуваної ваги плода у III триместрі вагітності встановлено достовірно більші значення даного показника у загальній групі жінок з ГАСМ (3542 ± 368 г; $p < 0,001$) та у вікових групах до 25 років (3579 ± 580 г; $p < 0,001$) та 26–35 років (3535 ± 367 г; $p < 0,001$) порівняно з контрольною групою загалом (3026 ± 439 г) та різного віку (2994 ± 423 і 2994 ± 495 г відповідно).

Таблиця 1

Передлежання плода у практично здорових та жінок з ГАСМ, %

Показник		Здорові	Хворі	p
Загалом	Кількість спостережень в групі	(n=60)	(n=75)	
	- голівка плода	80,7	93,3	<0,05
	- сідниці плода	19,3	6,7	<0,05
До 25 років	Кількість спостережень в групі	(n=21)	(n=9)	
	- голівка плода	90,5	88,9	>0,05
	- сідниці плода	9,5	11,1	>0,05
З 26 до 35 років	Кількість спостережень в групі	(n=28)	(n=49)	
	- голівка плода	74,0	93,9	<0,05
	- сідниці плода	26,0	6,1	<0,05
Старше 35 років	Кількість спостережень в групі	(n=11)	(n=17)	
	- голівка плода	81,8	94,1	>0,05
	- сідниці плода	18,2	5,9	>0,05

Таблиця 2

Передбачувана вага плода у III триместрі вагітності у практично здорових та жінок з ГАСМ, г

Показник	Група	Здорові	Хворі	p
Передбачувана маса плода	Загалом	3026 ± 439	3542 ± 368	<0,001
	до 25 років	2994 ± 423	3579 ± 580	<0,001
	26-35 років	2994 ± 495	3535 ± 367	<0,01
	>35 років	3121 ± 301	3540 ± 233	>0,05
	p ₁	>0,05	=0,071	
	p ₂	<0,05	=0,063	
	p ₃	>0,05	>0,05	

Серед жінок групи контролю було виявлено достовірно більше значення даного показника у групі до 25 років (3579 ± 580 г; $p < 0,001$) порівняно з жінками старше 35 років (3121 ± 301 г). Під час аналізу даного показника у групі жінок з ГАСМ різних вікових груп було виявлено тенденції до більших значень ваги плода у групі до 25 років (3579 ± 580 г) порівняно з віковими групами 26–35 років (3535 ± 367 г; $p = 0,071$) та серед жінок віком понад 35 років (3540 ± 233 г; $p = 0,063$) (табл. 2).

ВИСНОВКИ

1. Серед жінок з гіперактивним сечовим міхуром (ГАСМ) домінує показник локалізації плаценти на передній стінці матки у загальній групі (62,7%; $p<0,001$) та в абсолютно всіх вікових групах. У здорових жінок переважають достовірно більші значення показника локалізації плаценти на задній стінці матки в усіх групах.

Серед жінок з ГАСМ віком до 25 років виявлено тенденцію до більшого значення показника локалізації плаценти на одній з бічних стінок матки (63,3%; $p=0,055$). У віковій групі старше 35 років даний показник відсутній. Також у цій групі виявлено достовірно більше значення показника локалізації плаценти на передній стінці матки (76,5%; $p<0,05$) порівняно з 33,3% у віковій групі до 25 років.

2. Під час порівняння передлеглої частини плода встановлено достовірно більше значення показника головного передлежання у загальній групі хворих на ГАСМ (93,3%; $p<0,05$). Щодо показника сідничного передлежання плода вивчено достовірно більші значення у загальній групі здорових жінок (19,3%; $p<0,05$) порівняно з даним показником у вагітних з ГАСМ (6,7%).

3. Під час оцінювання передбачуваної маси плода було встановлено достовірно більші значення даного показника у загальній групі жінок з ГАСМ (3542 ± 368 г; $p<0,001$) та у різних вікових групах порівняно з контрольною групою. Аналіз даного показника у групі жінок з ГАСМ різних вікових груп зазначив тенденції до більших значень ваги плода у групі до 25 років (3579 ± 580 г) порівняно з виявленими групами 26–35 років (3535 ± 367 г; $p=0,071$) та серед жінок віком старше 35 років (3540 ± 233 г; $p=0,063$).

Передбачувану масу плода у III триместрі вагітності за УЗД порівнювали у подальшому з масою тіла новонароджених дітей.

Застосування ультразвукового дослідження в акушерстві дозволяє уникнути різних станів, що загрожують життю вагітної, внутрішньоутробної загибелі плода і народити здорового малюка у призначені терміни без ускладнень для матері натеper та в подальшому. Дані сонографічні результати дозволяють зробити припущення, що плацента, знаходячись на передній стінці матки та голівка плода вагою більше 3535 г у нижньому сегменті матки впливає на розташований попереду сечовий міхур, та, очевидно, тиском передньою поверхнею вагітної матки подразнює рецептори сечового міхура, що спричинює також до виникнення мимовільних скорочень останнього. Це можливо самостійно чи в поєднанні з іншими факторами, проявляється симптомом виникнення імперативних позивів у клініці.

Ультразвуковые гравидарные особенности женщин с гиперактивным мочевым пузырем в III триместре беременности

И.Ю. Костюк, Ю.С. Гарнец, А.В. Козлов

УЗ-скрининг беременности выполняется с целью исключения пороков развития плода, прогноза течения беременности, оценки параметров плода, околоплодных вод, плаценты и анатомических особенностей репродуктивной системы беременной. **Цель исследования:** оценивание ультразвуковых особенностей женщин с гиперактивным мочевым пузырем (ГАМП) в III триместре беременности.

Материалы и методы. При анализе III скринингового ультразвукового обследования были исследованы показатели положения и предлежания плода, предполагаемый вес плода, а также локализация плаценты у беременных с синдромом гиперактивного мочевого пузыря в III триместре беременности. Полученные результаты сравнивались с показателями у практически здоровых беременных.

Результаты. Благодаря результатам гравидарного УЗИ можно предположить, что плацента на передней стенке матки и головка плода весом более 3535 г в нижнем сегменте матки давит на расположенный впереди мочевого пузырь, раздражая его рецепторы. с возникновением непроизвольных сокращений последнего и императивными позывами во время беременности или ГАМП.

Заключение. Применение ультразвукового исследования в акушерстве позволяет избежать различных состояний, угрожающих жизни беременной, внутриутробной гибели плода и родить здорового малыша в назначенные сроки без осложнений для матери данный момент и в дальнейшем.

Ключевые слова: ультразвуковое исследование, беременность, недержание мочи, гиперактивный мочевой пузырь.

Ultrasound gravidal features of women with overactive bladder in the third trimester of pregnancy

I. Kostyuk, Y. Garnets, A. Kozlov

Pregnancy ultrasound screening is done in order to avoid fetal malformations, pregnancy prognosis, evaluation parameters of the fetus, amniotic fluid, placenta and anatomical features of the reproductive system of pregnant women. **The aim of this work** was to evaluate ultrasound features of women with overactive bladder in the third trimester of pregnancy.

Materials and methods. In analyzing the third screening ultrasound was investigated position indicators and fetal presentation, estimated fetal weight and location of the placenta in pregnant women with overactive bladder syndrome in the third trimester of pregnancy. The obtained results were compared with the same in healthy pregnant women.

Results. Due to gravidal ultrasound results suggest that the placenta on the front wall of the uterus and the fetal head with the weight of the fetus more than 3535g. in the lower segment of the uterus presses on urinary bladder is ahead, stimulating its receptors with the emergence of involuntary contractions of urinary bladder and imperative during pregnancy or overactive urinary bladder.

Conclusions. The use of ultrasound examination in obstetrics prevents various conditions that threaten the life of the pregnant, fetal death of the fetus and give birth to a healthy baby at the appointed time without complications for the mother now and in the future.

Key words: ultrasound, pregnancy, urinary incontinence, overactive urinary bladder.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Feichtinger W. (1993). Transvaginal three-dimensional imaging. Ultrasound Obstet. Gynecol, 3, 375-8.
2. Merz E (Bahrmann F. and Weber G. (1995). Volume (3-D)-scanning in the evaluation of fetal malformations - a new dimension in prenatal diagnosis. Ultrasound Obstet. Gynecol., 5,222-7.
3. Merz E. (1995). Einsatz der 3 D-Ultraschalltechnik in der pranatalen Diagnostik. Ultraschall Med., 16,154-61.
4. Merz E., Weber G., Bahrmann F. and Macchiella D. (1995). Transvaginale 3-D-Sonographie in der Gynakologie. Gynakologie, 28,270-5.
5. Merz E, Bahrmann F., Weber G. and Macchiella D. (1995). Three-dimensional ultrasonography in prenatal diagnosis. J. Perinatal Med., 23,213-22.

6. Steiner H., Merz E. and Staudach A. (1995). 3-D Facing (video). Human Reproductology, Update (CD Rom).
7. Steiner H., Spitzer D., Weiss-Wichert P.H, Graf A.H. and Staudach A. (1995). Three-dimensional ultrasound in prenatal diagnosis of skeletal dysplasia. Prenat. Diagn., 15,373–7.
8. Дифференциальная ультразвуковая диагностика в гинекологии. — Медведев М.В., Зыкин Б.И., Хохолин В.Л., Стручкова Н.Ю., 1997. — 240 с.
9. Запорожан В.Н. Акушерство и гинекология / В.Н. Запорожан. — К.: Здоров'я, 2001. — Кн. 2. — 324 с. Мартиросов Э.Г. Технологии и методы определения состава тела человека / Э.Г. Мартиросов, Д.В. Николаев, С.Г. Руднев. — М.: Наука. 2006. — 248 с.
10. Смит Н.Ч., Смит Э.П. Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии понятным языком. Пер. с англ. под ред. А.И. Гуса. — М.: Практическая медицина, 2010. — 304 с.
11. М.Н. Буланов. Ультразвуковая гинекология. Курс лекций. В 2 частях. Часть 2. — 2014 год.

УДК 618.3-018.2-007.17-039

Фенотипічні особливості 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 у вагітних з недиференційованою дисплазією сполучної тканини (нДСТ) визначали комплекс фенотипічних маркерів «слабкості» сполучної тканини шкіри (підвищена її розтяжність), опорно-рухового апарату (гіпермобільність суглобів, вивихи і підвивихи, дисплазія тазостегнових суглобів, плоскостопість, сколіоз), очей (міопія), вісцероптозу, варикозного розширення вен, грижі, що достовірно відрізняють їх від здорових. Жінки 1-ї підгрупи з нДСТ порівняно з контрольною групою мали достовірно менші масу тіла, індекс маси тіла (ІМТ), індекс коло зап'ястя/довжина II пальця. Пацієнтки 2-ї і 3-ї підгруп з нДСТ відрізнялися меншими порівняно із здоровими жінками масою тіла і ІМТ.

Ключові слова: недиференційована дисплазія сполучної тканини, вагітність, фенотипічні особливості.

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

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

В акушерській практиці проблема нДСТ є актуальною, оскільки поширеність даного синдрому становить 80% серед жінок репродуктивного віку [3, 4]. Враховуючи системність ураження, нДСТ може негативно впливати на перебіг вагітності, спричинювати виникнення перинатальної захворюваності та смертності новонаро-

джених. Так, загроза переривання вагітності становить 50% у жінок з нДСТ [5, 6]. Також при нДСТ часто спостерігається плацентарна дисфункція (ПД), невчасне вилиття навколоплідних вод (НВНВ) тощо [1, 7].

Проте відомості про фенотипічні особливості вагітних цієї групи недостатні та суперечливі, що стало підставою до проведення наукового дослідження з даного питання.

Мета дослідження: вивчення фенотипічних особливостей вагітних із нДСТ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було рандомізовано і потім обстежено 195 жінок.

Основна група – 165 жінок із нДСТ віком від 19 до 45 років (середній вік – $29,5 \pm 0,5$ року) до вагітності, у I, II і III триместрах вагітності, у післяпологовий період (табл. 1).

Контрольна група – 30 здорових жінок віком від 19 до 40 років (середній вік – $27,1 \pm 1,8$ року) до вагітності, у I, II і III триместрах вагітності, у післяпологовий період.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Різні аномалії опорно-рухового апарату, шкіри та ока вважаються своєрідними фенотипічними маркерами нДСТ. У даному дослідженні ми провели комплексну оцінку цих маркерів. Антропометричне обстеження проводили до або в I триместрі вагітності.

Було встановлено, що жінки 1-ї підгрупи з нДСТ порівняно з контрольною групою мали достовірно меншу масу тіла, індекс маси тіла (ІМТ), індекс коло зап'ястя / довжина II пальця. Пацієнтки 2-ї і 3-ї підгруп з нДСТ відрізнялися меншими порівняно із здоровими жінками, масою тіла та ІМТ (див. табл. 1).

Не виявлено відмінностей у величині росту і площі поверхні тіла в обстежених жінок.

Таблиця 1

Антропометричні особливості вагітних обстежених груп, $M \pm m$

Ознака	1-а підгрупа, n=100	2-а підгрупа, n=40	3-я підгрупа, n=25	Контрольна група, n=30
Зріст, см	$168 \pm 0,5$	$167 \pm 0,7$	$167 \pm 0,9$	$169 \pm 0,9$
Маса тіла, кг	$61,5 \pm 0,8^*$	$60,1 \pm 0,8^*$	$61,2 \pm 0,9^*$	$63,4 \pm 0,9$
ІМТ, кг/м ²	$21,8 \pm 0,2^*$	$21,4 \pm 0,3^*$	$21,8 \pm 0,8^*$	$23,1 \pm 0,6$
Площина поверхні тіла, м ²	$1,7 \pm 0,02$	$1,68 \pm 0,02$	$1,74 \pm 0,04$	$1,71 \pm 0,04$
Коло зап'ястя / довжина II пальця	$2,21 \pm 0,03^*$	$2,35 \pm 0,07$	$2,34 \pm 0,08$	$2,31 \pm 0,03$
Розмах рук / зріст	$1,0 \pm 0,008^*$	$0,988 \pm 0,006$	$0,987 \pm 0,008$	$0,979 \pm 0,006$

Примітка: * – $p < 0,05$ порівняно з контрольною групою.

Про відносне подовження верхніх кінцівок свідчив індекс розмаху рук / зріст стоячи. Під час обстеження виявили достовірно великі показники у жінок 1-ї підгрупи з нДСТ порівняно зі здоровими пацієнтками. Відмінностей у вагітних 2-ї і 3-ї підгруп з нДСТ і жінками контрольної групи виявлено не було.

Було проаналізовано фенотипічні особливості обстежених жінок. Встановлено, що пацієнтки 1-ї підгрупи з нДСТ достовірно ($p < 0,01$) відрізняються від здорових жінок за наступними ознаками:

- підвищена розтяжність шкіри;
- гіпермобільність суглобів;
- дисплазія тазостегнових суглобів;
- сколіоз;
- ознаки зап'ястя і великого пальця;
- нефроптоз;
- міопія.

Також у цій підгрупі достовірно частіше, ніж у здорових жінок, визначаються вивихи і підвивихи суглобів, плоскостопість, грижі, варикозне розширення вен нижніх кінцівок (табл. 2).

Таблиця 2

Фенотипічні особливості вагітних обстежених груп

Ознака	1-а підгрупа, n=100	2-а підгрупа, n=40	3-я підгрупа, n=25	Контрольна група, n=30
Підвищена розтяжність шкіри	77,0	25,0**	20,0**	10,0**
Гіпермобільність суглобів	54,0	42,5	20,0**	10,0**
Вивихи і підвивихи	6,0	2,5	4,0	3,3**
Дисплазія тазостегнових суглобів	6,0	2,5*	8,0**	3,3**
Сколіоз	49,0	32,5*	28,0*	10,0**
Плоскостопість	59,0	47,5	36,0*	33,3*
Ознака зап'ястя	44,0	15,0**	8,0**	6,7**
Ознака великого пальця	44,0	12,5**	8,0**	6,7**
Грижі	6,0	2,5	4,0	-
Варикозне розширення вен	18,0	7,5*	8,0*	3,3**
Нефроптоз	8,0	5,0	4,0	-
Міопія	44,0	12,5**	12,0**	10,0**
Спонтанні пневмоторакси	1	-	-	-
Додаткові ознаки	77	5,0**	4,0**	3,3**

Примітка: * – $p < 0,05$ при порівнянні з 1-ю підгрупою; ** – $p < 0,01$ при порівнянні з 1-ю підгрупою.

Таблиця 3

Частота міопії у вагітних обстежених груп

Ознака	1-а підгрупа, n=100		2-а підгрупа, n=40		3-я підгрупа, n=25		Контрольна група, n=30	
Міопія слабого ступеня	19	19	3	7,5	2	8,0	3	10,0
Міопія середнього ступеня	12	12,0	2	5,0	1	4,0	-	-
Міопія високого ступеня	13	13	1	2,5	1	4,0	-	-
Ускладнена	12	12	-	-	2	8,0	-	-

Примітка: – $p < 0,01$ при порівнянні з 1-ю підгрупою.

Міопію найчастіше діагностували у вагітних 1-ї підгрупи з нДЗТ (44,0%). Необхідно зазначити, що у цих пацієнток достовірно ($p < 0,01$) вище відсоток міопії високого ступеня і ускладненої, ніж у хворих інших груп (табл. 3). Було проаналізовано ступінь вираженості міопії у пацієнток обстежених груп залежно від ступеня пролабіювання клапанів. Виявилося, що тяжкість міопії не залежить від ступеня пролабіювання.

У пацієнток 2-ї і 3-ї підгруп з нДСТ порівняно зі здоровими жінками достовірно ($p < 0,05$) частіше зустрічалися підвищена розтяжність шкіри, сколіоз ($p < 0,01$) і гіпермобільність суглобів.

У вагітних з нДСТ зустрічалася також дисплазія тазостегнових суглобів, яка не діагностувалася у здорових і жінок 3-ї підгрупи з нДСТ. Діагноз таким пацієнткам був встановлений ортопедом у дитячому віці. Саме тоді проводилося консервативне лікування.

В обстежених жінок з нДСТ виявляли також нефроптоз: у 8,0% вагітних 1-ї підгрупи, у 5,0% вагітних 2-ї підгрупи, у 4,0% вагітних 3-ї підгрупи. В 1 пацієнтки 1-ї підгрупи діагностований вісцероптоз: опущення обох нирок, печінки, жовчного міхура.

У 77% вагітних 1-ї підгрупи з нДСТ і 7,5% вагітних 2-ї підгрупи визначали додаткові ознаки «слабкості» сполучної тканини:

- неправильна форма черепа;
- викривлення носової перегородки;
- короткі і криві мізинці;
- арахнодактилія;
- 4-й палець кисті менше 2-го;
- «сандалеподібна» 1-а міжпальцева щілина;
- відсутність козелка вушних раковин.

Велике значення в акушерстві має малий таз, який є кістковою основою пологового каналу. Про форму і величину малого таза можна судити за розмірами великого таза. Усім обстеженим вагітним проводили пельвіометрію. Досліджували чотири основних розміри: *distantia spinarum*, *distantia cristarum*, *distantia trochanterica*, *conjugata externa* (табл. 4). Достовірної відмінності між групами виявлено не було ($p > 0,05$).

Таблиця 4

Розміри таза при пельвіометрії жінок обстежених груп, $M \pm m$

Розмір	1-а підгрупа, n=100	2-а підгрупа, n=40	3-я підгрупа, n=25	Контрольна група, n=30
<i>distantia spinarum</i>	25,0 $\pm$ 0,12	24,7 $\pm$ 0,18	24,9 $\pm$ 0,87	25,3 $\pm$ 0,68
<i>distantia cristarum</i>	27,8 $\pm$ 0,22	27,4 $\pm$ 0,32	27,6 $\pm$ 0,92	27,4 $\pm$ 0,32
<i>distantia trochanterica</i>	31,8 $\pm$ 0,33	30,7 $\pm$ 0,51	33,1 $\pm$ 1,01	30,0 $\pm$ 0,37
<i>conjugata externa</i>	20,1 $\pm$ 0,21	19,9 $\pm$ 0,22	20,6 $\pm$ 0,63	20,3 $\pm$ 0,36

Примітка: достовірність $p > 0,05$.

Таблиця 5

Частота аномалій таза у вагітних обстежених груп

Показник	1-а підгрупа, n=100	2-а підгрупа, n=40	3-я підгрупа, n=25	Контрольна група, n=30
Поперечно звужений таз I ступеня	6,0	7,5	12,0	10,0
Поперечно звужений таз II ступеня	3,0	2,5	8,0	3,3
Загальнорівномірно звужений таз	2,0	2,5	-	-
Екзостози у малому тазі	1,0	-	-	-
Розходження кісток лонного зчленування	4,0	5,0	-	-

Примітка: достовірність $p > 0,05$.

Під час дослідження таза у всіх групах і підгрупах вагітних з однаковою частотою зустрічався вузький таз (табл. 5).

Були проаналізовані фенотипічні особливості вагітних з нДСТ залежно від ступеня пролабіювання клапанів серця (незалежно від їхнього розподілу за групами). Достовірної залежності частоти окремих фенотипічних ознак від ступеня пролабіювання виявлено не було. Проте у жінок з 2-м ступенем пролабіювання клапанів визначали більшу кількість фенотипічних ознак «слабкості» сполучної тканини.

Деякі фенотипічні ознаки можуть бути значущі при визначенні методу розродження. Так, наявність ускладненої міопії, бульозної хвороби легенів, гриж диктує виключення потуг у пологах.

Варикозне розширення вен зовнішніх статевих органів і піхви, дисплазія тазостегнових суглобів можуть перешкоджати пологам через природні пологові шляхи.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що у вагітних з недиференційованою дисплазією сполучної тканини (нДСТ) визначався комплекс фенотипічних маркерів «слабкості» сполучної тканини шкіри (підвищена її розтяжність), опорно-рухового апарату (гіпермобільність суглобів, вивихи і підвивихи, дисплазія тазостегнових суглобів, плоскостопість, сколіоз), очей (міопія), висцероптоз, варикозне розширення вен, грижі, що достовірно відрізняють їх від здорових. Жінки 1-ї підгрупи з нДСТ порівняно з контрольною групою мали достовірно менші масу тіла, індекс маси тіла (ІМТ), індекс коло зап'ястя / довжина ІІ пальця. Пацієнтки 2-ї і 3-ї підгруп з нДСТ відрізнялися меншими порівняно зі здоровими жінками масою тіла і ІМТ.

Фенотипические особенности беременных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани

А.Л. Костюк

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у беременных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (нДСТ) определялся комплекс фенотипических маркеров «слабости» соединительной ткани кожи (повышена ее растяжимость), опорно-двигательного аппарата (гипермобильность суставов, вывихи и подвывихи, дисплазия тазобедренных суставов, плоскостопие, сколиоз), глаз (миопия), висцероптоз, варикозное расширение вен, грыжи, что достоверно отличает их от здоровых женщин. Женщины 1-й подгруппы с нДСТ сравнению с контрольной группой имели достоверно меньшую массу тела, индекс массы тела, индекс запястья / длина II пальца. Пациентки 2-й и 3-й подгрупп с нДСТ отличались меньшими по сравнению со здоровыми женщинами массой и индексом массы тела.

Ключевые слова: недифференцированная дисплазия соединительной ткани, беременность, фенотипические особенности.

Fenotypical features of pregnant women with an undifferentiated dysplasia of connecting tissue

A.L. Kostiuk

Results of the conducted researches testify that at pregnant women the complex decided on an undifferentiated dysplasia of connecting tissue the fenotypical markers of «delicacy» of connecting tissue of skin (its tensile properties are raised), the musculoskeletal device (hyper mobility of joints, dislocations and subluxations, dysplasia of hip joints, platypodia, scoliosis), an eye (myopia), visceroptosis, a varicose phlebeectasia, hernias that authentically distinguishes them from healthy women. Women of 1 subgroup with an undifferentiated dysplasia connecting tissue to comparison with control group had authentically smaller body weight, body weight index, an index of a wrist/length of the II finger. Patients of 2 and 3 subgroups with an undifferentiated dysplasia of connecting tissue differed smaller, in comparison with healthy the woman, the weight and body weight index.

Key words: undifferentiated dysplasia of connecting tissue, pregnancy, fenotypical features.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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

Перинатальні наслідки у жінок, які використовували різні методи контрацепції

О.А. Лубковська

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

Забезпечення як здоров'я матері та дитини, так і репродуктивного здоров'я жінки у цілому є основним завданням сучасної медицини. Результати дослідження висвітлюють те, що жінки, які використовували внутрішньоматкову контрацепцію, мають більш негативні перинатальні наслідки, ніж жінки, які не використовували жодних з методів контрацепції, або жінки, які використовували гормональну контрацепцію.

Ключові слова: перинатальні наслідки, стан фетоплацентарного комплексу, плацентарна дисфункція, внутрішньоматкова контрацепція, гормональна контрацепція.

В Україні, як і всьому світі, сучасна медицина стрімко розвивається у різних напрямках. Але метою досліджень та відкриттів є насамперед покращення репродуктивного здоров'я суспільства, в основі якого лежить здоров'я матері та дитини. Тому не дивно, що більшість науковців приділяють багато уваги перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду.

Попри те, що вже багато існує відомостей про можливі ускладнення та їхні наслідки під час вагітностей та пологів, перебіг останнього залишається надзвичайно актуальним. Адже вже з перших днів вагітності можуть виникнути порушення, які надалі спричинять серйозні ускладнення, які вплинуть на повноцінний перебіг та спосіб життя людини. До таких ускладнень можна віднести нервово-психічні та розумові розлади у дитини, більшість соматичних захворювань, які з віком все більше і більше загострюються [3, 5].

Для нормального перебігу вагітності необхідно, щоб фетоплацентарний комплекс повністю реалізовував усі свої функції. Основу фетоплацентарного комплексу становить плацента, функції якої: дихальна, трофічна, ендокринна, бар'єрно-імунологічна, які забезпечують повноцінний внутрішньоутробний розвиток плода. У результаті їхніх порушень виникають такі негативні наслідки, як порушення стану плода та пологової діяльності, невиношування вагітності [1].

На сьогодні виділяють низку факторів, які впливають на порушення у системі мати–плацента–плід. Вони характеризуються як за різноманітністю і різною значущістю по впливу, так і за характером та природою походження. До таких факторів належать соматичні та деякі інфекційні захворювання, вроджені та набуті патології

матки, паління, вживання алкоголю, шкідливості на роботі та в навколишньому середовищі, ранній початок статевого життя та велика кількість сексуальних партнерів, а також використання різних методів контрацепції перед вагітністю [1, 4, 8].

Слід зазначити, що з кожним роком використання контрацепції жінками збільшується. Адже сучасна жінка бажає контролювати кількість вагітностей, період виникнення вагітності. За даними статистики, найбільш частим методом контрацепції є гормональна та внутрішньоматкова контрацепції через свою ефективність. Не потрібно забувати, що всі методи контрацепції чинять як позитивну, так і негативну дію на організм жінки. Побічні дії останніх залежать від багатьох факторів, а саме: вік та соціальний статус жінки, кількість партнерів, тривалість використання контрацептиву, геніальні та соматичні захворювання тощо.

За даними вітчизняної та зарубіжної літератури деякі методи контрацепції зумовлюють порушення мікробіоценозу піхви, що може проявлятися гнійно-запальними захворюваннями органів малого таза, які негативно впливають на подальший перебіг вагітності на пологи. Інші автори навпаки вважають, що використання перед вагітністю гормональної контрацепції покращує як гормональний фон жінки, так і стан мікробіоценозу піхви, що позитивно впливає на акушерські та перинатальні наслідки [2, 6, 7].

Тому вивчення впливу різних методів контрацепції, які використовувалися жінками перед вагітністю, на перебіг вагітності, пологів та перинатальних наслідків було і залишається актуальним.

Мета дослідження: виявлення особливостей перинатальних наслідків у жінок, які використовували різні методи контрацепції перед настанням вагітності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Згідно з поставленою метою дослідження було побудовано на основі аналізу у 90 жінок перебігу пологів та стану новонароджених. Пацієнток було розподілено на три групи:

- I (контрольна) група – 30 жінок, які перед вагітністю не використовували жодних з методів контрацепції.
- II група – 30 жінок, які використовували гормональну контрацепцію перед вагітністю.
- III група – 30 жінок, які застосовували внутрішньоматкову контрацепцію.

Жінки, які увійшли у II групу, використовували монофазні низькодозовані контрацептиви. Жінки, які увійшли у III групу, використовували внутрішньоматкову спіраль з міддю.

Під час дослідження вивчали стан жінок без генітальної та екстрагенітальної патології, та які були взяті на облік до 12 тиж вагітності. Робота включала такий комплекс методів дослідження, як клінічні, ехографічні, кардіотокографічні, доплерометричні та статистичні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Перинатальні результати, отримані наприкінці дослідження, показали, що у жінок III групи, які використовували перед настанням вагітності внутрішньоматкову контрацепцію, фіксували більшу частоту виникнення асфіксії легкого ступе-

ня – 10% та декілька випадків асфіксії середнього ступеня – 3,3% порівняно з іншими досліджуваними групами, де кількість ускладнень була нижчою (асфіксія легкого ступеня I та II групи становила 3,3%) ($p < 0,05$).

Після народження дітей для оцінювання перинатальних результатів було проведено розрахунок плацентарно-плодового індексу. Він розраховувався за формулою:

$$\text{ППІ} = m_{\text{плаценти}} / m_{\text{плода}}$$

У I групі плацентарно-плодовий індекс був підвищений у 3,3% випадків, у II групі – в 10%, а в III групі підвищення цього показника зустрічалося найчастіше – 13,3% ($p < 0,05$).

Отримавши такі дані, було вирішено більш детально оцінити перебіг вагітності та пологів.

За результатами дослідження було зазначили, що кількість ускладнень та порушень у системі мати–плацента–плід були найвищими у пацієнток III групи.

Так, під час перебігу різних термінів гестації відзначалися такі ускладнення:

- загрозовий аборт (I – 10%, II – 10%, III – 20,0%);
- загроза передчасних пологів (I – 10%, II – 13,3%, III – 20,0%).

У пацієнток III групи порівняно з групами, в яких жінки до вагітності використовували гормональну контрацепцію або взагалі не застосовували жодних з методів контрацепції, констатовано:

- більшу кількість багатоводдя (у I групі таке ускладнення було відсутнє, у II групі – 3,3%, у III групі – 13,3%);
- маловоддя (у I групі таке ускладнення було відсутнє, у II групі – 3,3%, у III групі – 6,7%);
- низько розташовані плаценти (у I групі таке ускладнення було відсутнє, у II групі – 3,3%, у III групі – 13,3%);
- крайове передлежання плаценти (у I та II групах таке ускладнення було відсутнє, у III групі – 6,7%; $p < 0,05$).

Кількість передчасних пологів була більшою у пацієнток III групи – 13,3% на відмінну від II групи, де цей показник становив 3,3%, та контрольної групи – 3,3%. Кількість кесарева розтину також була вищою у III групі (у I групі – 3,3%, у II групі – 3,3%, у III м – 6,7%).

Під час пологів відмічалися й інші ускладнення:

- передчасний розрив плодових оболонок (у I та II групах таке ускладнення було відсутнє, у III групі – 6,7%);
- затримка частин плаценти (у I та II групах таке ускладнення було відсутнє, у III групі – 3,3%);
- акушерські кровотечі (у I та II групах таке ускладнення було відсутнє, у III групі – 3,3%);
- дистрес плода (у I групі – 3,3%, II групі – 3,3%, III групі – 10%).

Отже, частота виникнення таких ускладнень була також найбільшою у III групі.

Найбільша кількість випадків порушень у фетоплацентарному комплексі, а саме плацентарної дисфункції, було у жінок, які використовували внутрішньоматкову контрацепцію до вагітності (33,3%) порівняно з жінками, які застосовували гормональну контрацепцію – 16,7% та жінками основної групи – 13,3% ($p < 0,05$).

Затримка розвитку плода була найбільша у III групі – 16,7%, у II групі цей показник становив 6,7%, у I групі – 3,3% ($p < 0,05$).

Аналіз ендокринологічних показників показав, що у жінок III групи порушення синтезу гормонів виникають ще на ранніх термінах гестації. В інших групах ці порушення відбувалися у більш пізніх термінах.

Так, вже з 30–32 тиж виникли порушення у синтезі гормонів плаценти. Найбільш виражені такі порушення були у III групі, де зниження прогестерону фіксували у 2 (6,7%) жінок, зниження вільного естріолу в 3,3% та відхилення плацентарного лактогену від норми в 6,7% випадках. У II групі був знижений прогестерон в 1 (3,3%) жінки. У I групі вироблення гормонів плацентою були в межах норми.

Більш значні порушення ендокринної функції плаценти відмічалися в останні тижні вагітності. Так, найбільша кількість випадків порушення утворення плацентою гормонів була у III групі, де зниження синтезу вільного естріолу зустрічається в 6,7%, а плацентарного лактогену – в 10% випадках. У II групі зниження синтезу естріолу та плацентарного лактогену становить лише 3,3%. Інші гормони були в межах норми.

Як відомо, порушення кровотоку у системі мати–плацента–плід є однією з найголовніших ланок у патогенезі плацентарної дисфункції. У результаті цього виникають порушення стану плода, що надалі негативно відіб'ється на здоров'ї новонародженого. Тому для більш детального та повного оцінювання стану фетоплацентарного комплексу було проведено доплерометрію артерій пуповини у різні терміни гестації. Отримані дані засвідчили, що у жінок III клінічної групи частота порушення кровотоку в артерії пуповини становила 6,7%, у жінок II клінічної групи – 3,3%.

Отже, жінки, які використовували внутрішньоматкову контрацепцію перед тим як завагітніти, мають більш високий ризик виникнення порушень у фетоплацентарному комплексі та більш високий ризик виникнення перинальних ускладнень на відмінну від жінок, які не використовували контрацепцію або використовували гормональну контрацепцію до вагітності.

ВИСНОВКИ

Нормальний перебіг вагітності та пологів є основною ланкою у повноцінному, здоровому розвитку дитини. Результати дослідження засвідчили, що порушення у фетоплацентарному комплексі та правильний вибір контрацепції є одним з найголовнішим у розвитку ускладнень під час вагітності та пологів.

Було встановлено, що у жінок, які використовували перед вагітністю внутрішньоматкову контрацепцію, на відмінно від жінок, які не використовували контрацепцію або використовували гормональну контрацепцію до вагітності, була більша кількість випадків як плацентарної дисфункції, так і інших ускладнень. У результаті у таких жінок зафіксовано більшу кількість випадків народження дітей з порушенням їхнього стану.

Отримані дані потрібно врахувати під час вироблення тактики ведення вагітності та пологів залежно від того, використовувала чи не використовувала жінка один із методів контрацепції перед тим як завагітніти.

Перинатальные исходы у женщин, использовавших различные методы контрацепции
А.А. Лубковская

Обеспечение как здоровья матери и ребенка, так репродуктивного здоровья женщины в целом, является основной задачей современной медицины. Результаты исследования свидетельствуют о том, что женщины, которые использовали внутриматочную контрацепцию, имеют более негативные перинатальные исходы, чем женщины, которые не использовали никаких из методов контрацепции, или женщины, которые использовали гормональную контрацепцию.

Ключевые слова: перинатальные исходы, состояние фетоплацентарного комплекса, плацентарная дисфункция, внутриматочная контрацепция, гормональная контрацепция.

Perinatal implications in women who have used various methods of contraception
O.A. Lubkovska

Ensuring both the health of the mother and the child, and the reproductive health of women as a whole, is the main task of modern medicine. The results of the study highlight that women who used intrauterine contraception had more negative perinatal outcomes than women who did not use any of the contraceptive methods or women who used hormonal contraception.

Key words: perinatal implications, state of the fetoplacental complex, placental dysfunction, intrauterine contraception, hormonal contraception.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Будюхина О.А. Плацентарная недостаточность: клинко-морфофункциональные особенности фетоплацентарной системы и генетическая предрасположенность: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.01 «Акушерство и гинекология» / Будюхина Ольга Анатольевна – Минск, 2011. – 26 с.
- Вайсберг Э. Варианты выбора метода контрацепции: комбинированные оральные контрацептивы (КОК) / Э. Вайсберг // Мать и Дитя в Кузбассе. – 2014. – № 4 (59). – С. 12–14.
- 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.
- Даташвили С.С. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки у женщин с внутриматочной контрацепцией / С.С. Даташвили, Алириза А.Э., Макаренко Т.А. // Сибирский медицинский журнал. – 2010. – Т. 6, № 66. – С. 1–8.
- Додхоев Д.С. Механизмы задержки внутриутробного развития ребенка при хронической плацентарной недостаточности: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.00.09 «Педиатрия» / Додхоев Джамшед Саидбоевич – Душанбе, 2009. – 36 с.
- 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.
- Современные подходы к диагностике и лечению плацентарной дисфункции / И.А. Жабченко, А.Г. Цыпкун, А.М. Жицкий, Н.Я. Скрипченко. // Таврический медико-биологический вестник. – 2011. – Т. 14, № 3, ч. 1 (55). – С. 81–88.
- 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.

УДК 618.36-008.64-08

Прогнозування декомпенсованих форм плацентарної дисфункції у жінок різного віку

В.В. Маркевич, А.М. Шлемкевич

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

Результати проведених досліджень свідчать, що під час прогнозування перинатальної патології у вагітних з ризиком реалізації плацентарної дисфункції необхідно застосовувати диференційований підхід, який полягає у формуванні групи високого ризику розвитку тяжких форм плацентарної дисфункції із застосуванням розробленої прогностичної шкали чинників ризику декомпенсації плацентарної дисфункції.

Ключові слова: плацентарна дисфункція, прогнозування.

На сучасному етапі встановлення причини і провідних патогенетичних ланок плацентарної дисфункції (ПД) з урахуванням концепції про роль адаптивних і компенсаторно-захисних механізмів формування реактивності жіночого організму, готовності його до виконання репродуктивної функції і здібності до адекватної функціонально-структурної перебудови у процесі вагітності є ключовим методологічним підходом у розробленні науково-обґрунтованої системи прогнозування, діагностики і профілактики тяжких форм ПД [1–5].

На сьогодні встановлено, що кількісна об'єктивізація реалізації патогенетичних механізмів ПД дозволить скоротити розрив між теоретичними знаннями про ПД і практичні можливості за рахунок підвищення точності прогнозування і своєчасної діагностики даного ускладнення вагітності, особливо його тяжких форм, можливості об'єктивного оцінювання результативності превентивного лікування, стандартизації діагностичного пошуку і розроблення сучасної методики прогнозування важких форм ПД. Саме це дозволить оптимізувати акушерську тактику і значно поліпшити перинатальні результати.

Мета дослідження: розроблення методики прогнозування тяжких форм ПД.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети була розроблена прогностична шкала для оцінювання ризику розвитку важких форм ПД, заснована на аналізі чинників ризику розвитку декомпенсації ПД.

Для проведення порівняльного аналізу чинників ризику ретроспективно (за результатами морфологічного дослідження плацент) були виділені дві групи спостереження:

- I (основна) група – 50 жінок з некомпенсованою ПД (ДПД);
- II група (порівняння) – 50 жінок з компенсованою ПД (ККД).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вивчення впливу різних чинників на розвиток декомпенсації ПД у вагітних дозволило:

- 1) визначити перелік чинників і встановити ступінь їхнього ризику у виникненні ДПД;
- 2) виявити найбільш суттєві чинники, що впливають на розвиток ДПД, і скласти прогностичну шкалу;
- 3) визначити поріг ухвалення рішення для виділення групи високого ризику реалізації декомпенсації ПД.

За результатами аналізу, на одну вагітну з ДПД доводиться 4,99 чинника ризику, що більше ніж у 5 разів перевищує аналогічний показник по вагітним з ККД – 0,91 чинника ризику. Це свідчить про те, що фетоплацентарний комплекс (ФПК) володіє високою стійкістю до ушкоджувальних чинників, і що для розвитку ДПД важлива не просто присутність того або іншого чинника ризику, але й їхня синергетична дія.

Розроблена прогностична шкала для оцінювання ризику розвитку важких форм ПД включає 41 чинник ризику і 11 античинників, що характеризують особливості акушерського анамнезу, перенесені гінекологічні, екстрагенітальні і інфекційні захворювання, перебіг вагітності, соціальні чинники і умови праці. Для даної факторної шкали було розраховано порогове число – 7. Якщо при обстеженні вагітної сумарне значення чинників ризику рівне або перевищує дане порогове число, її відносять до групи високого ризику реалізації важкої ПД.

Згідно з отриманими даними ПД у групі високого ризику розвитку важких форм ПД спостерігалася у 100% спостережень, причому ККД становила 16,0%, субкомпенсована плацентарна дисфункція (СПД) – 14,0% і ДПД – 70,0%. Чутливість розробленої прогностичної шкали декомпенсації ПД щодо важких форм ПД (СПД і ДПД) становила 84,7%, що свідчить на користь її високої інформативності.

Порушення внутрішньоутробного розвитку плода зазначали у всіх вагітних із СПД і ДПД; при ККД порушення стану плода були відсутні. Затримка розвитку плода (ЗРП) у вагітних з тяжкими формами ПД спостерігалася у 20,0% спостережень, хронічна гіпоксія плода (ХГП) – у 60,0% спостережень, поєднання ЗРП і ХГП – у 20,0%. Клінічний стан новонароджених від матерів, що увійшли до групи високого ризику щодо тяжких форм ПД разом з результатами морфологічного дослідження плацент, дозволило підтвердити правильність підходу до формування групи проспективного спостереження для розроблення прогностичних і діагностичних критеріїв тяжких форм ПД.

Проведене дослідження підтверджує, що діагноз ПД і ступеня її тяжкості повинен ґрунтуватися на комплексному оцінюванні (стан плода і новонародженого, морфологічне дослідження плаценти, дані лабораторно-інструментального обстеження ФПК), а не на результатах одного методу обстеження.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що під час прогнозування перинатальної патології у вагітних з ризиком реалізації плацентарної дисфункції необхідний диференційований підхід, який полягає у формуванні групи високого ризику щодо важких форм плацентарної дисфункції із застосуванням розробленої прогностичної шкали чинників ризику декомпенсації плацентарної дисфункції.

Прогнозирование декомпенсированных форм плацентарной дисфункции у женщин различного возраста
В.В. Маркевич, А.М. Шлемкевич

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что при прогнозировании перинатальной патологии у беременных с риском реализации плацентарной дисфункции необходим дифференцированный подход, заключающийся в формировании группы высокого риска развития тяжелых форм плацентарной дисфункции с применением разработанной прогностической шкалы факторов риска декомпенсации плацентарной дисфункции.

Ключевые слова: плацентарная дисфункция, прогнозирование.

Forecasting the decompensative forms of placental dysfunction at women of various age
V.V. Markevich, A.M. Shlemkevich

Results of the spent researches testify that at forecasting perinatal pathology at pregnant women with risk of realisation of placental dysfunction the differentiated approach consisting in formation of group of high risk under heavy forms of placental dysfunction with application developed forecasting scales of risk factors decompensation of placental dysfunction is necessary for a pathology.

Key words: placental dysfunction, forecasting.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамченко В.В., Шабалов Н.П., 2015. Клиническая перинатология : Петрозаводск : 424.
2. Аржанова О.Н., Кошелева Н.Г., Ковалева Т.Г., 2012 Плацентарная недостаточность: диагностика и лечение : СПб : 328.
3. Боташева Т.Л., Черноситов А.В., Орлов А.В., 2015. Прогнозирование течения беременности и исходов родов по данным комплексного динамического ультразвукового скрининга. Методические рекомендации. Ростов-на-Дону : 11.
4. Бурлев В.А., Зайдиева З.С., Тютюник В.Л., 2015. Клинико-диагностическое значение определения фактора роста плаценты у беременных // Проблемы репродукции : 5 : 1–6.
5. Грищенко В.И., Щербина Н.А., 2010. Совершенствование диагностики и терапии перинатальной патологии // Акушерство и гинекология : 10 : 3–6.

Порівняльні аспекти двоплідної вагітності та вагітності трійнею

О.В. Мельник

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

Багатоплідна вагітність становить близько 3% всіх вагітностей за даними різних авторів. Вагітність трійнею часто асоційована з високим ризиком для матері та дитини і частішим контактом з медичними працівниками. У статті представлена інформація про вагітність трійнею, її особливості, ризики і медичні рішення.

Ключові слова: трійня, багатоплідна вагітність, ДРТ, інтранатальні ризики.

Інтерес до багатоплідної вагітності існував ще з давніх часів, проте посилювався останні 15–20 років у зв'язку з лавиноподібним зростанням багатоплідності, пов'язаним із впровадженням допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) [1, 28, 29]. До появи ДРТ і методик ефективного лікування безплідності, трійні зустрічалися у край рідко. До ери сучасної неонатології їхня виживаність була дуже низькою, у зв'язку з цим публікації на дану тему стали з'являтися відносно недавно [2, 3, 11, 12].

Навіть при сучасному розвитку медицини перинатальна смертність при вагітності трійнею у 5 разів вище, ніж при одноплідній вагітності, внутрішньоутробна загибель плода вище у 4 рази, неонатальна – у 6 разів, перинатальна – у 10 разів, частота церебрального паралічу у дітей – у 10 разів. Рівень ante- і інтранатальних ускладнень з боку матері у 2–10 разів перевищує такий у пацієнток з одноплідною вагітністю [16, 22, 28, 41].

Тризиготні трійні виникають при заплідненні трьох окремих яйцеклітин. Дозрівання трьох і більше яйцеклітин може відбуватися як в одному яєчнику, так і в двох. Тризиготні трійні можуть бути як одно-, так і різностатевими. При тризиготній трійні завжди мають місце три самостійні плаценти, які можуть стикатися, при цьому плодоместиліці розділені перегородками, що складаються з трьох хоріальних і трьох амніотичних оболонок [14, 22, 38].

Однією з основних причин утворення тризиготних трінь є потужна гормональна стимуляція яєчників, високий рівень фолікулостимулювального гормону (ФСГ), що виробляється у гіпофізі, може викликати дозрівання і овуляцію одночасно декількох фолікулів в одному або обох яєчниках, або формування в одному фолікулі трьох яйцеклітин. Частіше всього дві яйцеклітини виходять з одного фолікула. Не виключено, що в результаті різної чутливості рецепторів передньої долі гіпофіза рівень ФСГ може варіювати в широких межах, часом зумовлюючи одночасний розвиток декількох яйцеклітин. Схожа картина може виникати і під час проведення стимуляції овуляції [8, 15, 18].

Схильність до розвитку тризиготних трінь може успадковуватися по материнській лінії, за наявності в анамнезі монозиготної (однояйцевої) трійні шанс її повторного розвитку у тієї самої жінки не більший, ніж у загальній популяції. Спостерігається вища частота трінь при аномаліях розвитку матки (дворога матка, перегородка в матці). При роздвоєнні матки частіше, ніж при нормальній її будові, відбувається дозрівання одночасно двох і більше яйцеклітин, які можуть бути запліднені. Тризиготні трійні можуть бути однієї або різної статі, схожі один на одного, як брати і сестри [18, 23, 24].

Зустрічання вагітності трійнею значно зросло за останніх 30 років. У 2009 р. в середньому 16 із 1000 жінок народжували трійню порівняно з 10 із 1000 у 1980-х роках [14]. За даними авторів, трійня зустрічається у 2% всіх багатоплідних вагітностях (вагітність, за якої розвивається два і більше ембріонів). Таке збільшення випадків багатоплідних вагітностей зазвичай пов'язане з ДРТ, включаючи і запліднення in vitro (invitro fertilization – IVF), близько 24% успішних INF зумовлюють розвиток багатоплідної вагітності, у тому числі і вагітності трійнею [22, 23].

Підвищення віку первородящих у концепції демографії популяції (у зв'язку з імміграцією) також робить свій вклад у даному підвищенні – серед усіх вагітностей з позитивним результатом багатоплідні становлять близько 3% [14, 22, 23, 26].

Вагітність трійнею часто асоційована з високим ризиком як для матері, так і для дитини. Жінки, вагітні трійнею, мають підвищений ризик невиношування, анемії, гіпертонічних розладів, кровотеч, оперативного розродження і постнатальних хвороб [28]. Ризик прееклампсії у жінок, вагітних трійнею, у дев'ять разів вище, ніж при одноплідній вагітності, а смертність, пов'язана з багатоплідною вагітністю у 2,5 рази вище, ніж при вагітності одним плодом. У жінок, які виношують трійню, набагато частіше спостерігають ранні гестози вагітності (наприклад, нудота і блювання), ніж у жінок з одноплідною вагітністю [17, 28, 35].

У загальній статистиці вагітність, що завершилася, при виношуванні трійні залишається набагато вищою, ніж при одноплідній: у 2009 році вагітність трійні, що завершилася, становила 31,1 на 1000 порівняно з 5 на 1000 при одноплідній вагітності [14].

Ризик передчасних пологів значно вище при вагітності трійнею, ніж при одноплідній вагітності, виявляється у 60% при вагітності трійнею (15% трінь народжуються до 32 тиж гестації) [28, 29]. Підвищений ризик передчасних пологів при вагітності трійнею асоційований з підвищеним ризиком ненатальної і довгострокової смертності (особливо від неспроможності нейровегетативних функцій і хронічних захворювань легень). На передчасні пологи доводиться 65% неонатальних смертей серед вагітностей трійнею порівняно з передчасними пологами при одноплідній вагітності, які становлять 43%. Значно вищий показник передчасних пологів при вагітності трійнею означає підвищену потребу ресурсів неонатальної сфери [29, 30, 43].

Ризики для дітей частково залежать від кількості хоріонів і амніотичних міхурів при вагітності. При вагітності трійнею можуть зустрічатися різні комбінації розділених і загальних плацент: при монохоріальній вагітності трійнею – всі три плоди прикріплено до однієї плаценти, трихоріональна трійня характери-

зується наявністю у кожного ембріона своєї плаценти, при діхоріальній трійні два плоди мають одну плаценту, а третій – окрему [1].

Визначення зиготності до розродження можливо лише при дослідженні ДНК плодів, отриманої в результаті проведення амніоцентезу, біопсії хоріону або кордоцентезу. Проте на підставі зиготності не можна судити про тип плацентації. Монозиготні двійні можуть бути як монохоріальними, так і біхоріальними. Визначення хоріальності плодів можливо при проведенні УЗД, під час якого встановлюють кількість плацент, наявність амніотичної перегородки. Оптимальний термін для діагностики хоріальності – 6–9 тиж вагітності [20, 21, 28].

Інколи ризик для дітей при вагітності трійнею асоційований із загальною плацентою. Один із станів, який пов'язаний із загальною плацентою, – це фетофетальний трансфузійний синдром (ФФТС), який найчастіше виявляється при монохоріальній вагітності трійні. ФФТС виявляється близько 15% монохоріальних вагітностей, а також є причиною 20% вагітності, що завмерла. Його морфологічний субстрат – анастомозуючі судини між двома фетальними системами кровообігу. Це специфічне ускладнення для монозиготної трійні з монохоріальним типом плацентації.

Особливу складність представляють монохоріальні моноамніотичні трійні, коли вагітність ускладнюється не лише ФФТС, але і проблемами з пуповиною плодів. Він також асоційований із значним підвищенням ризику смертності унаслідок недорозвиненості нейровегетативної системи. Додаткові ускладнення з'являються у випадку, якщо окрім монохоріальної, вагітність є моноамніотичною. Хоча такі вагітності досить рідкі (всього 1-2% монохоріальних вагітностей є моноамніотичними), вони мають високий ризик закручування пупкових канатиків, оскільки відсутня перегородка, яка розділяє плоди [13, 22, 26, 37, 42].

Протягом багатьох років діагноз ФФТС встановлювали ретроспективно у неонатальний період. На підставі даних УЗД були розроблені критерії ФФТС, які використовуються в практиці для визначення тактики ведення вагітності [20, 30].

Найпоширенішим чинником, пов'язаним з анте- і неонатальною смертністю і захворюваністю при вагітності трійнею, це мала маса плодів при народженні, у переважній більшості випадків низька маса тіла дітей зумовлена передчасними пологами [14, 28]. У літературі обговорюються різні гіпотези загрози переривання при багатоплідній вагітності. Згідно з однією з них (передчасні пологи – природний наслідок вагітності трійнею), основною причиною передчасного розвитку плодової діяльності є перерозтягнення м'язових волокон матки, вивільнення простагландинів і знижений матково-плацентарний кровотік. В основі іншої гіпотези лежать дані Об'єднаного проекту з перинатології, що свідчать про те, що інфікування амніотичних оболонок сприяє їхньому передчасному розриву, який найчастіше призводить до передчасних пологів [1, 3, 43].

Систематичний оглядрандомізованих досліджень, в яких оцінювали ефективність антенатального скринінгу на наявність інфекцій нижніх статевих шляхів, а також їхнє лікування для зменшення частоти передчасних пологів і пов'язаної з ними захворюваності, продемонстрував високу ефективність подібних скринінгових програм. Так, у групі втручання (2058 жінок) проводили скринінг і лікування

бактеріального вагінозу, трихомоніазу і кандидозу. У контрольній групі (2097 жінок) скринінг не проводили, обстежували лише за наявності скарг або клінічних проявів. Передчасні пологи до 37 тиж. відбувалися значно рідше у групі втручання (3% проти 5% у контрольній групі) з відносним ризиком (ВР) 0,55 (95% ДІ: 0,41 до 0,75). Частота народження дітей з низькою масою тіла (2500 г і менше) була на 52% менше у групі втручання (ВР 0,48, 95% ДІ: 0,34 до 0,66), а дітей з дуже низькою масою тіла (1500 г і менше) – на 6% нижче у групі втручання, ніж у контрольній групі (ВР 0,34, 95% ДІ: 0,15 до 0,75) [27].

Отже, існують докази високого рівня достовірності, що програми скринінгу і лікування вагінальних інфекцій у вагітних зменшують частоту передчасних пологів і народження недоношених дітей з низькою масою тіла.

Додатковим ризиком для дітей є внутрішньоматкове пригнічення зростання (intra uterine growth restriction–IUGR) і вроджені вади розвитку. При багатоплідній вагітності, 66% нез'ясованих мертвонароджень асоціюють з масою тіла новонароджених менше третього центиля порівняно з 39% при одноплідній вагітності. Основні вроджені вади розвитку зустрічаються на 4,9% частіше при багатоплідній вагітності, ніж при вагітності одним плодом [2, 4, 9, 33].

Через підвищений ризик ускладнень, жінки, вагітні трійнею, потребують ретельнішого моніторингу і підвищеного контакту з професіоналами сфери охорони здоров'я під час їхньої вагітності, ніж жінки з одноплідною вагітністю. Стурбованість підвищеним ризиком також може мати значно психологічний і економічний вплив на жінок та їхні сім'ї, що зумовлює ще більшу необхідність лікарської допомоги [3, 7, 31, 43].

За даними деяких авторів, фізіологічна вагітність трійнею частіше зустрічається в сім'ях, де мати або батько, або обоє народилися в результаті багатоплідної вагітності. При цьому найбільш значущу роль відіграє генотип матері. Існує формула, згідно з якою багатоплідні вагітності зустрічаються з частотою геометричної прогресії, що утворюється при піднесенні до ступеня числа 80: одні двійнята зустрічаються на 80 пологів, трійня – на 80 пологів у квадраті (6400), четверня – на 80 пологів в кубі (512 000), п'ятірня – на 80 пологів в четвертому ступені (40 960 000) [4, 7, 8].

Цікаві дані отримані групою авторів, які вивчали асоційовані зі статтю відмінності перинатальних ускладнень у 16 045 вагітних з двійнятами. Було виявлено, що підвищений ризик прееклампсії мали вагітні з трійнями жіночої статі, проте після народження ці діти мали нижчі показники неонатальної і дитячої смертності, а також нижчий ризик дихальних захворювань, ніж немовлята чоловічої статі [12, 19, 25].

Ефективного способу профілактики передчасних пологів при вагітності трійнею не існує. У той самий час, у трьох крупних рандомізованих дослідженнях продемонстровано, що прогестерон ефективний як засіб профілактики передчасних пологів при одноплідній вагітності, що відноситься до групи високого ризику. Останнім часом розкриті основні (перш за все імунні) механізми здійснення гестагенами їхньої захисної функції відносно плода [7, 9, 10, 17, 28].

У пацієнток, що відносяться до групи високого ризику (наявність передчасних пологів в анамнезі або укорочення шийки матки), вживання прогестерону у дополо-

говий період сприяло зниженню частоти дострокового завершення вагітності на 35% [21, 36].

Відомо, що зменшення частоти передчасних пологів при використанні прогестерону не супроводжується істотним поліпшенням неонатальних результатів і зниженням перинатальної смертності. Проте встановлено, що допологове використання прогестерону при одноплідній вагітності супроводжується зниженням ризику розвитку неонатального сепсису [8, 11, 28].

Британськими фахівцями проведено дослідження за оцінкою значення прогестерону у профілактиці передчасних пологів при трійнях (STOPPIT – Study Of Progesterone for the Prevention of Preterm Birth In Triplets). Дійшли висновку, що вживання прогестерону при трійні не знижує частоту передчасних пологів або внутрішньоутробної загибелі плода до 34 тиж вагітності. Можливо це пов'язано з недостатнім дозуванням препаратів прогестерону [43].

У 2010 р. Conde-Agudelo і співавтори узагальнили наявну дану точність прогнозу спонтанних передчасних пологів при трійні шляхом виміру довжини шийки матки. Вони провели систематичний огляд і мета-аналіз 21 нерандомізованого дослідження за участю 3523 жінок (16 досліджень вагітних з клінічними ознаками можливих передчасних пологів і 5 досліджень вагітних, що не мають симптомів загрози переривання вагітності). Дійшли висновку, що вагінальна ехоцервікометрія є хорошим діагностичним критерієм спонтанних передчасних пологів за відсутності клінічної симптоматики у вагітних з трійнею у терміні 20–24 тиж [9, 10].

Низка авторів зазначають позитивний досвід накладення П-поібних і циркулярних швів, що сприяють пролонгації вагітності до народження життєздатних дітей з трійні і навіть четверні [10, 29, 34].

ВИСНОВКИ

Отже, пацієнтки з багатоплідною вагітністю становлять групу високого ризику відносно розвитку материнських і перинатальних ускладнень. Це безпосередньо пов'язано з тим, що еволюційно організм вагітної пристосований для виношування одного плода.

Запорукою успіху виношування багатоплідних вагітностей і виходжування новонароджених повинна стати спадкоємність у діяльності всіх акушерсько-гінекологічних підрозділів і відділень новонароджених.

Подальше поглиблене вивчення цієї проблеми має бути направлене на зниження перинатальних втрат і збереження репродуктивного здоров'я жінок.

Сравнительные аспекты беременности двойней и тройней О.В. Мельник

Многплодная беременность составляет около 3% всех беременностей. Беременность тройней часто связана с высоким риском для матери и ребенка и более частым контактом с медицинскими работниками. В статье представлена информация о беременности тройней и ее особенностях.

Ключевые слова: тройня, многоплодная беременность, ВРТ, интранатальные риски.

Comparative aspects of two- and three-fetal pregnancy O.V. Melnik

Multiple births currently account for 3% of live births. Triplet pregnancies are associated with higher maternal and fetal mortality and morbidity than singleton pregnancies. Women with triplet pregnancies therefore need more frequent contact with healthcare professionals. This article summarises the most recent data about triplet pregnancy, its features, about risks and medical decisions.

Key words: triplet, multiple pregnancy, ART, intranatal risks.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Баева І.Ю. Анатометрична характеристика плодів і новонароджених близнят при багатоплідній вагітності: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. / І.Ю. Баева. – М., 2005. – 23 с.
2. Жарова А.А. Стан фетоплацентарного комплексу і перинатальні результати при багатоплідній вагітності: автореф. дис. канд. мед. наук. / А.А. Жарова. – М., 2011. – 31 с.
3. Юлдашева О.Е. Особливості ведення багатоплідної вагітності, оцінка пологів і перинатальних результатів: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. / О.Е. Юлдашева. – Уфа, 2007. – С. 24.
4. Adams D.M. Perinatal outcome associated with outpatient management of triplet pregnancy / D.M. Adams, J.S. Sholl, E.I. Haney // American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2012. – Vol. 178 (4). – P. 843–847.
5. Behr B. BLASTOCYST-ET and monozygotic twinning / B. Behr, J.D. Fisch, C. Racowsky // J. Assist Reprod Genet. – 2013. – Vol. 17. – P. 349–351.
6. Bernasko J. Is routine prophylactic cervical cerclage associated with significant prolongation of triplet gestation? / J. Bernasko, R. Lee // Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine. – 2011. – N 19 (9). – P. 575–578.
7. Caritis S.N. Prevention of preterm birth in triplets using 17 alpha-hydroxyprogesterone caproate: a randomized controlled trial / S.N. Caritis, D.J. Rouse, A.M. Preaceman // Obstetrics and Gynecology. – 2009. – N 113 (2 Pt 1). – P. 285–292.
8. Combs C.A. Failure of 17-hydroxyprogesterone to reduce neonatal morbidity or prolong triplet pregnancy: A double-blind, randomized clinical trial / C.A. Combs, T. Garite // American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2010. – Vol. 203 (3). – P. 248.
9. Conde-Agudelo A. Antenatal magnesium sulfate for the prevention of cerebral palsy in preterm infants less than 34 weeks' gestation: a systematic review and metaanalysis / A. Conde-Agudelo, R. Romero // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2009. – Vol. 200. – P. 595–609.
10. Conde-Agudelo A. Antenatal magnesium sulfate for the prevention of cerebral palsy in preterm infants less than 34 weeks' gestation: a systematic review and metaanalysis / A. Conde-Agudelo, R. Romero // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2009. Vol. 200. – P. 438–441.
11. D'Amore A. The effect of antenatal corticosteroids on fetal growth, survival, and neurodevelopmental outcome in triplet pregnancies / A. D'Amore, J. Ahluwalia, I. Cheema // American Journal of Perinatology. – 2014. – N 21 (1). – P. 1–8.
12. Daw E. Triplet pregnancy / E. Daw // British Journal of Obstetrics and Gynaecology. – 1978. – Vol. 85 (7). – P. 505–509.
13. De Paepe M.E. Vascular distribution patterns in monochorionic twin placentas / M.E. De Paepe, P. DeKoninck // Placenta. – 2015. – Vol. 46 (6). – P. 471–475.
14. Dessolle L. Monozygotic triplet pregnancies after single blastocyst transfer: Two cases and literature review / L. Dessolle, D. Allaoua, T. Freour // Reprod Biomed Online. – 2010. – N 21. – P. 283–289.
15. Devine P.C. Maternal and neonatal outcome of 100 consecutive triplet pregnancies / P.C. Devine, F.D. Malone // American Journal of Perinatology. – 2011. – Vol. 18 (4). – P. 225–235.

16. Dodd J.M. Oral betamimetics for maintenance therapy after threatened preterm labour / J.M. Dodd, C.A. Crowther, P. Middleton // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2012. – Vol. 12. – P. 112–117.
17. Doyle L.W. Magnesium sulphate for women at risk of preterm birth for neuroprotection of the fetus / L.W. Doyle, C.A. Crowther, P. Middleton // *Cochrane Database Syst. Reviews.* – 2009. – Vol. 16. – P. 114–120.
18. Duyos Mateo I. Fetal complications and early neonatal outcomes on 147 triplets / I. Duyos Mateo, M. de la Calle, R. Revello // *Ginecol. Obstet. Mex.* – 2013. – Vol. 81(2). – P. 86–91.
19. Eliman A. Perinatal outcome of triplet gestation: Does prophylactic cerclage make a difference / A. Eliman, R. Figueroa, S. Nigam // *Journal of Maternal-Fetal Medicine.* – 2014. – Vol. 8 (3). – P. 119.
20. Guilherme R. Ultrasound assessment of the prognosis in triplet pregnancies / R. Guilherme, R.C. Le, E. Vuillard // *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.* – 2009. – Vol. 88 (4). – P. 386–390.
21. Guzman E.R. Use of cervical ultrasonography in prediction of spontaneous preterm birth in triplet gestations / E.R. Guzman, C. Walters, C. O'ReillyGreen // *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* – 2013. – Vol. 183 (5). – P. 1108–1113.
22. Henne M.B. Monochorionic triplet gestation after in vitro fertilization using donor oocytes: Case report and review / M.B. Henne, A.A. Milki, L.M. Westphal // *FertilSteril.* – 2013. – Vol. 83. – P. 742–748.
23. Jain J.K. Monozygotic twins and triplets in association with blastocyst transfer / J.K. Jain, R. Boostnfar, M.M. Francis // *J Assist Reprod Genet.* 2014. – N 21. – P. 103–107.
24. Kaufman G.E. Neonatal morbidity and mortality associated with triplet pregnancy / G.E. Kaufman, F.D. Malone, K.B. Harvey-Wilkes // *Obstetrics and Gynecology.* – 2011. – Vol. 91 (3). – P. 342–348.
25. KHODZHAIEVAZ. Experience with cervical cerclage in multiple pregnancies / Z. Khodzbaeva, G. Sukhih // *J. Maternal-Fetal & Neonatal Medicine.* – 2009. – Vol. 21. – P. 67–72.
26. Li Y. Dichorionicquadramniotic quadruple gestation with monochorionictriamniotic triplets after two embryos transfer and selective reduction to twin pregnancy: case report / Y. Li, D. Yang, Q. Zhang // *Fertility and Sterility.* – 2009. – Vol. 92 (6). – P. 489–496.
27. Manso P. Chorionicity and perinatal complications in twin pregnancy: a 10 years case series / P. Manso, A. Vaz, A. Taborda // *Acta Med. Port.* – 2011. – Vol. 24(5). – P. 695–698.
28. Maslovitz S. Cervical length in the early second trimester for detection of triplet pregnancies at risk for preterm birth / S. Maslovitz, J. Hartoov, I. Wolman // *Journal of Ultrasound in Medicine.* – 2014. – N 23 (9). – P. 1187–1191.
29. Mordel N. Elective suture of uterine cervix in triplets / N. Mordel, G. Zajicek, A. Benshushan // *American Journal of Perinatology.* – 2013. – Vol. 10 (1). – P. 14–16.
30. NICOLAIDESK. Ультразвукове дослідження вагітності в 11–13 тижнів вагітності / K. Nicolaides // *СПб.*, 2008.
31. Norman J.E. Progesterone for the prevention of preterm birth in twin pregnancy (STOPPIT): a randomised, double-blind, placebo-controlled study and meta-analysis / J.E. Norman, F. Mackenzie, P. Owen // *Lancet.* 2009. – Vol. 373. – P. 2034–2040.
32. Paulson R.J. Pregnancy in the sixth decade of life. Obstetric outcomes in women of advanced reproductive age / R.J. Paulson, R. Boostanfar, R. Saadat // *JAMA.* – 2012. – Vol. 288. – P. 2320–2323.
33. Rebarber A. Prophylactic cerclage in the management of triplet pregnancies / A. Rebarber, A.S. Roman, N. Istwan // *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* – 2015. – Vol. 193 (3 Pt 2). – P. 1193–1196.
34. Salat-Baroux J. A case of triple monoamniotic pregnancy combined with a bioamniotic twinning after in-vitro fertilization / J. Salat-Baroux, S. Alvarez, J.M. Antonie // *Human Reproduction.* – 2014. – Vol. 9 (2). – P. 374–375.
35. Sanchez Ramos L. Progesterone agents to prevent preterm birth: a me-ta-analysis of randomized controlled trials / L. Sanchez Ramos, A.M. Kaunitz, I. Delke // *Obstet. Gynecol.* – 2012. – Vol. 10. – P. 273–279.
36. Schaap A.H. Significance of donor anuria differs between monoamniotic and diamniotic twin-twin transfusion syndrome / A.H. Sxhaap, J.P. cvan den Wingaard // *Placenta.* – 2014. – Vol. 28. – P. 523–526.

37. Sebire N. The hidden mortality of monochorionic triplet pregnancies / N. Sebire, R. Snijders, K. Hughes // *Br. J. Obstet. Gynecol.* – 2012. – Vol. 104. – P. 1203–1207.
38. Shek N.W. Single-triplet demise: Pregnancy outcome / N.W. Shek, S.C. Hillman // *Best. Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* – 2013. – Vol. 3. – P. 132–136.
39. Sills E.S. Human zonapellucida micromanipulation and monozygotic twinning frequency after IVF / E.S. Sills, M. Moomij, M. Zaninovic // *Hum Reprod.* – 2014. – Vol. 15. – P. 890–895.
40. Steen E.E. Impact of sex on perinatal mortality and morbidity in triplets / E.E. Steen, K. Kallen, K. Marsal // *J. Perinat. Med.* – 2013. – Vol. 12. – P. 10–15.
41. Su L.L. Progesterone agents for treating threatened or established pre-term labour / L.L. Su, M. Samuel // *Cochrane Database Syst. Reviews.* – 2010, Issue 1. – P. 19–23.
42. Suzuki S. Characteristics of monochorionic-diamniotic growth-retarded twins during the third trimester / S. Suzuki, S. Okudaria, R. Sawa // *Nippon IkaDaigakuZasshi.* – 2013. – Vol. 66 (5). – P. 300–304.
43. TAMBA. Multiple Failings. Parents of Twins and Triplets Experience of Pre and Post Natal NHS Care (TAMBA Health and Lifestyle Survey 2008) Guildford: Twins and Multiple Births Association; 2009.
44. Vis J.Y. Cost-effectiveness of fibronectin testing in a triage in women with threatened preterm labor: alleviation of pregnancy outcome by suspending tocolysis in early labor (APOSTEL-I trial) / J.Y. Vis, F.F. Wilms, M.A. Oudijk // *BMC Pregnancy Childbirth.* – 2009. – Vol. 19. – P. 38.
45. Wadhawan R. Spontaneous intestinal perforation in extremely low birth weight infants: association with indometacin therapy and effects on neurodevelopmental outcomes at 18–22 months corrected age / R. Wadhawan, W. Oh, B.R. Vohr // *Arch. Dis. Child. Fetal. Neonatal. Ed.* – 2013. – Vol. 98(2). – P. 127–132.
46. Yamasmit W. Prophylactic oral betamimetics for reducing preterm birth in women with a twin pregnancy / W. Yamasmit, S. Chaithongwongwatthana, J.E. Tolosa // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2012. – Vol. 12. – P. 32–39.
47. Zork N. Decreasing prematurity in triplet gestations: predicaments and possibilities / N. Zork, J. Biggio, A. Tita // *Obstet. Gynecol.* – 2013. – Vol. 122 (2 Pt 1). – P. 375–379.

Тактика ранньої діагностики тяжких форм плацентарної дисфункції після застосування допоміжних репродуктивних технологій

Я.А. Рубан

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

Результати проведених досліджень свідчать, що розроблений на основі діагностичної шкали (ультразвукове і лабораторне тестування) клінічний алгоритм ведення вагітних після допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) у точність діагностики плацентарної дисфункції на 26,1%, її важких форм – на 39,5%, сприяє вибору адекватної акушерської тактики, поліпшенню перинатальних результатів при тяжких формах плацентарної дисфункції на 60%. Отримані результати дозволяють рекомендувати методику ранньої діагностики тяжких форм плацентарної дисфункції після застосування ДРТ у практичну охорону здоров'я. **Ключові слова:** *рання діагностика, плацентарна дисфункція, допоміжні репродуктивні технології.*

Дані сучасної наукової літератури свідчать, що встановлення причини і провідних патогенетичних ланок плацентарної дисфункції (ПД) з урахуванням концепції про роль адаптивних і компенсаторно-захисних механізмів формування реактивності жіночого організму, готовності його до виконання репродуктивної функції і здібності до адекватної функціонально-структурної перебудови у процесі вагітності є ключовим методологічним підходом у розробленні науково-обґрунтованої системи прогнозування, діагностики і профілактики тяжких форм ПД після допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) [1–5].

Сьогодні встановлено, що кількісна об'єктивізація реалізації патогенетичних механізмів ПД дозволить скоротити розрив між теоретичними знаннями про ПД і практичні можливості за рахунок підвищення точності прогнозування і своєчасної діагностики даного ускладнення вагітності, особливо його тяжких форм, можливості об'єктивного оцінювання результативності превентивного лікування, стандартизації діагностичного пошуку і розроблення сучасної методики ранньої діагностики тяжких форм ПД. Це дозволить оптимізувати акушерську тактику і значно поліпшити перинатальні результати після застосування ДРТ.

Мета дослідження: розроблення сучасної методики ранньої діагностики тяжких форм ПД після застосування ДРТ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для реалізації поставленого завдання з урахуванням розробленої на першому етапі дослідження прогностичної шкали тяжких форм ПД була сформована група спостереження. У цю групу увійшли 100 вагітних після застосування ДРТ, яким у 18–24 тиж і 28–38 тиж гестації проведені дослідження:

- визначення в крові вмісту маркерів ендотеліальної дисфункції (МЕД) – індексу цитотоксичності антиендотеліальних антитіл (ІЦ АЕАТ), загального ІgЕ, кількості, адгезивних і агрегаційних властивостей тромбоцитів;
- маркерів апоптозу (МА) – лімфоцитів з фенотипом CD95+ (FASR (CD95) – мембранний рецептор ініціації апоптозу системи FasR-FasL) і чинника некрозу пухлини альфа (ФНО α – «ліганд смерті» і прозапальний цитокін сімейства чинника некрозу пухлин);
- маркера децидуалізації стромальних клітин (МД) – плацентарного альфа-1 мікроглобуліну (ПАМГ – плацентарний білок, що характеризує стан материнської частини плаценти, регулювальника біоактивності інсуліноподібних чинників зростання);
- маркерів клітинної проліферації і енергозабезпечення клітини – чинника зростання плаценти (ЧЗП – різновид судинно-ендотеліального чинника зростання) і плацентарної лужної фосфатази (ПЛФ – фермент регуляції енергетичного обміну за принципом «фосфорилювання – дефосфорилювання»).

Дослідження ПЛФ проводили у 28–38 тиж вагітності для оцінювання ступеня тяжкості ПД.

Ретроспективно з урахуванням клінічного перебігу вагітності з 100 жінок були сформовані дві групи порівняння:

- I група – 50 жінок з ПД після застосування ДРТ;
- II група – 50 жінок з ПД у поєднанні з прееклампсією і екстрагенітальною патологією (ЕГП) після застосування ДРТ.
- III (контрольна) група – 30 здорових вагітних, які завагітніли самостійно.

У II групі порівняння прееклампсія діагностована в 100% спостережень (легкого ступеня – в 88,0% вагітних і середнього ступеня – в 12,0%). ЕГП була представлена хронічним пієлонефритом (14,0%), нейроциркуляторною (НЦД) дистонією за гіпертонічним і змішаним типами (30,0%), гіпертонічною хворобою (6,0%), цукровим діабетом (4,0%), хронічним бронхітом (14,0%), залізодефіцитною анемією (68,0%).

У дослідження увійшли вагітні з негативними результатами клінічного і лабораторного (бактеріоскопія, бактеріологічне, ІФА, ПЦР) обстеження на урогенітальну інфекцію.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених попередніх досліджень довели, що діагноз ПД і ступеня її тяжкості повинен ґрунтуватися на комплексному оцінюванні (стан плода і новонародженого, морфологічне дослідження плаценти, дані лабораторно-інструментального обстеження ФПК), а не на результатах одного методу обстеження.

Результати лабораторного тестування показали, що в середині II триместра гестації параметри ІЦ АЕАТ і загального ІgЕ у вагітних I групи достовірно відрізня-

ються від контролю ($P < 0,05$) лише при СПД і ДПД. Збільшення порівняно з контролем ІЦ АЕАТ становить у 2 рази для СПД і в 4 рази для ДПД, загального ІgE в 1,2 разу для СПД і в 1,4 разу для ДПД. У II клінічній групі 18–24 тиж МЕД достовірно ($P < 0,05$) відрізняються від даних контрольної групи незалежно від ступеня тяжкості ПД. При цьому вищі показники, що достовірно відрізняються від КПЖ ($P < 0,05$), відмічені при ДПД: ІЦ АЕАТ вище в 4 і 1,6 разу, рівень ІgE – в 1,4 і 1,2 разу відповідно даним контролю і по ККД.

Отримані дані з МЕД у II триместрі вагітності у порівнюваних групах можна інтерпретувати наступним чином. Ендотеліальна дисфункція з ранніх етапів вагітності характерна для багатьох ускладнень гестації, що пояснює достовірну відмінність МЕД в обох групах від референсних значень. У дану закономірність не входить підгрупа I групи з ККД, що можна пояснити мінімальними судинними змінами в даному терміні вагітності. У зв'язку з відсутністю строгої специфічності відносно вивчених ускладнень вагітності (ПД, прееклампсія) МЕД цілеспрямовано для прогнозування ПД можна використовувати лише в комбінації з іншими показниками.

Аналіз рівнів ІЦ АЕАТ і загального ІgE у вагітних з ПД у III триместрі гестації показав достовірні їхні відмінності ($P < 0,05$), незалежно від ступеня тяжкості ПД, від даних контрольної групи: при ККД, СПД, ДПД ІЦ АЕАТ перевищує контрольні значення відповідно в 1,6 разу, 2,4 разу, 3,6 разу; рівень загального ІgE – в 1,2 разу, 1,3 разу, 1,6 разу.

Не дивлячись на деяку різницю ($P > 0,05$) між показниками I і II клінічних груп (ПД без прееклампсії і у поєднанні з прееклампсією) простежується чітка залежність вивчених показників від ступеня тяжкості ПД. Дана закономірність з урахуванням ступеня ендотеліальної дисфункції дозволяє виділяти вагітних з важкою формою ПД серед загальної кількості жінок з ПД (для СПД середні рівні ІЦ АЕАТ і загального ІgE становлять – $39,3 \pm 4,0\%$ і 414 ± 11 нг/мл; для ДПД – $62,5 \pm 6,4\%$ і 509 ± 31 нг/мл відповідно). Крім того, вивчені МЕД можуть бути використані для оцінювання ефективності профілактичних і лікувальних заходів.

У 18–24 тиж гестації вміст у периферійній крові Л CD95+, ПАМГ, ФНО α і ЧЗП у вагітних достовірно не відрізняються ($P > 0,05$) між собою у порівнюваних клінічних групах, але є достовірні ($P < 0,05$) відмінності з групою контролю. Враховуючи дану обставину, вживання вивчених тестів може дозволити проводити ранню діагностику важких форм ПД, що важливе при складанні індивідуальної програми превентивних заходів і контролю їхньої ефективності. Комплексне тестування на виділення групи високого ризику щодо важких форм ПД обґрунтоване тим, що в ранні терміни може переважати та або інша патогенетична ланка розвитку даного ускладнення вагітності (порушення ангиогенезу, децидуалізації і регулюючої дії ростових чинників, ендотеліальна дисфункція, порушення процесів апоптозу, клітинної проліферації тощо).

У III триместрі фізіологічної і ускладненої вагітності ПД виявлені достовірні відмінності у вмісті Л CD95+. Відсутність достовірних відмінностей ($P > 0,05$) між вагітними з ПД без прееклампсії і вагітними, в яких ПД розвинулася на тлі прееклампсії, свідчить про зв'язок даного показника з ПД, а не з іншою патологією.

Виявлення Fas антигена на мембрані імунотрофобластичних клітин, індукованого цито- і синцитіотрофобластом, свідчить про готовність клітин до апоптозу, їхньої елімінації з організму в разі вступу до процесу запрограмованої клітинної загибелі, що знижує імунопатологічні реакції імунітетів на ФПК. Якщо рівень лімфоцитів, що експресують Fas/APO-1/CD95-рецептор, залежить від стану цито- і синцитіотрофобласту (плодової частини плаценти), що індукують апоптоз лімфоцитів, то характер змін у децидуальній оболонці (материнській частині плаценти) можна оцінити за вмістом ПАМГ у сироватці крові вагітних.

Концентрація ПАМГ у III триместрі ускладненої вагітності ПД свідчить про достовірні відмінності показника при ПД, особливо при її важких формах, від даних по фізіологічній гестації: при ККД рівень МД перевищує контрольні значення в 2,9 разу, при СПД – в 5,3 разу, при ДПД – в 6,5 разу. При цьому відсутність достовірних відмінностей між I і II групами порівняння ($P < 0,05$) свідчить про специфічність даного маркера відносно ПД.

Кореляційний аналіз між ПАМГ і рівнем Л CD95+ показав наявність сильного і середнього позитивного зв'язку (до від 0,51 до 0,8). Водночас, чим більше ступінь тяжкості ПД, тим сильніше кореляційний зв'язок між показниками, що характеризують ступінь вираженості порушень у материнській і плодової частинах плаценти. Виявлений сильний позитивний кореляційний зв'язок між ПАМГ і ІЦ АЕАТ (до від 0,71 до 0,85) можна пояснити тим, що порушення при ПД формування гемохоріального типу плацентації, яке супроводжується «фізіологічним пошкодженням» ендотеліальної оболонки спіральних артерій і в разі ускладненого перебігу гестації – автоімунним пошкодженням ендотеліоцитів АЕАТ, веде до порушення децидуалізації материнської частини плаценти і змін матково-плацентарної гемокрикуляції.

Рівень ФНО α , не дивлячись на десятиразове збільшення у сироватці крові у жінок з ПД, достовірно не розрізняється у вагітних I і II груп порівняння ($P > 0,05$), що свідчить про зв'язок даного показника з ПД, а не з прееклампсією. Кореляційний аналіз між вмістом ФНО α і рівнем Л CD95+ при ПД показав наявність середнього позитивного зв'язку між наведеними показниками (від 0,41 до 0,65). Сильна і середньої сили позитивна кореляція виявлена між концентрацією ФНО α і ступенем тяжкості ПД (від 0,54 до 0,88). Однонаправленість змін вмісту МА (Л CD95+, ФНО α) у крові вагітних з різним ступенем тяжкості ПД і наявність позитивного кореляційного зв'язку між ними підтверджує висновок про те, що цитокін родини чинника некрозу пухлини (ФНО α) регулюючи впливає на експресію Fas-антигену (CD95) і, можливо, може брати участь в запуску запрограмованої клітинної загибелі не лише системою ФНО α 1-ФНО α , але й побічно (через непрямі шляхи активації) системою FasR-FasL.

Крім того, достовірна різниця сироваткової концентрації ФНО α у вагітних з різним ступенем тяжкості ПД дає можливість включення даного показника у комплексну діагностику ПД і ступеня її тяжкості.

Апоптоз і клітинна проліферація є різноспрямованими процесами, що визначають стан конкретної клітини у клітинній популяції. У зв'язку з цим був проаналізований вміст у сироватці крові вагітних ЧЗП, що впливає на проліферацію і ангиогенез у плаценті. Достовірної різниці ($P > 0,05$) між вагітними з ПД без прееклампсії

і вагітними, в яких ПДН розвивалася на фоні даного ускладнення, по концентрації ЧЗП виявлено не було. Відсутність впливу прееклампсії на рівень ЧЗП у крові вагітних пояснюється специфічністю даного ростового чинника відносно ПД. Кореляційний аналіз між вмістом ЧЗП і ЛСД95+, ФНО α , ПАМГ показав наявність негативного зв'язку слабкої і середньої сили між вказаними показниками (від -0,29 до -0,69), що свідчить про патогенетичний зв'язок плацентарного ростового чинника з індукованим трофобластом апоптозом імунотрофобластичних клітин, прозапальними цитокінами сімейства ФНО і децидуальним регулювальником біоактивності інсуліноподібних чинників росту.

Вивчені загальнобіологічні процеси (апоптоз, клітинна проліферація) є енергозалежними, що пояснює адаптаційну гіперферментемію ПЛФ при ККД і подальше падіння показника при наростанні тяжкості патологічного процесу. Середній вміст ПЛФ у сироватці крові при ПД у III триместрі становив 132 ± 18 ОД/л (при ККД – 209 ± 16 ОД/л; при СПД – 92 ± 11 ОД/л; при ДПД – 70 ± 8 ОД/л). Виявлена при СПД і ДПД зв'язок середньої сили між ПЛФ і МА (до рівня 0,49 і -0,51) і ПЛФ, ЧЗП ($k=0,3$ і $0,54$) підтверджує патогенетичний зв'язок між енергозабезпеченням, апоптозом і клітинною проліферацією при ПД.

У проведеному дослідженні для комплексної діагностики ПД апробовані імунобіохімічні методи, що показали високу діагностичну результативність. Так, чутливість оцінних параметрів – рівень Л СD95+, ФНО α , ПАМГ і ЧЗП становила 83,9%, 85,3%, 84,6% і 83,0% відповідно з діагностичною точністю тестів у середньому – 81%, з незначним зниженням чутливості до 72,7% і діагностичній точності до 70% при використанні ПЛФ. При включенні у діагностичний комплекс, разом з УЗД, УЗДГ, КТГ чутливість даних показників досягає 93,9%, специфічність – 92,2%, діагностична точність – 93,5%.

Як специфічні критерії, що характеризують різні ланки патогенезу ПД, виділено п'ять показників – Л СD95+, ФНО α , ПАМГ, ЧЗП, ПЛФ, нами для системного оцінювання стану гомеостазу при ХПН розроблені три предикторних індекси (ПІ). Для оцінки ангіо- і васкулогенезу і пов'язаної з ними запальної відповіді запропонований коефіцієнт співвідношення ЧЗП/ФНО $\alpha \times 100$ (ПІ1). Значення ПІ1 для II триместра вагітності нижче 930 і для III триместра вагітності нижче 290 розцінюються як характерний початок формування ПД.

Інтегральний індекс, що характеризує стан материнської і плодової частин плаценти, представлений коефіцієнтом співвідношення ПАМГ/ЧЗП $\times 100$ (ПІ2). Значення ПІ2 для II триместра вагітності вище 4,3 і для III триместра вагітності вище 7,0 розцінюються як характерний початок формування ПД незалежно від ступеня вираженості змін у плодовій і материнській частинах плаценти. Маркером ступеня пошкодження трофобластичного епітелію, що індукує готовність імунотрофобластичних клітин до апоптозу, і ступеня компенсаторних процесів у трофобласті може слугувати чисельне значення співвідношення Л СD95+/ПЛФ $\times 100$ (ПІ3). ПІ3 розрахований для III триместра вагітності. Для фізіологічного перебігу вагітності характерне значення -14,2 < ПІ3 = 16,3; для СПД – 19,6 < ПІ3 = 58,8; для ДПД – ПІ3 > 58,8.

При вживанні ПІ для ранньої діагностики тяжких форм ПД з II триместра слід враховувати наступні їхні значення – ПІ1 < 310 і ПІ2 > 14,1. При ранній діагностиці

важких форм ПД у III триместрі слід враховувати наступні значення ПІ: ПІ1 < 90; ПІ2 > 27; ПІ3 > 19,6. Показники чутливості, специфічності, цінності позитивного і негативного результатів, діагностичної точності ранньої діагностики тяжких форм ПД за допомогою ПІ становили відповідно для:

- ПІ1: 91,6%, 89,9%, 88,7%, 86,9%, 87,6%;
- для ПІ2: 92,7%, 90,8%, 91,3%, 96,4%, 94,3%;
- для ПІ3: 89,4%, 87,9%, 86,5%, 87,3%, 88,1%.

Це свідчить про їхню високу прогностичну значущість.

Отже, застосування ПІ, що відображають стан основних біологічних систем, що беруть участь у формуванні ПД, дозволяє своєчасно діагностувати з II триместру вагітності не лише розвиток ПД, але й її важкі форми. При комплексному діагностичному підході (прогностична шкала чинників ризику декомпенсації ПД; лабораторне тестування; ПІ1, ПІ2) це дає можливість своєчасно почати превентивне лікування.

Отримані результати дозволили патогенетично обґрунтувати включення розроблених критеріїв ПД і ступеня її тяжкості (МЕД, МА, МД, ЧЗП), разом з ультразвуковою складовою, у програму діагностики даного ускладнення вагітності з метою підвищення її точності.

Результати ранньої діагностики ПД і оцінювання ступеня її тяжкості під час вагітності засновані на лабораторному і ультразвуковому тестуванні (модифікована шкала), у зіставленні з гістологічно верифікованим діагнозом встановили, що діагноз ПД правильно поставлений в 91% спостережень, неспівпадіння становило 9%. Аналіз збігу клінічних і гістологічних діагнозів за тяжких форм ПД показав підвищення точності діагностики під час використання модифікованої шкали на 39,5% порівняно з вживанням шкали, заснованої лише на УЗ-критеріях.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що розроблена на підставі оцінної діагностичної шкали (ультразвукове і лабораторне тестування) клінічний алгоритм ведення вагітних після допоміжних репродуктивних технологій підвищує точність діагностики плацентарної дисфункції на 26,1%, її важких форм – на 39,5%, сприяє вибору адекватної акушерської тактики, поліпшенню перинатальних результатів при тяжких формах плацентарної дисфункції на 60%. Отримані результати дозволяють рекомендувати методику ранньої діагностики тяжких форм плацентарної дисфункції в практичну охорону здоров'я.

Тактика ранней диагностики тяжелых форм плацентарной дисфункции после вспомогательных репродуктивных технологий Я.А. Рубан

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что разработанный на основе оценочной диагностической шкалы (ультразвуковое и лабораторное тестирование) клинический алгоритм ведения беременных после вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) повышает точность диагностики плацентарной дисфункции на 26,1%, ее тяжелых форм на 39,5%, способствует выбору адекватной акушер-

ської тактики, улучшению перинатальных результатов при тяжелых формах плацентарной дисфункции на 60%. Полученные результаты позволяют рекомендовать методику ранней диагностики тяжелых форм плацентарной дисфункции после ВРТ в практическое здравоохранение.

Ключевые слова: ранняя диагностика, плацентарная дисфункция, вспомогательные репродуктивные технологии.

Tactics of early diagnostics of heavy forms of placental dysfunction after auxiliary genesal technologies **Ya.A. Ruban**

Results of the spent researches testify that developed on the basis of an estimated diagnostic scale (ultrasonic and laboratory testing) the clinical algorithm of conducting pregnant women after auxiliary genesal technologies raises accuracy of diagnostics of placental dysfunction on 26,1%, its heavy forms on 39,5%, promotes a choice adequate obstetrical tactics, to improvement perinatal outcomes at heavy forms of placental dysfunction on 60%. The received results allow to recommend a technique of early diagnostics of heavy forms of placental dysfunction after auxiliary genesal technologies in practical public health services.

Key words: early diagnostics, placental dysfunction, auxiliary genesal technologies.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамченко В.В., Шабалов Н.П., 2015. Клінічна перинатологія : Петрозаводськ : 424.
2. Аржанова О.Н., Кошельова Н.Р., Ковальова Т.Р., 2012. Плацентарна недостатність: діагностика і лікування : СПб : 328.
3. Боташева Т.Л., Черноситов А.В., Орлов А.В., 2016. Прогнозування перебігу вагітності і результатів пологів за даними комплексного динамічного ультразвукового скринінгу. Методичні рекомендації : Ростов-на-Дону : 11.
4. Бурльов В.А., Зайдієва З.С., Тютюнник В.Л., 2016. Клініко-діагностичне значення визначення чинника зростання плаценти у вагітних // Проблеми репродукції : 5 : 1–6.
5. Гріщенко Ст.І., Щербина Н.А., 2010. Вдосконалення діагностики і терапії перинатальної патології // Акушерство і гінекологія : 10 : 3–6.

УДК 618.14-039-06:618.39-084

Невиношування вагітності у жінок з вродженими аномаліями розвитку матки: діагностика та профілактика

А.П. Садовий

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

Частота невиношування у І триместрі вагітності у жінок з аномаліями розвитку матки становить 8,0%, а головними причинами є: замерла вагітність (3,0%); передчасне відшарування хоріона (3,0%) та інтраамніальне інфікування (2,0%). У жінок з вродженими аномаліями розвитку матки рівень передчасних пологів досягає 24,0%, причому є дві основні причини – передчасний розрив плодових оболонок (10,0%) та неефективне лікування загрози переривання вагітності (10,0%), а в 4,0% випадків фіксується антенатальна загибель плода. Використання удосконаленого алгоритму дозволяє знизити частоту невиношування з 8,0% до 3,3%; передчасних пологів – з 24,0% до 13,3%, а також сумарну частоту перинатальної патології на 10,0%.

Ключові слова: невиношування, вроджені аномалії розвитку матки, діагностика, профілактика.

Проблема невиношування вагітності є однією з найбільш важливих у сучасному акушерстві у зв'язку з її постійно зростаючою частотою за відсутності суттєвого зниження перинатальних втрат [1–2]. Серед основних причин такої тенденції виділяють збільшення частоти генітальної і екстрагенітальної патології, початкових дистормональних порушень, хронічне інфікування тощо [3–4].

Особливу групу ризику щодо розвитку невиношування вагітності становлять жінки з вродженими аномаліями розвитку матки (ВАРМ) [6, 7]. Збільшення частоти виявлення ВАРМ, яке спостерігається останнім часом, пов'язують зі збільшенням хромосомної патології, використанням допоміжних репродуктивних технологій тощо.

Не дивлячись на значне число наукових публікацій з проблеми невиношування вагітності у жінок різних груп не можна вважати її повністю вирішеною, особливо у плані прогнозування, а також ефективності використовуваних лікувально-профілактичних заходів у жінок з ВАРМ.

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

Мета дослідження: зниження частоти невиношування у жінок з ВАРМ на підставі наукового обґрунтування та впровадження удосконаленого алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено двоетапне дослідження, внаслідок чого створено два інформаційні масиви. Перший інформаційний масив включав результати ретроспективного аналізу медичної документації когорти вагітних з аномаліями розвитку матки вертикального типу (100 історій пологів і розвитку новонароджених) для вивчення особливостей перебігу вагітності і перинатальних результатів, а також розроблення оптимальних технологій спостереження і розродження даних пацієнток – 1 (основна) ретроспективна група.

На другому етапі дослідження проводили диспансерне спостереження з ранніх термінів вагітності 30 жінок з аномаліями розвитку матки, які становили 2 (основну) проспективну групу, а також 30 пацієнток з нормальною анатомією внутрішніх статевих органів, які не мали обтяженого акушерського анамнезу, обстежених у ті самі терміни і за такими самими параметрах, які склали 3-ю (контрольну) групу.

Удосконалений алгоритм включав наступні моменти:

1. У I триместрі вагітності:
 - верифікація форми аномалії (найбільш оптимальні терміни для верифікації по УЗД – від 8 до 12 тиж);
 - виявлення супутніх сечовидільної системи (УЗД нирок);
 - дослідження гормонального фону;
 - обстеження інфекційного фону та створення умов для сприятливого розвитку плодового яйця (індивідуальний підбір гормональної терапії – гестагени та глюкокортикоїди, спазмолітики).
2. У II триместрі вагітності:
 - оцінювання ризику ПЦН та відповідна корекція (акушерський песарій);
 - індивідуальний підбір токолітичної терапії, доплерометричний контроль після 20 тиж вагітності; при наявності плацентарної дисфункції відповідна корекція дисметаболічних порушень.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, лабораторні, морфологічні та статистичні методи [5].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що всі жінки обстежених груп були від 18 до 43 років.

Середній вік у групах становив:

- у ретроспективній – 27,1±0,4;
- в основній проспективній – 27,2±1,0;
- у контрольній групі – 27,1±0,8.

За віком групи були зіставні ($p>0,05$): у ретроспективній групі – 91,0%, у проспективній групі – 86,7%, у контрольній групі – 90,0%. У жінок груп дослідження, за винятком контрольної, однакове число жінок «юного» і «літнього» дітородного віку.

У ході дослідження був вивчений характер соматичної патології у пацієнток ретроспективної, проспективної і контрольної груп.

За частотою і спектром супутньої екстрагенітальної патології групи були співзіставні ($p>0,05$), тобто значущих відмінностей не було, тоді як достовірні відмінності наголошувалися у всіх групах порівняно з контролем.

Також були проаналізовані основні дані акушерсько-гінекологічного анамнезу, статистично достовірних відмінностей між ретроспективною і проспективною групами не виявлено ($p<0,05$), тоді порівняно з контролем у всіх групах зазначали достовірні відмінності.

Гінекологічно здорових жінок у ретроспективній групі було статистично значуще ($p<0,01$) менше ніж у контрольній. Питома вага безплідності в анамнезі – у 5 разів вище ніж у контролі.

ПМФ відмічене в 21,0%, альгодисменорея – у 39,0% пацієнток, що вище ніж у групі контролю, проте відмінності не досягли статистичної значущості. Позаматкова вагітність у жінок з аномаліями розвитку матки зустрічалася достовірно частіше, ніж у пацієнток контролю, при цьому 50% склали пацієнтки з асиметричною аномалією внутрішніх статевих органів – одностороною маткою, атонічна вагітність локалізувалася у рудиментарному розі.

Важливо відзначити також статистично значущу відмінність питомої ваги гіперандрогенії у ретроспективній групі ($19,0\pm1,9\%$) порівняно з контролем ($6,7\pm0,6\%$), що є однією з причин підвищення питомої ваги ПЦН у жінок з аномаліями розвитку матки.

Доведено частоту запальних захворювань внутрішніх статевих органів серед жінок ретроспективної групи ($12,0\pm1,2\%$) порівняно з групою контролю ($3,3\pm0,3\%$).

За даними ретроспективного дослідження зі 100 жінок цієї групи обтяжений акушерський анамнез (ОАА) був у 73 пацієнток ($73,0\pm7,6\%$), у групі контролю – лише у 13,3±6,2% жінок ($p<0,01$). У середньому на одну жінку доводилося по 1,5 вагітностей (проти 0,6 у контролі).

Статистично значуще вище у порівнянні з контрольною групою ($p<0,01$) була питома вага передчасних пологів в анамнезі ($6,7\pm0,6\%$ жінок), мимовільних викиднів ($39,0\pm3,9\%$ жінок), звичного невиношування ($17,0\pm1,7\%$ жінок). У $6,0\pm0,6\%$ жінок ретроспективної групи в анамнезі були перинатальні втрати; у $31,0\pm3,0\%$ пацієнток діагностували безплідність.

Результати проведених досліджень свідчать, що частота невиношування у I триместрі вагітності у жінок з аномаліями розвитку матки становить 8,0%, а провідними причинами є: завмерла вагітність (3,0%); передчасне відшарування хоріона (3,0%) та інтраамніальне інфікування (2,0%).

У жінок з вродженими аномаліями розвитку матки рівень передчасних пологів досягає 24,0%, причому є дві основні причини – передчасний розрив плодових оболонок (10,0%) та неефективне лікування загрози переривання вагітності (10,0%), а в 4,0% має місце антенатальна загибель плода.

Сумарна частота репродуктивних втрат (невиношування та передчасні пологи) залежать від форми вроджених аномалій розвитку матки: при внутрішній перегородці матки – 36,0%; при двурогій матці – 32,1%; при седлоподібній матці – 21,7%; при поєднанні матки – 16,7% та при односторогій матці – 13,3%.

Характерною особливістю формування хоріону у пацієнток з аномаліями розвитку матки була його підвищена здібність до міграції, причому в 13,3% випадків плодове яйце локалізувалося у нижній третині порожнини матки, в 13,3% спостерігали передлежання хоріону, в 16,7% хоріон доходить до внутрішнього зіву. Мігруючи в

подальшому, хоріон змінює переважну локалізацію, розташовуючись спочатку переважно на дні, потім по задній або по передній стінці, із зростанням терміну гестації поширюється на дні, частково по передній або по задній і по боковій стінці.

Використання удосконаленого алгоритму дозволяє знизити частоту невиношування з 8,0% до 3,3%; передчасних пологів – з 24,0% до 13,3%, а також сумарну частоту перинатальної патології на 10,0%.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про високу частоту невиношування вагітності у жінок з вродженими аномаліями розвитку матки. Проведений ретроспективний аналіз дозволив науково обґрунтувати необхідність удосконалення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів. Впровадження удосконаленого алгоритму дозволило суттєво знизити частоту невиношування вагітності у І триместрі, а також передчасних пологів, що дозволило покращити перинатальні наслідки.

Невынашивание беременности у женщин с врожденными аномалиями развития матки: диагностика и профилактика А.П. Садовой

Частота невынашивания в I триместре беременности у женщин с аномалиями развития матки составили 8,0%, основными причинами были: замершая беременность (3,0%); преждевременная отслойка хориона (3,0%) и интраамниальное инфицирование (2,0%). У женщин с врожденными аномалиями развития матки уровень преждевременных родов достигает 24,0%, причем основными являются две причины – преждевременный разрыв плодных оболочек (10,0%) и неэффективное лечение угрозы прерывания беременности (10,0%), у 4,0% зафиксирована антенатальная гибель плода. Использование усовершенствованного алгоритма позволяет снизить частоту невынашивания с 8,0% до 3,3%; преждевременных родов – с 24,0% до 13,3%, а также суммарную частоту перинатальной патологии на 10,0%.

Ключевые слова: невынашивание, врожденные аномалии развития матки, диагностика, профилактика.

Not incubation of pregnancy at women with congenital anomalies of development of uterus diagnostic and prophylaxis A.P. Sadovoy

Not incubation frequency in 1 trimester of pregnancy at women with anomalies of development of uterus made 8,0%, and the main reasons were: the stood pregnancy (3,0%); premature amotio of chorion (3,0%) and intraamniale becoming infected (2,0%). At women with congenital anomalies of development of uterus level of premature births reaches 24,0%, and the main are two reasons – premature rupture of fetal covers (10,0%) and noneffective treatment of threat of an abortion (10,0%), and at 4,0% the antenatale death of fetus takes place. Use of the algorithm improved by us allows to reduce not incubation frequency from 8,0% to 3,3%; premature births – from 24,0% to 13,3%, and also the cooperative frequency of perinatal pathology for 10,0%.

Keywords: not incubation, congenital anomalies of development of a uterus, diagnostic, prophylaxis.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамьян Л.И., 2014. Оперативная гинекология детей и подростков. М.: Элком : 208.
2. Богданова Е.А., 2010. Гинекология детей и подростков. М.: Медицинское информационное агентство : 332.
3. Коколина В.Ф., 2015. Гинекология детского возраста. М.: Медпрактика : 267 с.
4. Мартыш Н.С., 2015. Клинико-эхографические особенности аномалий развития матки и влагалища // Sono Ace International : 6 : 60–71.
5. Милованов А.П., 2009. Патология системы мать–плацента–плод. М.: Медицина : 447с.
6. Сазонова М.О., 2015. Перинатальні наслідки плацентарної дисфункції у жінок з аномаліями розвитку матки // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика: 24: 6 : 165–169.
7. Сазонова М.О., 2016. Профілактика перинатальної патології у жінок з аномаліями розвитку матки // Здоровье женщины : 5 : 87–91.

Профілактика плацентарної дисфункції у вагітних з передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти в анамнезі (Огляд літератури)

О.О. Корчинська, О.Ю. Чонко

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

У статті наведений огляд літератури, який демонструє профілактику плацентарної дисфункції у вагітних із передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти в анамнезі. Профілактика перинатальної патології та збереження здоров'я вагітної є однією з найактуальніших проблем сучасної медицини. Незважаючи на чисельні наукові розробки над вирішенням даної проблеми, часто порушень у системі мати–плацента–плід становить 60–70%.

В останні роки в літературі зустрічаються наукові твердження щодо ролі сполучнотканинних дисплазій з порушенням процесу плацентації, одним із проявів якого є передчасне відшарування хоріону та плацентарної тканини. Тому на сьогодні актуальним залишається не тільки питання пошуку чутливих тестів для контролю за ефективністю лікування ретрохоріальних гематом та передчасного відшарування плаценти, але й розробка та впровадження лікувально-профілактичних програм.

Мета дослідження: проаналізувати ефективність проведеної профілактики плацентарної дисфункції в жінок із передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти в анамнезі згідно з лабораторними, інструментальними, імуногістохімічними та гістологічними показниками.

Матеріали та методи. В основну групу увійшли 70 вагітних: ІА (n=35) – вагітні з проявами плацентарної дисфункції без специфічної профілактики плацентарної дисфункції, ІВ (n=35) – вагітні зі специфічною профілактикою плацентарної дисфункції. У контрольну групу увійшли 30 здорових вагітних з фізіологічним перебігом вагітності.

Результати. Наведені результати ефективності проведеної профілактики плацентарної дисфункції у жінок групи ризику, які оцінені завдяки клінічним, лабораторним, інструментальним, імуногістохімічним та гістологічним методами досліджень. **Заключення.** Запропонована методика профілактики порушень плацентарного комплексу дозволяє досягти кращих результатів щодо більшості показників, а стосовно окремих процесів у плаценті дозволяє довести їх до рівня фізіологічної вагітності.

Ключові слова: вагітність, недиференційована дисплазія сполучної тканини, відшарування плаценти, вітаміни та поліненасичені жирні кислоти.

Профілактика перинатальної патології та збереження здоров'я вагітної є однією з найактуальніших проблем сучасної медицини. Зважаючи, що за останнє десятиріччя в Україні значно погіршилася демографічна ситуація і при цьому зберігаються високі показники перинатальних ускладнень, надзвичайно актуальним для практичного акушерства є вивчення різноманітних чинників ризику порушень стану матері і плода [4].

Серед них вагоме місце належить плацентарній дисфункції (ПД), яка супроводжує значну частку ускладнень вагітності: у пацієток з прееклампсією, її зазначають у 66,3% вагітних [1], з невиношуванням інфекційного генезу – у 50–60%, із синдромом затримки розвитку плода – у 63–68% [6]. Незважаючи на чисельні наукові розробки над вирішенням даної проблеми, частота порушень у системі мати–плацента–плід становить 60–70% [5].

ПД може розвиватися під впливом різних причин. Порушення формування і функції плаценти можуть бути зумовлені захворюваннями серцево-судинної системи вагітної (вади серця, недостатність кровообігу, артеріальна гіпер- та гіпотензія), патологією нирок, печінки, легень, крові, хронічною інфекцією, захворюваннями нейроендокринної системи (цукровий діабет, гіпо- і гіперфункція щитоподібної залози, патологія гіпоталамуса і наднирників) та іншими патологічними станами. ПД при анемії зумовлена зниженням рівня заліза як у материнській крові, так і у самій плаценті, що призводить до пригнічення активності дихальних ферментів і транспортування заліза до плода [3].

За останній час помітно розширилися уявлення про етіологію та патогенез розвитку гестаційних ускладнень у вагітних, однак жодна з теорій не дає повного пояснення всіх причин їхнього виникнення. Особливої уваги заслужила теорія системної дисплазії сполучної тканини як окремого прояву поліорганної недостатності сполучної тканини на рівні репродуктивної системи [8]. Вагітність і пологи у жінок з дефіцитом сполучної тканини поєднані з високим ризиком ускладнень як з боку матері, так і з боку плода [6].

Для досягнення успіху гестаційного процесу у таких пацієток найбільш ефективним та безпечним є мультидисциплінарний підхід з ретельним динамічним спостереженням та проведенням комплексу профілактичних заходів з обов'язковою есенціальною мікронутрієнтною, антиоксидантною та антиагрегантною корекцією, що не тільки покращує колагеноутворення, метаболічний та енергетичний потенціал гомеостазу, але і нормалізує коагуляційні та мікроциркуляторні порушення. В останні роки у літературі зустрічаються наукові твердження щодо ролі сполучнотканинних дисплазій з порушенням процесу плацентації, одним із проявів якого є передчасне відшарування плаценти. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, незважаючи на відносно низьку частоту (за різними даними, від 0,8% до 2%), порівняно з іншими ускладненнями вагітності, залишається актуальною проблемою сучасного практичного акушерства.

Серед основних факторів ризику даного гестаційного ускладнення розглядають підвищену проникність та ламкість судин, що спостерігаються при пізніх гестазах, захворюваннях печінки, нирок, цукровому діабеті, артеріальній гіпертензії, гострих та хронічних інфекціях [9]. Відомим залишається твердження, що порушення матково-плацентарно-плодової гемодинаміки у ранні терміни вагітності зу-

мовлює розвиток первинної плацентарної недостатності і, як наслідок, сприяє генезу різних ускладнень вагітності [10]. І саме первинний дефект плацентації призводить до порушення серцево-судинної адаптації та зниженню перфузії плаценти. Питанням вивчення діагностики та лікування гестаційних ускладнень, зокрема розвитку плацентарної недостатності на тлі локального передчасного відшарування плаценти у жінок високого перинатального ризику, присвячено чимало робіт [11]. Однак отримані результати наукових пошуків загалом дають можливість лише констатувати факт відшарування плаценти та визначити обсяг ураження, а причину, що сприяла виникненню цієї патології, встановити не завжди представляється можливим.

Тому на сьогодні актуальним залишається не тільки питання пошуку чутливих тестів для контролю за ефективністю лікування ретрохоріальних гематом та локальних форм передчасного відшарування плаценти, але і розробка та впровадження лікувально-профілактичних програм.

Мета дослідження: проаналізувати ефективність проведеної профілактики плацентарної дисфункції в жінок із передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти в анамнезі згідно з лабораторними, інструментальними, імуногістохімічними та гістологічними показниками.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для проведення поставлених завдань жінки були розподілені на дві групи:

- основна група – 70 вагітних:
 - ІА (n=35) – вагітні з проявами плацентарної дисфункції без специфічної профілактики плацентарної дисфункції,
 - ІВ (n=35) – вагітні зі специфічною профілактикою плацентарної дисфункції;
- контрольна група – 30 здорових вагітних.

Клінічно-лабораторне дослідження проводили відповідно до Наказу МОЗ України.

Для оцінювання ефективності профілактики плацентарної дисфункції проведено дослідження визначення рівня гормонів: естрадіолу, прогестерону, плацентарного лактогену, кортизолу в сироватці крові вагітних. Показники ендокринної функції визначали методом твердофазового імуноферментного аналізу з використанням тест-систем, що ґрунтуються на дії моноклональних антитіл (ДИАМЕБ, Україна). Білоксинтезувальну функцію вивчали методом твердофазового імуноферментного аналізу з використанням тест-систем, оснований на дії моноклональних антитіл. Дослідження концентрації специфічних трофобластичного β 1-глікопротеїну (ТБГ) та плацентарного α 1-мікроглобуліну (ПАМГ) білків у сироватці крові у вагітних основної та контрольної груп [12].

Ультразвукове дослідження (УЗД) проводили з використанням УЗД-апарату «АЛОКА-1400» із застосуванням датчика з частотами 5,0 та 7,5 МГц. Обстеження виконували в термінах 20–24 тиж, 28–32 тиж та 36–38 тиж гестації, яке включало фетометрію, оцінку стану плода, виявлення маркерів хромосомних аномалій і внутрішньоутробного інфікування плода, плацентографію, оцінку якості навколоплідних вод, доплерометрію.

Макроскопічну характеристику плаценти здійснювали описовим методом, згідно з органомеричними параметрами, які є найбільш інформативними для оцінки плацентарної недостатності. Для гістологічного та гістохімічного дослідження плацентарну тканину забарвлювали за методикою Н.З. Слінченка. Проводили імуногістохімічні методики на плацентарний лактоген та ТБГ.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час аналізу було встановлено, що середній вік жінок у двох досліджуваних групах статистично не відрізнявся та становив у контрольній групі $27,23 \pm 0,76$ року, в основній – $27,12 \pm 0,44$ року. Слід відзначити, що половина осіб у двох групах були віком 25–30 років, практично однакову частку становили жінки віком до 25 та понад 30 років.

Переважна більшість пацієнток у досліджуваних групах перебувала у зареєстрованому шлюбі – 55 осіб ($91,33 \pm 4,55\%$) у контрольній, 45 ($88,33 \pm 2,84\%$) – в основній. Незареєстрований шлюб мали 2 ($3,33 \pm 4,55\%$) вагітні контрольної групи та 4 ($6,66 \pm 2,40\%$) пацієнтки основної.

Під час вивчення інфекцій, які передаються статевим шляхом, у контрольній групі не було виявлено жодного випадку проти основної групи. Практично у кожній четвертій вагітній з передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти в анамнезі був уреоплазмоз – 34 пацієнтки ($28,33 \pm 4,11\%$), у 19 ($15,83 \pm 3,33\%$) – гарднереллез. З однаковою частотою у цих групах констатовано хламідіоз та трихомоніаз – по 10 випадків ($8,33 \pm 2,52\%$). Половина вагітних основної групи ($51,67 \pm 4,56\%$) були інфіковані грибами роду *Candida*, а в контрольній групі була тільки третина таких жінок ($33,33 \pm 8,81\%$).

У разі виявлення плацентарної дисфункції у вагітних із передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти в анамнезі, до комплексу лікувальних-профілактичних заходів слід призначати препарати, які поліпшують МПК і ФПК, дають змогу пролонгувати вагітність, оптимізувати гомеостаз, інтенсифікувати газообмін, коригувати реологічні та коагуляційні властивості крові, усунути гіповолемію та гіпопротеїнемію, нормалізувати судинний тонус та скоротливу активність матки, посилити антиоксидантний захист, нормалізувати метаболічні та обмінні процеси, підготувати вагітну до розродження в оптимальні терміни [14].

Метаболічна терапія ПД в амбулаторних умовах включає застосування актовегіну. Амбулаторно його можна призначати для профілактики ПД вже у І триместрі вагітності по 1 таблетці (200 мг) 2–3 рази на день протягом 3 тиж і далі у групах ризику розвитку ПД. Основою фармакологічної дії актовегіну є його вплив на процеси внутрішньоклітинного метаболізму, поліпшення транспортування глюкози і поглинання кисню в тканинах. Доведено нейропротекторний ефект актовегіну щодо головного мозку плода, який знаходиться в умовах гіпоксії. Цей лікарський засіб має анаболічну дію. Аналогічні схеми рекомендують для лікування гіпотрофії плода І–ІІ ступенів.

При порушенні кровообігу у мозкових артеріях плода призначають 80–160 мг (2–4 мл) актовегіну + 2 мл інстенону на 200 мл 57%глюкози протягом 5–10 днів під контролем доплерометрії з наступним переходом на амбулаторне вживання таблеток. Приймання актовегіну при вагітності із соматичною патологією (гіпер-

тонічна хвороба, цукровий діабет), а також при акушерських ускладненнях (загроза переривання вагітності, пізній гестоз) дає змогу поліпшити стан матері та внутрішньоутробний розвиток плода. А це знижує частоту дострокового розродження [13].

Після 22–23 тиж вагітності з метою профілактики ПД у комплексному лікуванні вагітних із ПД використовували препарат цитофлавін та озонований 0,9% розчин NaCl. Препарат цитофлавін застосовували зважаючи на низку обґрунтованих клінічно-лабораторних та морфологічних ланок патогенезу ураження фетоплацентарного комплексу (ФПК). До складу діючої речовини 1 мл цитофлавіну входить 100 мг бурштинової кислоти, 10 мг нікотинамиду, 20 мг рибоксину, 2 мг рибофлавіну мононуклеотиду (рибофлавіну).

Фармакологічний ефект зумовлений комплексним впливом антигіпоксичних речовин, які входять до складу компонентів препарату цитофлавін. Препарат стимулює дихання й енергоутворення в клітинах, поліпшує процеси утилізації кисню тканинами, відновлює активність ферментів антиоксидантного захисту [10]. Цитофлавін активує внутрішньоклітинний синтез білка, сприяє утилізації глюкози, жирних кислот і ресинтезу в нейронах гамааіномасляної кислоти (ГАМК). Стимулює синтез АТФ, підсилює проліферацію пошкоджених клітин, ангиогенез, створює сприятливі умови для синтезу колагену і росту грануляційної тканини, покращує обмін у тканинах, підтримує і відновлює енергетичний метаболізм та окисне фосфорилування, забезпечує високоенергетичними фосфатами клітини, які знаходяться в умовах дефіциту живлення. Цитофлавін призначали жінкам основної групи по 10 мг (1 мл) у 200 мл 0,9% ізотонічного розчину натрію хлориду або 5% розчині глюкози 1 раз на добу через день [11].

Поєднання медичного озону на тлі комплексної терапії покращує матково-плацентарний та плодово-плацентарний кровообіг за рахунок нормалізації судинної резистентності в маткових, спіральних та плацентарних артеріях. Механізмом дії озонованого фізіологічного розчину є активація біоенергетичних процесів на клітинному рівні, покращання мембранного стану формених елементів крові і зниження їхньої агрегаційної здатності, позитивний вплив на гемореологію і периферійну гемодинаміку, що призводить до нормалізації мікроциркуляції, покращення віддачі кисню тканинам. Під впливом озону відбувається активний ріст тонкостінних судин з розширенням та збільшенням їхньої довжини [12]. Останній сприятливо впливає на функцію органів (міометрій, плацента), які перебувають у стані гіпоксії. Застосування медичного озону позитивно впливає на перебіг вагітності та плацентарний комплекс.

Для поліпшення матково-плодово-плацентарного кровообігу ефективно застосувати пентоксифілін (трентал). Препарат має судинорозширювальну дію, знижує периферичний судинний опір, посилює колатеральний кровообіг і капілярний кровотік, зменшує в'язкість крові та поліпшує її реологічний стан.

Невід'ємною частиною комплексу терапевтичних заходів є використання лікарських засобів, направлених на поліпшення метаболічних і біоенергетичних процесів, гемодинаміки, газообміну та інших функцій плаценти (вітамін В₆, кокарбоксілаза, фолієва кислота). Використовують препарат Фоліо – поєднання фолієвої кислоти та йоду, застосовують 1 раз на день під час їди.

Зниженню тонусу і резистентності судинної стінки сприяє вживання Магне В6. Іони Mg зменшують збудливість нейронів і сповільнюють нервово-м'язову передачу, а також беруть участь у різних метаболічних процесах разом із піридоксином. Магне В6 призначають по 2 таблетки 2–3 рази на день.

Важливе значення в терапії плацентарної дисфункції має нормалізація антиоксидантного захисту (вітамін Е, С). У комплексному лікуванні ПД доцільно використовувати гепатопротектори (ессенціале), враховуючи важливу детоксикаційну функцію печінки. Ессенціале поліпшує перебіг ферментних реакцій, функцію печінки, мікроциркуляцію. Під його впливом у плаценті нормалізуються процеси ліпідного обміну, біосинтез циклічних нуклеотидів, білків та інших речовин [3].

Ефективність проведеної нами профілактики ПД оцінювали за показниками наших досліджень у жінок ІА та ІВ підгрупи основної групи. Слід відзначити, що у жінок ІВ підгрупи (з проведеною специфічною профілактикою дисфункції плаценти) лабораторні, інструментальні, імуногістохімічні та гістологічні дані позитивно відрізнялися від показників ІА підгрупи.

При гормональному дослідженні рівень естрадіолу, прогестерону, плацентарного лактогену при проявах ПД був значно нижчим, ніж при фізіологічній вагітності (контрольна група), але запропонована нами методика профілактики дозволила вірогідно підвищити показники ($p < 0,05$). Рівень зазначених гормонів порівняно зі стандартною методикою профілактики (ІА підгрупа) підвищувався.

Зокрема, рівень естрадіолу у жінок ІВ підгрупи був вищим при запропонованій методиці профілактики $44,7 \pm 1,14$ нмоль/л порівняно з жінками ІА групи $41,4 \pm 1,12$ нмоль/л, рівень прогестерону у жінок ІВ підгрупи становив $579,1 \pm 4,86$ нмоль/л проти $538,6 \pm 4,14$ нмоль/л, рівень плацентарного лактогену становив у підгрупі ІВ $277,0 \pm 4,11$ нмоль/л проти $258,4 \pm 4,02$ нмоль/л. Водночас рівень кортизолу у разі профілактики плацентарної дисфункції, на відміну від інших гормонів, особливо не відрізнявся ($p > 0,05$).

Оцінюючи показники білопродукувальної функції плаценти встановлено, що рівень ТБГ при застосуванні запропонованої методики профілактики був вищим (ІВ) $10,30 \pm 0,080$ нг/мл, ніж при стандартній методиці профілактики $9,52 \pm 0,075$ нг/мл (ІА). При цьому запропонована методика профілактики дозволила досягти рівень ТБГ майже до цифр контрольної групи $10,34 \pm 0,074$ нг/мл. Інші закономірності були відзначені за ПАМГ. Зокрема, запропонована методика профілактики дозволила більш суттєво знизити рівень ПАМГ, а саме: для групи ІВ – $62,11 \pm 0,27$ нг/мл порівняно з жінками підгрупи ІА – $80,1 \pm 0,52$ нг/мл.

Слід відзначити, що жоден із застосованих методів профілактики не дозволив досягти стану фізіологічної вагітності $35,6 \pm 0,12$ нг/мл (контрольна група). При імуногістохімічному дослідженні встановлено, що концентрація плацентарного лактогену в трофобласті хоріональних ворсин у підгрупі ІВ дещо покращила показники даного гормону $0,295 \pm 0,0127$ у.о.опт.густ. порівняно зі стандартною методикою профілактики (група ІА) $0,241 \pm 0,0154$ у.о.опт.густ. При визначенні плацентарного лактогену в інвазивному трофобласті матково-плацентарної ділянки відзначені позитивні результати у групі ІВ ($0,298 \pm 0,0123$ у.о. опт.густ.) порівня-

но з групою ІА ($0,221 \pm 0,0125$ у.о.опт.густ.). Позитивний результат відзначений у підгрупі ІВ при дослідженні ТБГ у трофобласті хоріальних ворсинок ($0,325 \pm 0,0126$ у.о.опт.густ.). Проте концентрація ТБГ порівняно з жінками, які отримували стандартну схему профілактики ПД (ІА), становила ($0,279 \pm 0,0134$ у.о.опт.густ.).

Морфологічні зміни в плацентах дали змогу обґрунтувати окремі ланки патогенезу більш високої ефективності запропонованого методу профілактики порівняно зі стандартним методом. Зокрема, це стосується інвазивних функцій цитотрофобласта матково-плацентарної ділянки. Так, у відношенні до показника «середня кількість цитотрофобластичних клітин» запропонований метод профілактики порівняно зі стандартним виявився більш ефективним. Показник «середня кількість цитотрофобластичних клітин» нормалізувався і значно перевищував величину показника у групі зі стандартною профілактикою ПД $28,4 \pm 0,94$ (ІВ підгрупа) проти $16,2 \pm 0,64$ (ІА підгрупа).

Визначаючи оптичну щільність специфічного імуногістохімічного дослідження протеїну ВАХ у цитоплазмі цитотрофобластичних клітин матково-плацентарної ділянки, встановлено, що даний показник знижувався у підгрупі ІВ $0,332 \pm 0,0034$ порівняно з підгрупою ІА $0,423 \pm 0,0061$.

Застосування цитофлавіну у комплексному поєднанні з озонованим фізіологічним розчином зменшує інтенсивність ВАХ-залежного апоптозу інвазивного цитотрофобласта матково-плацентарної ділянки до фізіологічного рівня $0,329 \pm 0,0086$, що дає змогу зберегти необхідну кількість клітин цитотрофобласта для здійснення його інвазивних функцій. Оцінюючи частоту ПД, відзначено, що в підгрупі ІВ значно менше траплялися акушерські ускладнення порівняно з жінками, яким застосовували традиційну методику профілактики дисфункції плаценти (ІА). Так, частота гіпотрофії плода та показник СЗРП І ступеня (симетрична форма) траплялися менше на 7,1% у групі ІВ, гіоплазія плаценти рідше спостерігалася в жінок підгрупи ІВ на 1,4%. Помірне багатоводдя значно менше (на 15,7%) було відзначено у підгрупі ІВ.

Найбільш доказові зміни при КТГ-дослідженні відзначено для наступних показників: базальна частота серцевих скорочень (БЧЧ), кількість, амплітуда та тривалість акселерації і децелерації. Відзначено, що в жінок, які отримували специфічну профілактику ПД, значно кращі результати були зареєстровані КТГ-дослідження порівняно з жінками, які отримували традиційну профілактику дисфункції плаценти. Так, БЧСС на 9,8% перевищувала показники у підгрупі ІВ порівняно з показниками жінок ІА підгрупи. Відзначено, що кількість, амплітуда та тривалість акселерацій значно більше спостерігалися у жінок ІВ підгрупи, що характеризувало позитивний внутрішньоутробний стан плода. Кількість акселерацій у групі ІВ перевищувала показники на 41,9%, амплітуда акселерацій ІВ підгрупі перевищувала показники на 18%, триваліші акселерації були зареєстровані у жінок із проведеною специфічною профілактикою дисфункції плаценти – у підгрупі ІВ – на 31,8%. Встановлено, що кількість, амплітуда та тривалість децелерацій значно підвищувалися в жінок із традиційною методикою профілактики ПД (ІА), що свідчило про негативний внутрішньоутробний стан плода.

ВИСНОВКИ

Оцінюючи позитивні результати з боку гормональної, білокпродукувальної системи, даних інструментального, морфологічного та імуногістохімічного дослідження у вагітних із застосуванням запропонованої нами профілактики плацентарної дисфункції (ІВ підгрупі) можна дійти висновку, що традиційні методи профілактики плацентарної дисфункції не спроможні суттєво вплинути на порушення та покращення показників до фізіологічного рівня. Водночас запропонована власна методика дозволяє досягти кращих результатів щодо більшості показників, а стосовно окремих процесів у плаценті дозволяє довести їх до рівня фізіологічної вагітності.

Профилактика плацентарной дисфункции у беременных с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты в анамнезе (Обзор литературы) О.А. Корчинская, О.Ю. Чонко

В статье приведен обзор литературы, который демонстрирует профилактику плацентарной дисфункции у беременных с преждевременным отслоением нормально расположенной плаценты в анамнезе. Профилактика перинатальной патологии и сохранения здоровья беременной является одной из самых актуальных проблем современной медицины. Несмотря на многочисленные научные разработки и попытки решения данной проблемы, частота нарушений в системе мать–плацента–плод достигает 60–70%.

В последние годы в литературе встречаются научные утверждения о роли соединительнотканых дисплазий с нарушенным процессом плацентации, одним из проявлений которого является преждевременная отслойка хориона и плацентарной ткани. Поэтому сегодня актуальным остается не только вопрос поиска чувствительных тестов для контроля за эффективностью лечения ретрохориальных гематом и преждевременной отслойки плаценты, но и разработка и внедрение лечебно-профилактических программ.

Цель исследования: проанализировать эффективность проведенной профилактики плацентарной дисфункции у женщин с преждевременным отслоением нормально расположенной плаценты в анамнезе согласно лабораторным, инструментальными, иммуногистохимическими и гистологическими показателями.

Материалы методы. В основную группу исследования вошли 70 беременных, ІА (n=35) – беременные с проявлениями плацентарной дисфункции без специфической профилактики плацентарной дисфункции, ІВ (n=35) – беременные со специфической профилактикой плацентарной дисфункции. В контрольную группу вошли 30 здоровых беременных с физиологическим течением беременности.

Результаты. Приведенные результаты эффективности проводимой профилактики плацентарной дисфункции у женщин группы риска, оценены благодаря клиническим, лабораторным, инструментальным, иммуногистохимическим и гистологическим методами исследований.

Заключение. Предложенная методика профилактики нарушений плацентарного комплекса позволяет достичь лучших результатов по большинству показателей, а в отношении отдельных процессов в плаценте позволяет довести их до уровня физиологической беременности.

Ключевые слова: беременность, недифференцированная дисплазия соединительной ткани, отслойка плаценты, витамины и полиненасыщенные жирные кислоты.

**Prevention of placental dysfunction in pregnancy
with prevalent distribution of normally located placenta in anamnesis
(Review of literature)
O.O. Korchynska, O.U. Chonko**

The article gives an overview of the literature, which demonstrates the prevention of placental dysfunction in pregnant women with premature detachment of a normally located placenta in history. Prevention of perinatal pathology and preservation of pregnant health is one of the most pressing problems of modern medicine. Despite numerous scientific developments on the solution of this problem, the frequency of violations in the mother-placenta-fetus reaches 60–70%.

In recent years, there are scientific assertions in the literature on the role of connective tissue dysplasia with impaired placental process, one of the manifestations of which is the premature detachment of chorion and placental tissue. Therefore, today not only the issue of finding sensitive tests to control the effectiveness of treatment of retrochoric hematoma and premature placental ablation, but also the development and implementation of therapeutic and prophylactic programs remains relevant.

The objective: to analyze the effectiveness of the preventive maintenance of placental dysfunction in women with premature detachment of a normally located placenta in the history according to laboratory, instrumental, immunohistochemical and histological parameters.

Materials and methods. The main group formed 70 pregnant women, IA (n=35) – pregnant with manifestations of placental dysfunction without specific prophylaxis of placental dysfunction, IB (n=35) – pregnant women with specific prophylaxis of placental dysfunction. Control group – 30 healthy pregnant women with a physiological course of pregnancy.

Results. The results of the effectiveness of the prevention of placental dysfunction in women at risk are estimated, due to clinical, laboratory, instrumental, immunohistochemical and histological research methods.

Conclusion. The proposed method of preventing violations of the placental complex allows obtaining better results for most of the indicators, and in relation to individual processes in the placenta allows them to reach the level of physiological pregnancy.

Key words: pregnancy, undifferentiated connective tissue dysplasia, placental ablation, vitamins and polyunsaturated fatty acids.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Бесєдін В.М. Стан гормональної функції плаценти у немолодих першородячих, можливості комплексної терапії фетоплацентарної недостатності / В.М. Бесєдін, М.В. Дорошенко-Кравчик // Вісн. наук. досліджень. – 2006. – № 2 (35). – С. 227–229.
- Громова О.А. Применения витаминов у беременных в разных странах/ О.А. Громова, И.Ю. Торшин, Н.В. Авдеева. – С. 156–158.
- Жук С.І. Плацентарна дисфункція та натуропатичні методи її лікування / С.І. Жук, Н.О. Данкович, Е.Ш. Абляева // Здоровье женщины. – 2012. – № 2. – С. 96–99.
- Зарубина Е.Н. Современный подход к лечению хронической фетоплацентарной недостаточности / Е.Н. Зарубина, О.А. Бермишева, А.А. Смирнова // Вестник Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. – 2000. – № 4. – С. 61–64.
- Каліновська І.В. Дослідження рівня плацентарного α 1-мікроглобуліну в материнській сироватці крові при плацентарній формі фетоплацентарної недостатності у різні терміни вагітності / І.В. Каліновська // Одес. мед. ж. – 2008. – № 2. – С. 53–55.

- Киришченков П.А. Патогенетическое обоснование тактики ведения отслойки хориона и плаценты на ранних сроках беременности П.А. Киришченков, Д.М. Белоусов, О.С. Александрова // Гинекология. – 2010. – Т. 12, № 1. – С. 12–15.
- Липатов И.С. Прогнозирование и диагностика плацентарной недостаточности на основе маркеров эндотелиальной дисфункции апоптоза и клеточной пролиферации / И.С. Липатов, Ю.В. Тезиков // Саратов. на уч.мед. журн. – 2011. – Т. 7, № 1. – С. 52–59.
- Рец Ю.В. Гормонально-гистометрические корреляции при хронической плацентарной недостаточности / Ю.В. Рец // Вопр. гинекол., акуш. и перинатол. – 2008. – Т. 7, № 1. – С. 12–15.
- Спиричев // Вопросы перинатологии, акушерства и гинекологии. – 2011. – № 11. – С. 12–15.
- Филиппов О.С. Прогностическая значимость различных методов диагностики фетоплацентарной недостаточности / О.С. Филиппов, А.А. Казанцева // Пробл. репродукции. – 2007. – № 3. – С. 60–63.
- Чепка Ю.Л. Прогнозування фетоплацентарної недостатності на основі статистичного багатомірного комп'ютерного аналізу / Ю.Л. Чепка // Укр. мед. часопис. – 2009. – № 1 (33). – С. 105–108.
- ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Premature rupture of membranes. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists // Obstet. Gynecol. – 2007.н Vol.109. P. 1000–1153.
- Persicov A.V., Brodsky B. Unstable molecules form stable tissues // Proc. Natl. Acad. Sci. – 2002. – Vol. 99 (3). – P. 1101–1103.
- Serhan C.N. Resolving inflammation: dual anti-inflammatory and proresolution lipid mediators / C.N. Serhan, N. Chiang, T.E. Van Dyke// Nat Rev Immunol. – 2008. – № 8 (5). – P. 349–361.

Вплив першого медичного аборт на виношування вагітності

О.О. Білоконь

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

Результати проведених досліджень свідчать про суттєву різницю особливостей перебігу вагітності і пологів у жінок з медичним аборт в анамнезі і без обтяженого анамнезу. Можна стверджувати, що низка ускладнень, що розвинулися під час вагітності у жінок основної групи, пов'язані з раніше перенесеним медичним аборт (загроза переривання вагітності, аномалії пологової діяльності, щільне прикріплення плаценти, внутрішньоутробне інфікування плода). Отримані результати свідчать про необхідність удосконалення алгоритму ведення вагітності і пологів у жінок з першим медичним аборт в анамнезі.

Ключові слова: медичний аборт, пологи, новонароджені, ускладнення.

За даними сучасної літератури, у жінок, що перенесли медичний аборт, число ускладнень подальшої вагітності збільшується у 7–8 разів, а число ускладнень пологів – у 10–12 разів вище ніж у пацієнток без абортів в анамнезі [1, 3]. При цьому найбільше число ускладнень – це загроза переривання вагітності (49,1%), прееклампсія (42,0%), аномалії пологової діяльності (22,5%), травми м'яких плодових шляхів (20,5%) [4, 5]. З ризиком, пов'язаним із штучним аборт, стикаються жінки репродуктивного періоду і працездатного віку. Це підкреслює не лише медичну, але й соціально-економічну значущість цієї проблеми.

Серед ранніх ускладнень першого штучного аборт найчастішими є запальні захворювання (ендометрит, сальпінгофорит). Дана патологія зустрічається у 15–17% жінок, які перенесли перший медичний аборт [1, 5]. Необхідно відзначити, що у 10–30% жінок після першого медичного аборт розвивається вторинна безплідність [6]. Встановлено, що після штучного переривання першої вагітності, перебіг наступної у 4 рази частіше ускладнюється загрозою переривання вагітності, як у ранні, так і в пізні терміни [3, 4].

Усе наведене вище свідчить про актуальність вибраного наукового напрямку.

Мета дослідження: вивчення акушерських і перинатальних результатів розродження жінок з першим медичним аборт в анамнезі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети дослідження було проведено вивчення клінічного перебігу вагітності у 119 жінок. До основної групи увійшли 67 повторно вагітних першородів, які перервали першу вагітність медичним аборт у І триместрі. У групу порівняння увійшли 52 першовагітних жінок без обтяженого акушерського анамнезу.

Жінкам основної групи виконано ретроспективний аналіз медичних абортів з вивченням характеру і зв'язку ступеня тяжкості ускладнень з терміном переривання вагітності, наявністю соматичних і гінекологічних захворювань. З метою вивчення несприятливого впливу штучного переривання першої вагітності на перебіг подальшої гестації, пологів і післяпологового періоду основна група пацієнток була розподілена на дві підгрупи:

І підгрупа (n=23) – жінки, які мали ускладнення після переривання першої вагітності медичним аборт;

II підгрупа (n=44) – жінки без ускладнень після медичного аборт.

На підставі даних опитування та аналізу стаціонарної карти на кожну породілля була заповнена спеціально розроблена анкета з результатами клініко-функціональних і лабораторних методів дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що вік обстежених жінок коливався від 16 до 40 років. Середній вік пацієнток основної групи становив $25,6 \pm 0,34$ року, порівняльної групи – $23,1 \pm 0,32$ року. Тобто найбільшу групу становили пацієнтки віком до 30 років – 90,3%.

Аналіз вивчених анамнестичних даних свідчить про молодий вік контингенту жінок, що вивчається, більшість з яких працюють, у кожній третій із них шлюб не був зареєстрований. Кожна четверта мала шкідливі звички (куріння). Майже половина обстежених жінок не користувалися контрацептивними засобами або користувалися ними нерегулярно. Під час об'єктивного обстеження звертає увагу висока питома вага хронічних екстрагенітальних захворювань запального генезу. Слід підкреслити високий відсоток гінекологічних захворювань в основній групі, що значно вище за такі показники у порівняльній групі, в якій у жінки в анамнезі не було аборт.

Основні причини першого медичного аборт:

- незареєстрований шлюб (26,7%);
- навчання (20,0%);
- матеріальна незабезпеченість (15,6%);
- небажання мати дитину (14,8%);
- думка «рано народжувати» (14,8%);
- житлові проблеми (8,1%).

Усі жінки під час вагітності перебували на обліку в жіночій консультації. Більшість пацієнток основної групи і групи порівняння встали на облік в жіночу консультацію до 12 тиж вагітності (83,0% і 72,8% відповідно). Під час обстеження жінок застосовували сучасні інформативні методи відповідно до протоколів МОЗ України.

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки з першим медичним аборт в анамнезі входять у групу високого ризику щодо розвитку ускладнень при подальшій вагітності. При цьому основними варіантами гестаційних ускладнень є загроза переривання вагітності, гестаційна анемія, прееклампсія і плацентарна дисфункція. Частота наведених вище ускладнень значно вище у жінок з ускладненим варіантом першого медичного аборт.

Під час оцінювання акушерських результатів розродження необхідно зазначити, що вагітність закінчилася пологами через природні пологові шляхи у 80,7%

пацієнток основної та в 92,2% групи порівняння. Кесарів розтин виконано в 19,3% і 7,8% жінок відповідно, у тому числі при недоношеній вагітності – в 0,7% (35 тиж) і в 1,9% (32 і 35 тиж).

Частота передчасних пологів становила в основній групі 5,2%, у групі порівняння – 2,9%. Пологи, що запізнилися, відбулися через природні пологові шляхи в однієї жінки основної групи.

Найбільша кількість операцій кесарів розтин в основній групі – 7 (53,9%) з 13 – зроблено в плановому порядку, у групі порівняння – 3 (75,0%) з 4 – в ургентному порядку.

Серед показань для проведення кесарева розтину у більше половині спостережень у групах (57,7% і 75,0% відповідно) переважали екстрагенітальні захворювання (міопія високого ступеня, глаукома, атрофія зорового нерва, грижа міжхребетного диска) і ускладнення вагітності (пreeклампсія тяжкого ступеня і передчасне відшарування нормально розташованої плаценти). У зв'язку з розгинальними і тазовими передлежаннями кесарів розтин виконано у 3,0% і 1,0% випадках відповідно.

У поодиноких випадках у жінок основної групи операція виконана з наступних причин:

- крупний плід при поперечно звуженому тазу;
- дистрес плода в пологах;
- рубцева деформація шийки матки.

Рубцева деформація шийки матки виявлена у 24-річної вагітної, яка перервала першу вагітність медичним абортom у 18 років та мала в анамнезі ерозію шийки матки (лазеркоагуляція у 21 рік). У плановому порядку оперативно розроджено 1,5% жінок основної групи за відносними показаннями: відсутність біологічної зрілості пологових шляхів при терміні 41 тиж після проведеної комплексної підготовки до пологів і обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез (вторинна безплідність).

Показання для ургентного кесарева розтину:

- відсутність пологової діяльності при передчасному розриві плодових оболонок, не дивлячись на проведене медикаментозне пологозбудження (1,5% в основній групі);
- первинна слабкість пологової діяльності, що не піддається медикаментозній корекції (1,0% у порівняльній групі).

У всіх випадках виконана операція кесарева розтину в нижньому сегменті без ускладнень. Середня крововтрата під час операції становила $515,4 \pm 51,3$ мл і достовірно не розрізнялася по групах.

Після кесарева розтину у ранній післяопераційний період у двох жінок основної групи, прооперованих з приводу важкої пreeклампсії, діагностована маткова кровотеча: в однієї – гіпотонічна, у другій – коагулопатична з розвитком ДВС-синдрому. Проведена комплексна консервативна інтенсивна терапія мала позитивний результат. Усіх пацієнток після кесарева розтину виписано у задовільному стані з живими дітьми.

Серед ускладнень, діагностованих в пологах, слід зазначити невчасний розрив навколоплідних оболонок більше ніж у половини (54,8% і 52,4%) обстежених

жінок обох груп. При цьому аномалії пологової діяльності спостерігалися у 12,6% і 10,7% породіль. У більшості спостережень медикаментозна корекція мала позитивний результат, пологи відбулися через природні пологові шляхи живим плодом. Патологічний прелімінарний період констатовано у 5,9% пацієнток основної і у 8,7% жінок групи порівняння.

Також звертає на себе увагу відсутність суттєвої різниці в частоті травм м'яких пологових шляхів у групах дослідження (36,3% і 28,2% відповідно), у тому числі: розриви промежини (10,4% і 6,8%), розриви шийки матки (9,6% і 7,8%) і розриви піхви (16,3% і 13,6% відповідно).

Відсоток ручного входження у порожнину матки у послідовий і ранній післяпологовий періоди становив по групах 8,2% і 3,9% відповідно. Операція ручного видалення посліду у зв'язку з щільним прикріпленням плаценти виконана лише в основній групі (5,2%), Операція ручного обстеження порожнини матки проведена у 3,0% і 3,9% породіль відповідно за наступними показаннями: дефект посліду (0,7% і 1,9%), гіпотонічна маткова кровотеча (2,2% і 1,9%). Середня крововтрата у пологах у жінок обох груп становила $221,6 \pm 20,8$ мл.

В основній групі у 67 жінок вагітність закінчилася народженням 67 живих новонароджених, у групі порівняння у 103 жінок народилося 103 живих новонароджених. Раннє прикладання до грудей відмічене у більшості обстежених (82,2% і 92,2% відповідно). Виняток становили новонароджені, які народилися у стані важкої асфіксії та шляхом операції кесарева розтину.

У стані асфіксії (оцінка за шкалою Апгар на 1 хв менше 7 балів) народилися 14,8% і 8,7% новонароджених відповідно, у тому числі тяжкого ступеня (оцінка за шкалою Апгар 2–3 бали) – 1,5% лише в основній групі. У всіх новонароджених з тяжким ступенем асфіксії виявлено туге обвиття пуповини навколо шийки плода.

Клінічні симптоми постгіпоксичного пошкодження ЦНС спостерігали у 23,7% і 15,5% новонароджених обох груп. Жовтянична форма гемолітичної хвороби за системою АВО діагностована у новонародженого основної групи при термінових пологах, що відбулися на тлі передчасного вилиття навколоплідних вод, плацентарної дисфункції і пreeклампсії середнього ступеня тяжкості.

Внутрішньоутробне інфікування плода достовірно частіше виявляли у пацієнток основної групи (19,3%), ніж у групі порівняння (7,8%): внутрішньоутробною пневмонією, природженою підермією, природженим кон'юнктивітом, природженим ринітом, системною внутрішньоутробною інфекцією без чіткої локалізації.

Недоношеними народилися 6,7% і 4,8% новонароджених в основній і групі порівняння, з них: народилися через природні пологові шляхи 5,9% і 2,9%, за допомогою кесарева розтину – 0,7% і 1,9% відповідно. Кесарів розтин при недоношеній вагітності у всіх випадках було виконано з приводу важкої пreeклампсії. Найменша маса недоношеного новонародженого становила 1440,0 г (у групі порівняння) і 1680,0 г (у основній групі). У стані асфіксії народився кожен п'ятий недоношений новонароджений (22,2% і 20,0% відповідно).

В основній групі сталися одні пологи, що запізнилися, переносимим новонародженим при терміні вагітності 42 тиж з масою тіла 4120,0 г і гіпоксично-ішемічним ураженням ЦНС.

Пологи крупним плодом відбулися у групах, що вивчалися, у 5,2% і 9,8% спостереженнях. В основній групі затримка розвитку плода виявлена у 11,9% новонароджених, кон'югаційна жовтяниця – у 8,9 %, у групі порівняння – у 8,7% і 7,8%, відповідно.

Більшість новонароджених (94,8% і 94,2%) у задовільному стані виписані додому, переведені у відділення патології – 5,2% і 5,8% відповідно (недоношеність, внутрішньоутробне інфікування).

Середня тривалість перебування у післяпологовому відділенні після пологів через природні пологові шляхи становила $4,0 \pm 0,4$ доби, після операції кесарева розтину – $6,5 \pm 0,5$ доби, причому без достовірних відмінностей по групах.

ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать про суттєву різницю особливостей перебігу вагітності і пологів у жінок з медичним абортom в анамнезі і без обтяженого анамнезу. Можна стверджувати, що низка ускладнень, що розвинулися під час вагітності у жінок основної групи, пов'язані з раніше перенесеною операцією медичного аборту (загроза переривання вагітності, аномалії пологової діяльності, щільне прикріплення плаценти, внутрішньоутробне інфікування плода). Отримані результати свідчать про необхідність удосконалення алгоритму ведення вагітності і пологів у жінок з першим медичним абортom в анамнезі.

Влияние первого медицинского аборта на вынашивание беременности О.А. Белоконь

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной разнице особенностей течения беременности и родов у женщин с медицинским абортom в анамнезе и без обтяженного анамнеза. Можно утверждать, что ряд осложнений, развившихся во время беременности у женщин основной группы, связан с ранее перенесенной операцией медицинского аборта (угроза прерывания беременности, аномалии родовой деятельности, плотное прикрепление плаценты, внутриутробное инфицирование плода). Полученные результаты указывают на необходимость усовершенствования алгоритма ведения беременности и родов у женщин с первым медицинским абортom в анамнезе.

Ключевые слова: медицинский аборт, роды, новорожденные, осложнения.

Influence of the first medical abortion on pregnancy incubation. O.A. Belokon

Results of the spent researches testify to an essential difference of features of a current of pregnancy and sorts at the women who have medical abortion in the anamnesis and not having the burdened anamnesis. It is possible to assert that a number of complications developed during time of pregnancy at women of the basic group is connected with earlier transferred operation of medical abortion (threat of interruption of pregnancy, anomaly of patrimonial activity, a dense attachment of a placenta, pre-natal infection of born). The received results specify in necessity of improvement of algorithm of conducting pregnancy and sorts at women with the first medical abortion in the anamnesis.

Key words: medical abortion, childbirth, newborn, complications.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Баранова Н.Н., 2015. Репродуктивное здоровье девочек-подростков // Здоровье семьи – здоровье нации: тез. докл. науч. конф.: Новосибирск: 56–58.
2. Богданова Е.А., 2016. Репродуктивное здоровье девочек и девушек – основа сохранения здоровья женщины // Тезисы докладов X Всероссийской конференции детей и подростков : М. : 19–20.
3. Волгина В.Ф., 2013. Этические и психологические аспекты аборта // Мать и дитя: матер. X Рос. Форума : М. : 566.
4. Волков А.Е., 2009. Психосоматические характеристики женщин в первом триместре физиологической беременности // Перинатальная психология и медицина. Психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии, педиатрии и терапии: матер. Всерос. конф. с международным участием : Иваново : 123-127.
5. Гатина Г.А., 2017. Воздействие искусственного прерывания беременности в I триместре на нейроэндокринную систему женщины // Мать и дитя: матер. X регионального науч. форума : Казань : 223-224.
6. Глуховец Б.И., 2017. Искусственное бесплодие современных женщин (медицинские и социальные аспекты) // Мать и дитя: матер. X регионального науч. Форума : Казань : 224-225.

Функціональний стан репродуктивної та тиреоїдної систем у жінок раннього репродуктивного віку з міомою матки

Г.С. Бобер, В.С. Страховецький

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

Результати проведених досліджень свідчать, що у пацієнток з міомою матки і йододефіцитними захворюваннями були виявлені наступні особливості: найбільш поширеним є вузлуватий зоб, вік пацієнток старше 25 років, часте поєднання із захворюваннями центральної нервової системи і периферійних нервів.

Порушення репродуктивного здоров'я при міомі матки і йододефіцитних захворюваннях виявлялося у переважанні поєднаної патології, а також порушенні гіпоталамо-гіпофізарної регуляції функції яєчників, підвищенні рівня пролактину на тлі зниження функціональної активності щитоподібної залози. На тлі зниження функціональної активності щитоподібної залози виникає дисфункція гіпоталамо-гіпофізарної системи, підвищення рівня пролактину, що може стати причиною поєднаної патології. Отримані результати необхідно враховувати в практичній охороні здоров'я під час проведення діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: захворювання щитоподібної залози, міома матки.

Сучасні наукові дослідження переконливо довели пряму залежність стану здоров'я населення від екологічної ситуації у регіоні проживання [1, 2]. Інтенсивна або тривала дія несприятливих чинників довкілля зазвичай зумовлює порушення компенсаторно-приспосовних реакцій організму людини, сприяючи розвитку різних патологічних станів [1, 2]. Особливо часто екологічно зумовлені захворювання пов'язані з дефіцитом природного мікроелемента – йоду [3]. Так, за оцінкою ВООЗ (2014), близько 2 млрд. жителів Землі постійно відчувають суттєвий його недолік, що зумовлює зростання поширеності йододефіцитних захворювань (ЙДЗ), які посідають сьогодні перше місце за територіальною експансією [4]. В Україні також гостро стоїть проблема цієї патології, оскільки її частота серед жіночого населення за останнє десятиліття зросла у декілька разів [1].

Відомо, що в організмі однієї з найбільш чутливих і тонко реагуючих на всілякі зовнішні дії систем є репродуктивна [2]. Представляється закономірним, що в умовах йододефіциту у жіночого населення насамперед страждає саме вона: порушується статеве дозрівання і менструальна функція, знижується фертильність, зростає частота гінекологічної патології, збільшується ризик ускладненого перебігу вагітності і пологів, мимовільних абортів і мертвонароджень [1, 4].

Наукові дослідження з цієї проблеми тиреоїдної патології та її впливу на репродуктивну систему у більшості випадків присвячені стану репродуктивного здоров'я у дівчат пубертатного віку. Стосовно жінок більш старших вікових груп наявні літературні відомості найчастіше стосуються маніфестного гіпотиреозу. У той самий час опубліковані дані часто суперечливі, неповні, непереконливі, зазвичай засновані на невеликій кількості спостережень, дещо застаріли, оскільки опубліковані десять і більше років тому.

Слід зазначити, що в літературі, присвяченій тиреоїдній патології, зазвичай розглядаються функціональні взаємини щитоподібної залози і репродуктивної системи жінок, але практично відсутні дані про можливість розвитку міоми матки, а також функціональний стан тиреоїдної і репродуктивної системи при даному гінекологічному захворюванні.

Метою дослідження: вивчення функціонального стану тиреоїдної і репродуктивної системи при міомі матки в жінок раннього репродуктивного віку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено обстеження 32 жінок раннього репродуктивного віку (від 18 до 25 років) з різною тиреоїдною патологією і міомою матки – основна група. У контрольну групу увійшли 20 здорових жінок віком $22,1 \pm 1,2$ року, що проходять чергові профілактичні огляди.

У комплекс діагностичних заходів були включені загальноклінічне, клініко-лабораторне і гінекологічне обстеження, тести функціональної діагностики, ультразвукове дослідження щитоподібної і грудних залоз, органів малого таза, визначення гормонів передньої долі гіпофіза (ТТГ, ФСГ, ЛГ, пролактин), щитоподібної залози (Т3 і Т4) і статевих гормонів (естрадіол і прогестерон) у сироватці крові.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що частота міоми матки при ЙДЗ становить 32,0%. Найпоширенішим ЙДЗ при міомі матки є вузлуватий зоб, частота якого становить 55,0%; фокальні зміни щитоподібної залози – відповідно 45%.

З усіх пацієнток 80,0% з міомою матки відносяться до вікової категорії до 25 років. Була виявлена тенденція до відмінності за віком між групами (ЙДЗ і без патології щитоподібної залози) при міомі матки ($p=0,05$). Вік старше 25 років завжди розглядався як чинник ризику розвитку міоми матки, отже ЙДЗ можуть розцінюватися як додатковий чинник ризику розвитку міоми матки.

Структура екстрагенітальних захворювань свідчить про переважання в основній і контрольній групах патології травного тракту (25,0% і 20,0%) і хвороб дихальних шляхів (25,0% і 20,0%). При ЙДЗ набагато частіше зустрічаються анемія (20,0% і 5,0%) і патологія центральної нервової системи (15,0% – в основній групі).

Статистично значущих відмінностей за віком менархе не виявлено. Тривалість менструального циклу при ЙДЗ і міомі матки складає 28 днів і не відрізняється від групи контролю. Під час аналізу тривалості менструального циклу і тривалості менструації статистично значимих відмінностей не виявлено.

При вивченні анамнезу обстежених жінок був проведений аналіз репродуктивної функції пацієнток, який показав, що первинна безплідність зустрічається у жінок з міомою матки лише при ЙДЗ, кількість абортів перевищує кількість пологів в обох групах. В основній групі пологів не було у 30,0% пацієнток, що в 2,5 разу більше порівняно з контролем.

У результаті проведеного обстеження, а також при зборі анамнезу виявлено, що поєднана гінекологічна патологія при міомі матки та ЙДЗ становить сумарно близько 200,0% з переважанням доброякісної патології грудних залоз (85,0%); хронічних запальних захворювань (40,0%) і патологічних змін шийки матки (35,0%).

Для оцінювання функції тиреоїдної системи при ЙДЗ і міомі матки проведені дослідження рівнів гормонів щитоподібної залози. Результати проведених досліджень свідчать, що у жінок з міомою матки та ЙДЗ спостерігається вищий рівень ТТГ, але такий, що не виходить за межі норми. Вміст тиреоїдних гормонів (віль.Т3 і віль.Т4) нижче при йододефіцитних захворюваннях, причому рівень вільного трийодтироніну (віль.Т3) статистично значущо відрізняється ($p=0,033$). Отже, рівень вільного Т3 є найбільш об'єктивним показником функції щитоподібної залози при ЙДЗ у пацієнток з міомою матки. Частота субклінічного гіпотиреозу при міомі матки і ЙДЗ складає 15,0%.

Для оцінювання функції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи визначалися рівні гонадотропних і статевих гормонів. При міомі матки і ЙДЗ фіксували відмінності в екскреції гонадотропних і статевих гормонів: відмічені нижчі значення ЛГ, ФСГ і прогестерону при одночасному підвищенні вмісту пролактину і естрогену.

Під час проведення аналізу зв'язку (кореляції) тиреоїдних і статевих гормонів був виявлений статистично значущий негативний сильний кореляційний зв'язок між рівнем вільного тироксину і вмістом пролактину ($R=-0,89$; $p=0,02$). При ЙДЗ спостерігається відносна гіпотироксинемія і підвищення рівня пролактину.

ВИСНОВКИ

Отже, як свідчать результати проведених досліджень, у пацієнток з міомою матки і ЙДЗ були виявлені наступні особливості: найбільш поширеним йододефіцитним захворюванням (ЙДЗ) є вузловатий зоб, вік пацієнток старше 25 років, часте поєднання із захворюваннями центральної нервової системи і периферійних нервів.

Порушення репродуктивного здоров'я при міомі матки і ЙДЗ виражалось у переважанні поєднаної патології, а також порушенні гіпоталамо-гіпофізарної регуляції функції яєчників, підвищенні рівня пролактину на тлі зниження функціональної активності щитоподібної залози. Рівень вільного трийодтироніну є об'єктивним показником функції щитоподібної залози при міомі матки з ЙДЗ. На тлі зниження функціональної активності щитоподібної залози виникає дисфункція гіпоталамо-гіпофізарної системи, підвищення рівня пролактину, що може стати причиною поєднаної патології.

Отримані результати необхідно враховувати у практичній охороні здоров'я під час проведення діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Функциональное состояние репродуктивной и тиреоидной систем у женщин раннего репродуктивного возраста с миомой матки

А.С. Бобер, В.С. Страховецкий

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у пациенток с миомой матки и йододефицитными заболеваниями были выявлены следующие особенности: наиболее распространенным является узловатый зоб, возраст пациенток старше 25 лет, частое сочетание с заболеваниями центральной нервной системы и периферических нервов. Нарушение репродуктивного здоровья при миоме матки и йододефицитных заболеваниях выражалось в преобладании сочетанной патологии, а также нарушении гипоталамо-гипофизарной регуляции функции яичников, повышении уровня пролактина на фоне снижения функциональной активности щитовидной железы. На фоне снижения функциональной активности щитовидной железы возникает дисфункция гипоталамо-гипофизарной системы, повышение уровня пролактина, что может явиться причиной сочетанной патологии. Полученные результаты необходимо учитывать в практическом здравоохранении при проведении диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: заболевания щитовидной железы, миома матки.

Functional condition of genesial and thyroid systems at women of early genesial age with hysteromyoma

A.S. Bober, V.S. Strahovesky

Results of the lead researches testify, that at patients with a myoma of a uterus and iododeficiency diseases had been revealed the following features: most the knotty craw is, the age of patients is more senior than 25 years, an often combination to diseases of the central nervous system and peripheral nerves.

Infringement of reproductive health at a myoma of a uterus and iododeficiency diseases was expressed in prevalence complex pathology, and also infringement hypotalamo-hypofizare regulation of function ovaries, increase of a level prolactinum on a background of decrease in functional activity of a thyroid gland. On a background of decrease functional activity of a thyroid gland there is a dysfunction hypotalamo-hypofizare systems, increase of a level prolactinum, that can be the reason complex pathologies. The received results are necessary for taking into account in practical public health services at carrying out of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: diseases of thyroid gland, myoma of uterus.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гойда Н.Г. Состояние акушерско-гинекологической помощи в Украине и пути ее улучшения // Медико-социальные проблемы семьи. – 2013 : 2 : 1 : 3–6.
2. Йена С.С.К., Джаффе Р.Б. Репродуктивная эндокринология. – 2008. – Т. 2: Пер. с англ. – М.: Медицина : 432.
3. Петров В.Н., Петрова С.В., Пятибратова Е.В. Состояние репродуктивной системы у женщин с гиперплазией щитовидной железы // Новые горизонты гинекологической эндокринологии. – М., 2012. – С. 52–56.
4. Measure progress., 2014. World health day safe motherhood. – Geneva: WHO : 33–36.

Мікробіологічні особливості запальних захворювань яєчників та маткових труб

А.В. Бойко

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

Результати проведених досліджень свідчать, що для кожного патогенетичного варіанту гнійно-запальних захворювань придатків матки характерні свої специфічні мікробіологічні особливості, а також індивідуальна чутливість до антибактеріальної терапії. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: гнійно-запальні захворювання придатків матки, мікробіологія.

У структурі гінекологічної захворюваності особливе місце посідають гнійні ушкодження маткових труб і яєчників, на частку яких доводиться від 4% до 30% усіх запальних захворювань придатків матки. За останні роки частота цієї патології не лише не знижується, але навіть намітилася деяка тенденція до її зростання [1, 2]. Патологічний процес при цьому перебігає з ускладненнями і вираженими поліорганными змінами [3].

Причиною ускладненого перебігу післяопераційного періоду у даної категорії хворих є неефективність антибактеріальної терапії, неповна санація осередку інфекції, що диктує розширення об'єму оперативного втручання до радикального як єдиного шляху до одужання [1–3]. У результаті радикального хірургічного лікування молоді жінки не лише втрачають репродуктивну функцію, але й позбавляються яєчників, що спричинює ранні прояви хвороб старіння [1–3].

Значне та навіть вирішальне значення в розвитку гнійних запальних захворювань придатків матки (ГЗЗПМ) відіграють так звані провокуючі чинники, серед яких особливу увагу слід приділити внутрішньоматковій контрацепції (ВМК) [1–3]. Проте досі не систематизовані питання залежності розвитку ускладненого перебігу ГЗЗПМ на тлі ВМК від стану імунітету. Значні труднощі представляє вибір раціональної етіотропної та патогенетичної терапії у цієї категорії хворих.

У зв'язку з тим, що властивості мікроорганізмів під впливом зовнішніх і внутрішніх чинників постійно змінюються, актуальними представляються дослідження, направлені на проведення моніторингу мікробного складу і антибіотикорезистентності при ГЗЗПМ [1–3].

Мета дослідження: вивчення мікробіологічні особливості ГЗЗПМ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

В основну групу дослідження увійшли 363 жінки з ГЗЗПМ віком від 18 до 49 років (34,4±9,3 року). У контрольну групу – 40 здорових жінок, які були зіставні за віком з пацієнтками основної групи.

Усіх пацієнток було розподілено на дві клінічні групи:

- група А – 116 (31,9%) жінок, в яких ГЗЗПМ розвинулися на тлі ВМК;
- група В – 247 (68,1%) пацієнток з ГЗЗПМ, що розвинулися без вживання ВМК.

Окрім загальноклінічних і функціональних методів дослідження були виконані бактеріоскопічні і бактеріологічні дослідження відокремлюваного з каналу шийки матки, ексудату з порожнини малого таза, біоптатів тканин з вогнища гнійного запалення (придатків матки), причому забір матеріалу здійснювали до початку антибактеріальної терапії.

Мазки забарвлювали за методом Грама. Результати дослідження мазків використовували надалі для інтерпретації зростання колоній мікроорганізмів на чашках первинного посіву.

Посів досліджуваного матеріалу виконували за методом Gould на 5% кров'яний агар, анаеробний агар Шадлера з додаванням 5% крові, жовтково-сольовий агар, середовище Ендо, середовище для культивування гонококів. Для культивування анаеробів використовували газогенераторні пакети GEN BAG Anaer фірми «bioMeriaux» (Франція).

Для ідентифікації аеробних, факультативно-анаеробних мікроорганізмів використовували методи традиційної бактеріальної таксономії. Для ідентифікації анаеробних мікроорганізмів застосовували тест-системи rapid ID 32A фірми «bioMeriaux» (Франція) з подальшим комп'ютерним обробленням результатів (програма APLlab).

Визначення чутливості виділеної аеробної флори до антибіотиків за допомогою диско-дифузійного методу. Антибіотикочутливість анаеробних культур визначали за допомогою систем ATB ANA фірми «bioMeriaux» (Франція).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Для реалізації мети дослідження був проведений аналіз клініко-анамнестичних даних пацієнток груп А і В. Середній вік хворих становив у групі А – 39,2±6,4 року, у групі В – 32,1±9,6 року (p<0,001).

У хворих групи А значуще частіше в анамнезі фіксували гострі і хронічні запальні захворювання органів малого таза (p<0,001). У пацієнток групи В достовірно частіше в анамнезі спостерігалися пухлини і пухлиноподібні захворювання яєчників – в 13,8±2,2% випадків (p=0,002), а також безплідність – у 7,3±1,7% (p=0,006). Крім того, виявлена значуще вища частота інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) в анамнезі у жінок групи В (p<0,05).

Тривалість використання ВМК у пацієнток основної групи становила від 1 до 15 років (у середньому – 7,3±1,7 року). Більшість пацієнток (50,0±4,6%) використовували ВМК протягом 6–10 років, а 27,6±4,1% – більше 10 років. У 62,5±8,5% жінок у порожнині матки знаходилися Т-подібні ВМК, що містять мідь – у 37,5±8,5% – інертні ВМК (петлі Ліпса).

У більшості хворих тривалість справжнього захворювання становила близько 7 днів – у 73±2,3%, проте у кожної п'ятої хворої (у 22,9±2,2%) тривалість захворювання становила близько 1 міс. Водночас така тривалість ГЗЗПМ до звернення в стаціонар спостерігалася значно частіше серед хворих групи А (p<0,001).

У хворих досліджуваних груп виявлені відмінності у клінічному перебігу захворювання. Так, під час госпіталізації у пацієнок групи А значно частіше зазначали гіпертермію вище 38 °С, лихоманку, дизуричні розлади, слизово-гнійні виділення зі статевих шляхів ($p<0,05$). У хворих групи В частіше виявляли субфебрильну температуру тіла ($p<0,05$). Стан пацієнок групи А частіше під час вступу розцінювали як важкий, тоді як стан хворих групи В – як середнього ступеня тяжкості ($p<0,001$). Серед хворих групи А частіше зустрічалися жінки з важким синдромом інтоксикації, у групі В – з інтоксикацією середнього ступеня тяжкості ($p<0,001$).

Форму ГЗЗПМ встановлювали після проведеного оперативного лікування хворих і гістологічного дослідження видалених під час операції препаратів. У групі А значимо частіше діагностували тубоваріальні абсцеси (ТОА), тоді як в групі В – гнійний сальпінгіт і піосальпінкси ($p<0,001$).

У переважної більшості обстежуваних пацієнок перебіг захворювання ускладнився подальшим поширенням інфекції. Структура ускладнень у пацієнок була різною: частка хворих з параметритом, абсцесом позадиматкового простору, розлитим перитонітом і міжкишковими абсцесами в групі А достовірно перевищувала таку в групі В ($p<0,001$). Водночас пельвіоперитоніт значно частіше зустрічався у хворих групи В (у 69,2±2,9% випадків) ($p=0,005$).

Для оцінювання мікробіологічних особливостей було проведено вивчення особливостей мікробного пейзажу в 109 хворих з ГЗЗПМ (групи А і В).

Найчастіше з вогнища гнійного запалення у хворих групи А виділяли мікроорганізми пологів *Eubacterium* – в 11 (25,6±6,7%), *Bacillus* – у 7 (16,3±5,6%), *Peptostreptococcus* – у 7 (16,3±5,6%), а також *Fusobacterium nucleatum* – у 7 (16,3±5,6%). Мікроорганізми роду *Eubacterium* (*E. limosum* і *E. Lentum*), а також *Fusobacterium nucleatum* були виділені лише в групі А.

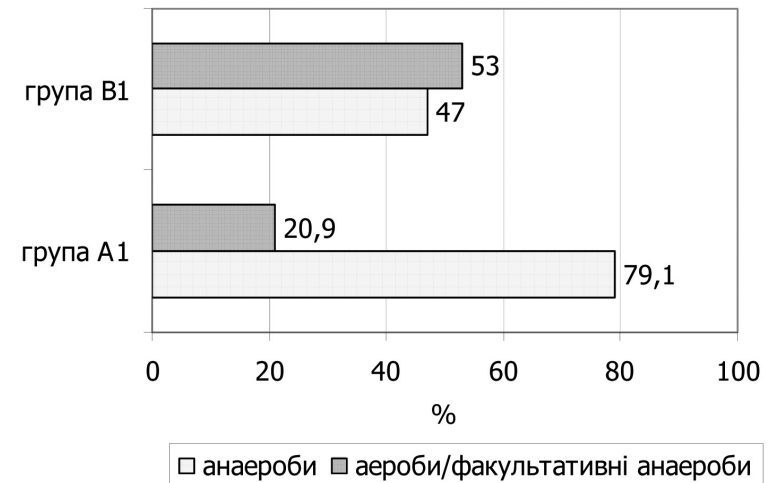
У групі В найчастіше зустрічалися мікроорганізми пологів *Staphylococcus* – у 14 (21,2±5,0%) і *Peptostreptococcus* – у 14 (21,2±5,0%). *Propionibacterium acnes* був виділений у 9 (13,6±4,2%) хворих; мікроорганізми родини *Enterobacteriaceae* (*Proteus mirabilis* і *E. coli*) і *Enterococcus faecalis* були виділені у 6 (9,1±3,5%) пацієнок.

Співвідношення виділених анаеробних і аеробних/факультативно анаеробних мікроорганізмів у досліджуваних групах хворих було різним, $p<0,05$ (малюнок).

У хворих групи В значно частіше виявляли *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* та *Trichomonas vaginalis*, ніж у хворих групи А ($p<0,05$).

Під час вивчення чутливості мікроорганізмів до антибіотиків було встановлено, що 73,8% штамів анаеробних мікроорганізмів, виділених у хворих групи А, були стійкі до метронідазолу, 12,5% – стійкі до кліндаміцину і 6,3% – до амоксициліну. Анаеробні мікроорганізми, виділені у хворих групи В, були стійкі в 5,1% до кліндаміцину і 18,5% – до амоксициліну.

Усі виділені штами *Staphylococcus* spp. були чутливі до цефалоспоринів: цефазоліну, цефтриаксону, цефамандолу, ципрофлоксацину, амікацину, амоксициліну, спіраміцину; при цьому 19,7% штамів були стійкі до доксицикліну, 40,5% – до лінкоміцину, 40,5% – до еритроміцину, 21,1% – до хлорамфеніколу.



Співвідношення між анаеробною і аеробно/факультативно анаеробною флорою у вогнищі гнійного запалення у хворих груп А і В

Виділені штами *Bacillus* spp. були в 100% випадків чутливі до ципрофлоксацину, еритроміцину, спіраміцину, рокситроміцину, хлорамфеніколу, цефамандолу, доксицикліну. Водночас до лінкоміцину були стійкі всі виділені штами (100%) *Bacillus* spp., до цефтриаксону – 39,2% штамів були помірно стійкі; 40,5% були стійкі до цефазоліну і 40,5% – до амоксициліну. Виділені культури *E. coli* і *P. mirabilis* були чутливі до цефалоспоринів (ЦС) II, III і IV покоління, аміноглікозидів, ципрофлоксацину.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що у хворих з різними патогенетичними варіантами гнійних запальних захворювань придатків матки (ГЗЗПМ) виявлені відмінності видового складу мікрофлори у вогнищі гнійного запалення. Мікрофлора у хворих з ГЗЗПМ на тлі внутрішньоматкової контрацепції (ВМК) характеризувалася достовірним переважанням анаеробних мікроорганізмів (79,1±6,2% штамів). Мікрофлора, виділена у хворих з ГЗЗПМ без ВМК, була представлена практично у рівному ступеню аеробними/факультативно анаеробними (у 53,0±6,1%) і анаеробними (у 47,0±6,1%) мікроорганізмами, а також інфекціями, що передаються статевим шляхом (у 40,9% хворих виділена *Chlamydia trachomatis*).

Зафіксовані достовірні відмінності антибіотикочутливості анаеробної мікрофлори у хворих з різними патогенетичними варіантами ГЗЗПМ. У пацієнок з ГЗЗПМ на тлі ВМК 73,8±6,1% штамів анаеробних мікроорганізмів були стійкі до

метронідазолу, $12,5 \pm 2,2\%$ – до кліндаміцину і $6,3 \pm 1,9\%$ – до амоксициліну. У хворих з ГЗЗПМ без ВМК ці штами були стійкі до кліндаміцину – $5,1 \pm 1,1\%$ штамів, до амоксициліну – $18,5 \pm 3,1\%$, при цьому всі штами були чутливі до метронідазолу.

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

**Микробиологические особенности воспалительных заболеваний
яичников и маточных труб
А.В. Бойко**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что для каждого патогенетического варианта гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки характерны свои специфические микробиологические особенности, а также индивидуальная чувствительность к антибактериальной терапии. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: гнойно-воспалительные заболевания придатков матки, микробиология.

**Microbiological features of inflammatory diseases
of ovaries and uterine pipes
A.V. Boyko**

Results of the spent researches testify, that for each pathogenetic variant of pyoinflammatory diseases of appendages of a uterus the specific microbiological features, and also individual sensitivity to antibacterial therapies are characteristic. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: pyoinflammatory diseases of appendages of a uterus, microbiology.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Волков В.Г., 2017. Оценка эффективности консервативного лечения воспалительных заболеваний придатков матки // Материалы XIII Российского Форума «Мать и дитя» : М : 350.
2. Горшкова И.А., 2017. Частота воспалительных заболеваний придатков матки в структуре гинекологического стационара, оказывающего экстренную помощь // Медицинские приборы и технологии : Тула: изд-во ТулГУ : 170.
3. Казберюк Н.А., 2017. Системный подход к диагностике и прогнозированию гнойных заболеваний придатков матки в стационаре скорой помощи // Вестник новых медицинских технологий : Тула : XV : 2 : 36–37.

УДК 618.14-007.415:618.19-07

**Тактика діагностики патології грудних
залоз у жінок з генітальним
ендометріозом**

С.Я. Гринчук

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

Результати проведених досліджень показали, що наукове завдання підвищення ефективності діагностики і лікування доброякісної патології молочних залоз на фоні генітального ендометріозу є досить актуальним і вимагає індивідуалізованого комплексного підходу з урахуванням даних додаткових методів дослідження. Запропонований алгоритм дозволяє підвищити ефективність діагностики і лікування даної поєднаної патології і знизити захворюваність жінок репродуктивного віку.

Ключові слова: генітальний ендометріоз, патологія грудних залоз, діагностика.

Серед основної патології репродуктивної системи в умовах сьогодення одне з основних місць посідає ендометріоз [1–5]. Основними причинами розвитку даної патології 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, 5].

На сьогодні фіброзно-кістозне ураження грудних залоз є патологією, що досить часто зустрічається серед жінок репродуктивного віку, а в структурі смертності жінок рак грудної залози 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 значне число наукових публікацій щодо проблем генітального ендометріозу і фіброзно-кістозному ураженню грудних залоз окремо, 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 наукового завдання.

Мета дослідження: підвищити ефективність діагностики і прогнозування патології грудних залоз у жінок з генітальним ендометріозом на підставі вивчення клініко-ехографічних, доплеромеричних і ендокринологічних особливостей, а також удосконалення і впровадження алгоритму діагностичних і прогностичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети і завдань дослідження було проведено обстеження 50 жінок з генітальним ендометріозом (основна група) і 50 практично здорових жінок (контрольна група) з регулярним менструальним циклом.

Критерій включення – наявність ендометріозу у зазначених категорій жінок, критерій виключення – поєднання ендометріозу з лейоміомою матки, гіперплазією ендометрія і додатковими утвореннями.

Дослідження проводили до лікування ендометріозу на 5–7-у добу 21–23-ю добу менструального циклу дворазово, потім після лікування у ці самі дні через 1, 3, 6, 9 міс після завершення курсу лікування.

Підбір у групи здійснювали методом порівняних пар. Усі групи були рандомізовані за віком і паритетом.

У кожній з включених у дослідження груп використовували загальноклінічні, гормональні, ультразвукові, рентгенологічні, ендоскопічні і гістологічні методи дослідження. У всіх жінок основної групи ендометріоз підтверджений лапароскопічним методом дослідження.

Загальноклінічне обстеження включало наступні моменти:

- вивчення анамнезу: дослідження скарг з боку грудних залоз (біль, виділення, наявність осередкових утворень), вивчення даних про травми, про оперативне лікування грудних залоз, про акушерський анамнез (кількість пологів, абортів, тривалість лактації), про гінекологічний анамнез (захворювання матки і придатків, порушення менструального циклу), про наявність соматичних захворювань;
- огляд грудних залоз проводили у вертикальному положенні спочатку з опущеними, потім з підведеними руками. Оцінювали контури і величину залоз, симетричність, стан шкірних покривів, рівні розташування сосків;
- пальпацію грудних залоз здійснювали у вертикальному і горизонтальному положенні жінок при піднятих і опущених руках з послідовним дослідженням усіх квадрантів залози, а також з пальпацією пахвових, надключичних і підключичних лімфатичних вузлів, як регіональних зон лімфовідтікання.

Серед додаткових методів дослідження були використані ендокринологічні, ехографічні та доплерометричні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що розвиток поєднаної патології характеризується наступними формами генітального ендометріозу:

- ендометріомі – 48,0%;
 - аденоміоз – 44,0%;
 - поєднання внутрішнього і зовнішнього ендометріозу – 12,0%;
- і патології грудних залоз:
- фіброзно-кістозна мастопатія – 64,0%;
 - дифузний фіброаденоматоз – 22,0%;
 - фіброаденома – 12,0%;
 - осередковий фіброаденоматоз – 2,0%.

Сумарна частота екстрагенітальної патології у пацієнток з поєднанням генітального ендометріозу і патології грудних залоз становить 91,6%, а в її струк-

турі переважають захворювання травного тракту (70,3%) і тиреоїдна патологія (40,1%) порівняно з хворобами нирок (16,4%); аліментарним ожирінням (10,5%) і серцево-судинними захворюваннями (6,2%), при цьому урівень різних поєднаних форм становить 51,9%.

Поєднання генітального ендометріозу і патології грудних залоз є однією з причин високого рівня невиношування (24,3%) і порушень репродуктивної функції (90,7%) з переважанням вторинної безплідності (52,6%) порівняно з первинним (38,1%) при середній його тривалості – $5,67 \pm 0,54$ року.

Основними клінічними проявами поєднаної патології статевих органів і грудних залоз є масталгія (82,3%); альгодисменорея (76,4%); галакторея (38,3%) і постійний тазовий біль (24,2%), частота яких пов'язана з фазою менструального циклу і зростає наприкінці лютеїнової фази.

Дисгормональні зміни у пацієнток з генітальним ендометріозом і патологією грудних залоз характеризуються наявністю гіперестрогенії у 1 фазу менструального циклу, підвищенням рівня ФСГ протягом усього циклу і гіперпролактинемією в 8,6% спостережень.

Під час оцінювання особливостей кровотоку в грудних залоз у жінок з генітальним ендометріозом встановлено, що не дивлячись на наявність проліферативних змін структури, спостерігаються дегенеративні зміни судинної мережі, що виражаються у зниженні показників кровотоку (R_i) в осередках ураження грудних залоз.

Найінформативнішими маркерами у розвитку і прогресі патологічного процесу в грудних залозах при генітальному ендометріозі є наступні показники:

- концентрація естрадіолу в плазмі крові;
 - величина індексу резистентності;
 - кількість кістозних порожнин у грудних залозах та їхній максимальний розмір.
- Ефективність запропонованого прогностичного правила становить 78,6%.

Для практичної охорони здоров'я рекомендуємо наступні моменти:

1. З метою прогнозування розвитку патології грудних залоз у пацієнток з генітальним ендометріозом необхідно використовувати діагностичний індекс S за формулою:

$$S = 0,1 * X_1 + 0,001 * X_2 + 0,56 * X_3 + 0,4 * X_4 - 4,24$$

X_1 – величина індексу резистентності

X_2 – концентрація естрадіолу в плазмі крові, пг/мл

X_3 – кількість кіст у грудних залозах

X_4 – максимальний розмір кісти, мм

2. При значенні діагностичного індексу $S < 0$ діагностують низьку вірогідність виникнення патології грудних залоз.

3. При значенні діагностичного індексу $0 < S < 5$ діагностують середній ступінь виникнення патології грудних залоз;

4. При значенні діагностичного індексу $S > 5$ судять про високий ризик виникнення патології грудних залоз.

5. Тактика ведення пацієнток з поєднанням генітального ендометріозу і патологією грудних залоз за відсутності показань до оперативного лікування полягає у лікуванні супутньої екстрагенітальної патології, використанні направленої гормональної корекції з урахуванням даних ендокринологічного статусу і метаболічної терапії під контрольним результатів біохімічних досліджень.

ВИСНОВКИ

Отже, як свідчать результати проведених досліджень, наукове завдання підвищення ефективності діагностики і лікування доброякісної патології грудних залоз на фоні генітального ендометріозу є досить актуальним і вимагає індивідуалізованого комплексного підходу з урахуванням даних додаткових методів дослідження. Запропонований алгоритм дозволяє підвищити ефективність діагностики і лікування даної поєднаної патології, знизити захворюваність жінок репродуктивного віку.

**Тактика діагностики патології грудних желез у женщин
с генитальным эндометриозом**
С.Я. Гринчук

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что научная задача повышения эффективности диагностики и лечения доброкачественной патологии грудных желез на фоне генитального эндометриоза является достаточно актуальной и требует индивидуализированного комплексного подхода с учетом данных дополнительных методов исследования. Предлагаемый алгоритм позволяет повысить эффективность диагностики и лечения данной сочетанной патологии и снизить заболеваемость женщин репродуктивного возраста.

Ключевые слова: генитальный эндометриоз, патология грудных желез, диагностика.

**Tactics of diagnostic of a pathology of mammary glands
at women with genital endometriosis.**
S. Ya. Grynchuk

Results of the spent researches have shown, that the scientific problem of increase of efficiency of diagnostics and treatment of a good-quality pathology of mammary glands against genital endometriosis is enough actual and demands the individualised complex campaign with the account data additional methods of research. The offered algorithm allows to raise efficiency of diagnostics and treatment given complex pathologies and to lower disease of women of reproductive age.

Key words: genital endometriosis, a pathology of mammary glands, diagnostics.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамьян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамьян, В.И. Кулаков. – М.: Медицина, 2015. – 317 с.
2. Айламазян Э.К. Генитальный эндометриоз: новые подходы к терапии: Руководство для врачей / Э.К. Айламазян, С.А. Сельков, М.И. Ярмолинская. – СПб., 2017. – 25 с.
3. Актуальные вопросы гинекологии / Под. ред. Е.В. Коханевич. – К.: ООО «Книга-плюс», 2008. – 161 с.
4. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза – 2-е изд., испр. и доп. / В.П. Баскаков. – Л.: Медицина, 2010. – 235 с.
5. Вдовиченко Ю.П. Некоторые наследственные и гормональные аспекты эндометриоза / Ю.П. Вдовиченко, П.Н. Веропотвелян, Н.П. Веропотвелян, А.Н. Панасенко // Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. – № 3 (23). – С. 72–76.

УДК 618.11-005.1-02:618.17/5

Апоплексія яєчника як фактор ризику порушень репродуктивної функції

О.М. Іщак

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

Результати дослідження свідчать, що жінки, які перенесли апоплексію яєчника, входять до групи ризику щодо розвитку порушень репродуктивного здоров'я і потребують проведення реабілітаційних заходів з урахуванням форми апоплексії та супутніх факторів ризику.

Запропонований алгоритм діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів дозволяє знизити частоту порушень репродуктивного здоров'я, а також гестаційних ускладнень при наступній вагітності. Це дає право рекомендувати запропоновану методику для широкого використання у практичній охороні здоров'я.

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

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

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

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

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

Найбільше небезпеку АЯ має внутрішня кровотеча, яка може бути масивною і спричинити розвиток геморагічного шоку, в результаті чого – серйозних ускладнень.

Застосування лапароскопічного методу лікування у подібній ситуації пов'язано зі значними технічними труднощами, може бути пролонговано у часі, у зв'язку з чим в даному випадку найбільш доцільно застосовувати широку лапаротомію.

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

Усе викладене вище свідчить про актуальність обраного наукового напрямку.

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

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

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

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

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

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

- підгрупа 1.1 – 30 жінок після лапароскопічного лікування;

- підгрупа 1.2 – 20 пацієнток після лапаротомії.

Аналогічний розподіл був і в 2-й групі.

У контрольну групу увійшли 50 пацієнток аналогічного віку з поодинокими варіантами генітальної і екстрагенітальної патології в анамнезі.

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

У спеціально розробленій карті обстеження:

1. Реєстрували відомості про спадковість, перенесені захворювання (дитячі інфекції, загальні і гінекологічні захворювання, оперативні втручання тощо).

2. Особливий акцент робили на виявленні перенесених раніше запальних захворюваннях, і, зокрема, статевих органах.

3. Вивчали особливості становлення і характер менструальної і генеративної функції жінки, дані про попередні вагітності, аборти, перебіг післяпологового періоду.

4. Приділяли увагу вивченню особливостей серцево-судинного анамнезу: спадковій схильності, вказівки на епізодичні підвищення артеріального тиску, частий головний біль, виявляли надмірну масу тіла, шкідливі навички пацієнток.

5. З'ясовували характер методів контрацепції, застосовуваних до періоду дійсного дослідження, їхню ефективність, прийнятність, наявність побічних реакцій і ускладнень у період їхнього застосування, причини відмови від того або іншого методу контрацепції.

6. Вивчали сімейний і соціальний стан жінок, кількість статевих партнерів.

Крім того, основна група спостереження була розподілена на три підгрупи з урахуванням різних варіантів реабілітаційних заходів. Жінкам усіх підгруп заборонялося статеве життя протягом 2 тиж після операції, а наступні 2 тиж статеве життя дозволялося тільки з використанням презервативу з метою запобігання виникнення запальних процесів органів малого таза:

- жінки віком від 16 до 18 років, які не живуть регулярно статевим життям, які одержували протягом наступних 3 міс комбіновані оральні контрацептиви переважно монофазні низько дозовані (логест, жанін, ярину та інші) за звичайною схемою;

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

- жінки репродуктивного віку, які не зацікавлені у настанні вагітності. Вони отримували комбіновані оральні контрацептиви протягом наступного року. Жінкам даної підгрупи призначали різні види комбінованих оральних контрацептивів, тобто моно-, дво-, та трьохфазні залежно від віку, соматичного стану, особливостей менструального циклу пацієнток.

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

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними факторами ризику розвитку АЯ є:

- перенесені артифіційні (62,0%) і самовільні аборти (14,0%);
- хронічні запальні процеси матки і придатків (48,0%);
- порушення менструальної функції (28,0%);
- перенесені гінекологічні операції (28,0%), у тому числі АЯ (18,0%).

Клінічна симптоматика АЯ залежить від форми:

- при больовій формі найчастіше фіксують біль у правій здухвинній області (80,0%) з ірадіацією в епігастральну область (22,0%) і поперекову (18,0%);
- при геморагічній формі біль ірадіює у пряму кишку (62,0%), підключичну область (38,0%) і промежину (24,0%).

Порушення менструальної функції частіше зустрічаються при геморагічній формі, а такі симптоми, як слабкість, запаморочення і нудота не залежать від форми АЯ.

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

Використання запропонованої реабілітаційної методики у пацієток з АЯ дозволяє:

- через 3 міс відновити овуляторний менструальний цикл у 35,0% пацієток;
- через 6 міс – у 52,5%;
- через 12 міс – у 75,0% жінок.

Клінічна ефективність запропонованої методики (настання планованої вагітності) становить 75,0%.

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

Для практичної охорони здоров'я рекомендуємо наступні моменти:

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

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

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

ВИСНОВКИ

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

Апоплексия яичника как фактор риска нарушений репродуктивной функции

О.Н. Ищак

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

Ключевые слова: апоплексия яичника, репродуктивное здоровье, реабилитация.

Ovary apoplexy as risk factor of disturbances of genesial function

O.N. Ishchak

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

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

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бреусенко В.Г., Савельева Г.М., Штыров С.В., 2013. Лапароскопия в диагностике и лечении острых воспалительных заболеваний придатков матки // Акушерство и гинекология : 3 : 35–39.
2. Кох Л.И., 2015. Клинико-морфологические особенности различных форм апоплексии яичника // Бюллетень сибирской медицины : 1 : 7 : 76–79.
3. Савельева Г.М., Штыров С.В., Тангиева З.С., 2009. Динамическая лапароскопия у гинекологических больных // Акушерство и гинекология : 3 : 17–20.
4. Штыров С.В., Панкова Ю.А., Евсеев А.А., 2015. Диагностика и лечение апоплексии яичников // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов : 2 : 110–114.
5. Факторы риска апоплексии яичника / Л.И. Кох, Н.В. Содномова, Н.Г. Балакшина, А.В. Тардаскина // Сибирский медицинский журнал : 2017 : 4 : 22 : 45–48.

Відновлення репродуктивного здоров'я жінок, які перенесли оперативні втручання з приводу трубної вагітності: клініко-експериментальне дослідження

М.М. Козуб

Харківська медична академія післядипломної освіти

Застосування протиспайкових бар'єрів без впливу на інші ланки патогенезу спайкоутворення не забезпечує 100% ефект відновлення фертильності у пацієнток з трубною вагітністю.

Мета дослідження: підвищення рівня відновлення фертильності у жінок з трубною вагітністю після лапароскопічного лікування із застосуванням протиспайкових препаратів, кріоекстракту плаценти, фізіотерапії та ДРТ.

Матеріали та методи. Проведений аналіз клінічних спостережень 458 пацієнток з трубною вагітністю. Порівняно ефективність лікування пацієнток клінічних груп, що включало проведення лапароскопії, радіохвильової туботомії, застосуванням РЕО з СМС 40,0 мл або гіалуронату натрія 50,0 мл інтраопераційно для профілактики розвитку спайкового процесу та застосування у післяопераційний період стрептодорнази та стрептокінази, внутрішньоматкового електрофорезу ферментів, електростимуляції маткових труб та введення кріоекстракту плаценти.

Результати. Застосування зазначених методик лікування у пацієнток 2-ї, 3-ї та 4-ї клінічних груп дозволило відновити репродуктивну функцію у 66,4%, 81,8% та 82,9% відповідно. Маткова вагітність настала у 52% пацієнток 2-ї клінічної групи, 74% пацієнток 3-ї клінічної групи, 75,7% пацієнток 4-ї клінічної групи. Повторна трубна вагітність настала у 14,5% пацієнток 2-ї клінічної групи, 7,8% пацієнток 3-ї клінічної групи та 7,2% пацієнток 4-ї клінічної групи.

Заключення. Застосування у пацієнток 2-ї клінічної групи радіохвильової туботомії, РЕО з СМС, стрептодорнази та стрептокінази знизило розвиток спайок в 1,6 разу. Застосування у пацієнток 3-ї клінічної групи радіохвильової туботомії, РЕО з СМС, стрептодорнази та стрептокінази, КП знизило спайкоутворення у 2,1 разу. Застосування у пацієнток 4-ї клінічної групи радіохвильової туботомії, гіалуронату натрія, стрептодорнази та стрептокінази, КП знизило спайковий процес у 2,3 разу.

Ключові слова: репродуктивне здоров'я, трубна вагітність.

Трубна вагітність становить 93–98,5% у структурі позаматкової вагітності. Лапаротомним доступом проводять 46,7%, а лапароскопічним – 53,3% усіх оперативних втручань з приводу трубної вагітності [1–5]. Спайковий процес після лапаро-

томного або лапароскопічного лікування є причиною повторинної трубної вагітності у 7–27% хворих [6–8]. Інтраопераційне застосування протиспайкових бар'єрів без впливу на інші ланки патогенезу спайкоутворення не забезпечує 100% ефект, а лише зменшує частоту процесу до 31,3–40% і сприяє відновленню репродуктивної функції лише у 42% пацієнток після сальпінгектомії, у 55,5% пацієнток після сальпінготомії та у 40,3% пацієнток після сегментарної резекції та трубного анастомозу [9–12]. Отже, у 44,5–59% пацієнток репродуктивна функція може бути відновлена тільки з використанням ДРТ, ефективність яких не перевищує 30% [13].

Вирішальне значення для результату запального й регенераторного процесів у післяопераційний період відіграє система локальної клітинної регуляції (цитокін IL-10, ФНП, СЕФР, які регулюють функціональну активність фібробластів, що є клітинами-адгекторами під час будівництва сполучнотканинних спайок [14].

У зв'язку з викладеним вище, окремий інтерес представляють плацентарні клітини й препарати із плаценти, що забезпечують розвиток структур *de novo* й адекватну перебудову існуючих тканин декількома інструментами: у першу чергу, плацентарними факторами росту різних класів, високим рівнем анаболічних процесів, а також регуляцією процесів апоптозу. Поглинання плацентарними макрофагами апоптотичних клітин приводить до пригнічення медіаторів запалення й індукції протизапальних цитокінів [15]. Кріоекстракт плаценти (КП), який є одним з найпростіших у зберіганні й використанні кріопрепаратів плаценти, вигідно відрізняючись від препаратів, що піддаються термічному обробленню [16, 17].

Мета дослідження: підвищення ефективності відновлення репродуктивного здоров'я у жінок з трубною вагітністю після лапароскопічного лікування шляхом визначення особливостей впливу різних видів енергій, протиспайкових препаратів, стрептокінази та стрептодорнази, КП, фізіотерапевтичних заходів та ДРТ.

Для досягнення зазначеної мети були поставлені **задачі:**

1. Розробити комплекс лікування із застосуванням лапароскопії, інтраопераційної профілактики розвитку спайкового процесу та післяопераційної реабілітації пацієнток з трубною вагітністю.

2. Вивчити ефективність застосування радіохвильової енергії, поліетиленоксиду з карбоксиметилцелюлозою (РЕО з СМС) під час лапароскопічного втручання, фізіотерапевтичних методик реабілітації та ДРТ у післяопераційний період у відновленні репродуктивного здоров'я жінок з трубною вагітністю.

3. Вивчити ефективність застосування радіохвильової енергії, РЕО з СМС під час лапароскопічного втручання, КП, фізіотерапевтичних методик реабілітації та ДРТ у післяопераційний період у відновленні репродуктивного здоров'я жінок з трубною вагітністю.

4. Вивчити ефективність застосування радіохвильової енергії, гіалуронату натрія під час лапароскопічного втручання, КП, фізіотерапевтичних методик реабілітації та ДРТ у післяопераційний період у відновленні репродуктивного здоров'я жінок з трубною вагітністю.

5. Провести порівняльний аналіз результатів ендоскопічного лікування із застосуванням радіохвильової енергії, різних методів профілактики розвитку спайкового процесу та реабілітації у пацієнток з трубною вагітністю у післяопераційний період.

6. Провести порівняльний аналіз ефективності впливу протиспайкових засобів ізольовано та у сполученні з КП на формування спайкового процесу у післяопераційний період;

7. Розробити й впровадити у практику комплекс заходів, спрямованих на оптимізацію методики відновлення репродуктивної функції пацієнток з трубною вагітністю під час лапароскопічного лікування та у післяопераційний період.

Об'єкт дослідження: фертильність за наявності в анамнезі органозберігаючого лапароскопічного втручання з приводу трубної вагітності.

Предмет дослідження: трубно-перитонеальна безплідність після лапароскопічного втручання з приводу трубної вагітності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У комплексі лікування пацієнток із прогресуючою трубною вагітністю застосували тільки радіохвильову туботомію під час лапароскопічних втручань, РЕО з СМС або гіалуронат натрію інтраопераційно, стрептокіназу та стрептодорназу, а також КП у поєднанні з фізіотерапією – у післяопераційний період.

Для вирішення поставленої мети і задач був проведений аналіз клінічних спостережень за 518 жінками.

До *першої клінічної (контрольної) групи* увійшли 60 практично здорових співробітників лікувальних закладів;

У досліджувану групу – 458 пацієнток із прогресуючою трубною вагітністю, що зверталися за медичною допомогою до Харківського міського центру гінекологічної ендоскопії у СМКПБ № 5 протягом 2006–2009 р., відділення інвазивних методів діагностики та лікування ХОКПЦ у 2010–2015 р. та філії Харківського міського центру гінекологічної ендоскопії у ХКПБ № 2 ім. М.Х. Гельферіха за період 2006–2015 років.

Усі 458 пацієнток із прогресуючою трубною вагітністю були розподілені на другу (152 пацієнтки), третю (154 пацієнтки) та четверту (152 пацієнтки) клінічні групи, яким було виконано лапароскопічне лікування ТВ з використанням радіохвильової туботомії під час лапароскопії, різних протиспайкових засобів та різних методик реабілітації у післяопераційний період.

Порівняння ефективності лікування пацієнток 2-ї, 3-ї, 4-ї клінічних груп з прогресуючою трубною вагітністю проводили за показниками фертильності практично здорових жінок 1-ї клінічної (контрольної) групи.

До *другої клінічної групи* увійшли 152 пацієнтки, в яких лікування ТВ проводили із застосуванням лапароскопічної туботомії, РЕО з СМС 40,0 мл інтраопераційно для профілактики розвитку спайкового процесу та застосування у післяопераційний період супозиторіїв зі стрептодорназою та стрептокіназою ректально 6 діб, внутрішньоматкового електрофорезу ферментів – 5 сеансів, електростимуляції маткових труб – 10 процедур.

До *третьої клінічної групи* увійшли 154 пацієнтки з ТВ після наведеного вище втручання на маткових трубах, застосуванням інтраопераційно РЕО з СМС 40,0 мл та у післяопераційний період – супозиторіїв зі стрептодорназою та стрептокіназою, введення КП № 5 внутрішньом'язово, внутрішньоматкового електрофорезу ферментів, електростимуляції маткових труб.

До *четвертої клінічної групи* увійшли 152 пацієнтки з ТВ із застосуванням радіохвильової туботомії, введенням інтраопераційно гіалуронату натрію 50,0 мл для профілактики розвитку спайкового процесу, супозиторіїв зі стрептодорназою та стрептокіназою, внутрішньом'язового введення КП № 5, внутрішньоматкового електрофорезу ферментів, стимуляції маткових труб у післяопераційний період.

Через 2 міс після завершення лікування всім 458 пацієнткам проведена метросальпінгографія (МСГ). Пацієнтки з непрохідністю маткових труб за даними МСГ були направлені на ДРТ.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У результаті проведених клінічних досліджень у 60 практично здорових жінок 1-ї клінічної (контрольної) групи було встановлено, що показник їхньої фертильності становив 81,7%, при цьому маткова вагітність зафіксована у 75%, а трубна – у 6,7% практично здорових жінок. Дані показники фертильності практично здорових жінок 1-ї клінічної групи порівнювали з відповідними показниками ефективності лікування 458 пацієнток з трубною вагітністю 2-ї, 3-ї та 4-ї клінічних груп.

Усім пацієнткам 2-ї, 3-ї, 4-ї клінічних груп через 2 міс після закінчення реабілітації на 7–11-й день менструального циклу виконана МСГ для виявлення пацієнток з непрохідністю маткових труб та направлення їх на ДРТ.

Під час вивчення даних МСГ 152 пацієнток 2-ї клінічної групи встановлено, що застосування лапароскопічного лікування з інтраопераційним використанням РЕО з СМС та фізіотерапевтичних методик реабілітації пацієнток у післяопераційний період призвело до наявності змін, що відображені у табл. 1.

Як видно з даних табл. 1, маткові труби виявилися прохідними у 134 (88,2%) пацієнток 2-ї клінічної групи через 2 міс після оперативного втручання. Даним пацієнткам дозволили вагітніти. Непрохідність маткових труб виявлена у 18 (11,8%) пацієнток 2-ї клінічної групи, які були направлені на ДРТ.

Через 2 міс після оперативного втручання усім пацієнткам 3-ї клінічної групи виконано МСГ водорозчинними препаратами на 7–11-й день менструального циклу. Результати МСГ наведені у табл. 2.

Як видно з даних табл. 2, непрохідність маткових труб розвинулася через 2 міс у 18 (11,7%) пацієнток 3-ї клінічної групи. Дані пацієнтки були направлені на ДРТ.

Таблиця 1

Результати МСГ у пацієнток 2-ї клінічної групи через 2 міс

Стан маткових труб					
Маткові труби прохідні			Непрохідність маткових труб		
Є перитубарні спайки	Немає перитубарних спайок	Усього хворих	Оклюзія дистального відділу	Непрохідність оперованої труби в істмічному відділі	Усього хворих
44	90	134	14	4	18
29%	59,2%	88,2%	9,2%	2,6%	11,8%

Таблиця 2

Результати МСГ у пацієнок 3-ї клінічної групи

Стан маткових труб					
Маткові труби прохідні			Непрохідність маткових труб		
Є перитубарні спайки	Немає перитубарних спайок	Усього хворих	Оклюдія дистального відділу	Непрохідність оперованої труби в істмічному відділі	Усього хворих
44	92	136	14	4	18
28,6%	59,7%	88,3%	9,1%	2,6%	11,7%

Маткові труби виявилися прохідними у 136 (88,3%) пацієнок, а відсутність спайкового процесу виявили у 92 (59,7%) пацієнок.

Через 2 міс після оперативного втручання усім пацієнткам 4-ї клінічної групи виконано МСГ водорозчинними препаратами на 7–11-й день менструального циклу. Дані про одержані результати ГСГ наведені у табл. 3.

Як видно з даних табл. 3, непрохідність маткових труб розвинулася через 2 міс у 16 (10,5%) пацієнок. Дані пацієнтки направлені на ДРТ. Маткові труби виявилися прохідними у 136 (89,5%) пацієнок, а відсутність спайкового процесу виявили у 108 (71,1%) пацієнок 4-ї клінічної групи.

Вивчення катamnестичних даних проведено у всіх пацієнок 2-ї, 3-ї, 4-ї клінічних груп через 2 роки після закінчення лікування.

Під час вивчення катamnестичних даних пацієнок 2-ї клінічної групи з наявністю прохідності маткових труб, результати лікування пацієнок мали позитивний ефект у 86 (56,6%) ($p < 0,05$) випадках. Маткова вагітність настала у 67 (44,1%) ($p < 0,05$), а повторна трубна – у 19 (12,5%) ($p < 0,05$) пацієнок порівняно з відповідними показниками жінок 1-ї контрольної клінічної групи. Отже, застосування лапароскопічного лікування, інтраопераційного використання РЕО з СМС, стрептокінази та стрептодорнази та фізіотерапевтичного лікування у пацієнок 2-ї клінічної групи привело до достовірного зменшення частоти настання маткової

Таблиця 3

Результати МСГ у пацієнок 4-ї клінічної групи

Стан маткових труб					
Маткові труби прохідні			Непрохідність маткових труб		
Є перитубарні спайки	Немає перитубарних спайок	Усього хворих	Оклюдія дистального відділу	Непрохідність оперованої труби в істмічному відділі	Усього хворих
28	108	136	12-	4-	16-
18,4%	71,1%	89,5%	7,9%-	2,6%-	10,5%-

Таблиця 4

Дані про відновлення репродуктивної функції пацієнок 2-ї клінічної групи після процедури ЕКЗ

Кількість пацієнок 2-ї клінічної групи з неефективним лапароскопічним лікуванням	Ефективність лікування із застосуванням ЕКЗ		
	Всього вагітностей	Маткова вагітність	Трубна вагітність
66 (43,4%)	20 (13,2%)	17 (11,2%)	3 (2,0%)

вагітності у післяопераційний період в 1,7 разу та достовірного підвищення в 1,9 разу частоти настання трубної вагітності порівняно з відповідними показниками жінок 1-ї контрольної групи. Лапароскопічне лікування було неефективним у 43,4% пацієнок 2-ї клінічної групи.

У 66 (43,1%) пацієнок 2-ї клінічної групи з відсутністю ефекту від лапароскопічного втручання проведена процедура ЕКЗ, ефективність якої відображена в табл. 4.

Як видно з даних табл. 4, після проведення процедури ЕКЗ 66 пацієнткам 2-ї клінічної групи маткова вагітність настала у 17 (11,2%), а трубна – у 3 (2,0%).

Отже, усього вдалося відновити репродуктивну функцію після лапароскопічного лікування та ДРТ у 106 (69,7%) пацієнок 2-ї клінічної групи, серед яких маткова вагітність настала у 84 (55,3%), а повторна трубна – у 22 (14,5%) пацієнок. Одержані дані по відновленню репродуктивної функції у жінок 2-ї клінічної групи відповідають даним літератури.

Результати лікування 154 пацієнок 3-ї клінічної групи з трубною вагітністю оцінювали через 2 роки після операції.

Під час вивчення катamnестичних даних пацієнок 3-ї клінічної групи та порівнянні одержаних результатів з відповідними показниками здорових жінок 1-ї контрольної клінічної групи було встановлено: результати лікування пацієнок мали позитивний ефект у 89 (57,8%) ($p > 0,05$) випадків. Маткова вагітність настала у 74 (48,1%) ($p > 0,05$), а повторна позаматкова у 15 (9,7%) пацієнок ($p < 0,05$).

Отже, застосування лапароскопічного лікування, інтраопераційного використання РЕО з СМС, стрептокінази та стрептодорнази, КП та фізіотерапевтичного лікування у пацієнок 3-ї клінічної групи привело до недостовірного зменшення частоти настання маткової вагітності у післяопераційний період в 1,6 разу та недостовірного підвищення в 1,5 разу частоти настання трубної вагітності порівняно з відповідними показниками жінок 1-ї контрольної групи. Лікування було неефективним у 65 (42,2%) пацієнок 3-ї клінічної групи.

Слід зазначити, що 65 (42,2%) пацієнткам 3-ї клінічної групи з відсутністю ефекту від лапароскопічного втручання була проведена процедура ЕКЗ, ефективність якої відображена у табл. 5.

Як видно з даних табл. 5, після проведення процедури ЕКЗ 65 пацієнткам 3-ї клінічної групи маткова вагітність настала у 26 (16,9%), а трубна – у 2 (1,3%) жінок.

Отже, усього вдалося відновити репродуктивну функцію після лапароскопічного лікування та ДРТ у 117 (76%) пацієнок 3-ї клінічної групи, серед яких маткова вагітність настала у 100 (64,9%), а позаматкова – у 17 (11,0%) пацієнок.

Таблиця 5

Дані про відновлення репродуктивної функції пацієнток 3-ї клінічної групи після процедури ЕКЗ

Кількість пацієнток 3-ї клінічної групи з неефективним лапароскопічним лікуванням	Ефективність лікування із застосуванням ЕКЗ		
	Всього вагітностей	Маткова вагітність	Трубна вагітність
65 (42,2%)	28 (18,2%)	26 (16,9%)	2 (1,3%)

Результати лікування пацієнток 4-ї клінічної групи з прогресуючою трубною вагітністю оцінювали через 2 роки після операції. Під час вивчення катamnестичних даних пацієнток 4-ї клінічної групи та порівнянні одержаних результатів з відповідними показниками жінок 1-ї контрольної групи було встановлено, що результати лікування пацієнток мали позитивний ефект в 102 (67,1%) ($p>0,05$) випадках. Маткова вагітність настала у 93 (61,2%) ($p>0,05$), а повторна позаматкова – у 9 (5,9%) пацієнток ($p>0,05$).

Отже, застосування лапароскопічного лікування, інтраопераційного використання гіалуронату натрію, стрептокінази та стрептодорнази, КП та фізіотерапевтичного лікування у пацієнток 4-ї клінічної групи привело до недостовірного зменшення частоти настання маткової вагітності у післяопераційний період в 1,1 разу та недостовірного зменшення в 1,1 разу частоти настання повторної трубної вагітності порівняно з відповідними показниками жінок 1-ї контрольної групи. Лікування було неефективним у 50 (32,9%) пацієнток 4-ї клінічної групи.

У 50 (32,9%) пацієнток 4-ї клінічної групи з відсутністю ефекту від лапароскопічного втручання проведена процедура ЕКЗ, ефективність якої відображена в табл. 6.

Як видно з даних табл. 6, після проведення процедури ЕКЗ 50 пацієнткам 4-ї клінічної групи маткова вагітність настала у 24 (15,8%), а трубна – у 2 (1,3%) жінок. Одержані нами дані з ефективності застосування ЕКЗ у пацієнток з трубною вагітністю відповідають даним М.Г. Грищенко та в 1,6 разу перевищують відповідні показники у хворих 2-ї клінічної групи.

Отже, всього вдалося відновити репродуктивну функцію після застосування лапароскопічного лікування та ДРТ у 126 (82,9%) пацієнток 4-ї клінічної групи, серед яких маткова вагітність настала у 115 (75,7%), а позаматкова – в 11 (7,2%) осіб.

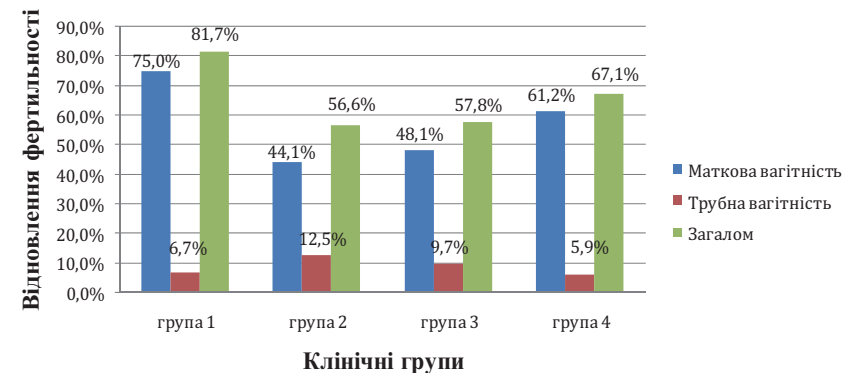
Узагальнені дані щодо відновлення репродуктивної функції представлені на мал. 1 та 2.

Таблиця 6

Дані про відновлення репродуктивної функції пацієнток 4-ї клінічної групи після процедури ЕКЗ

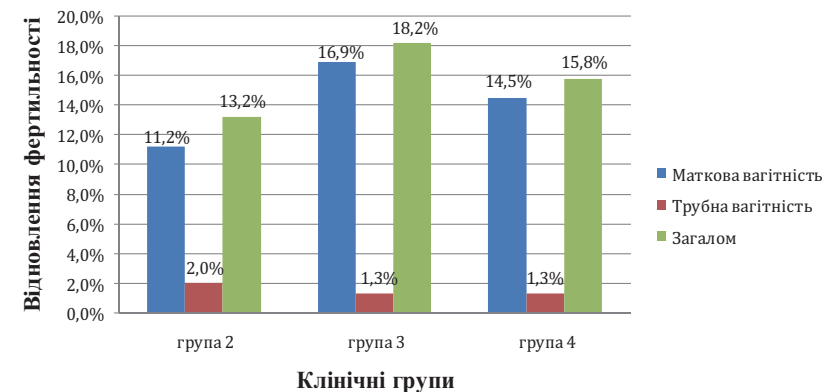
Кількість пацієнток 4-ї клінічної групи з неефективним лапароскопічним лікуванням	Ефективність лікування із застосуванням ЕКЗ		
	Всього вагітностей	Маткова вагітність	Трубна вагітність
50 (32,9%)	24 (15,8%)	22 (14,5%)	2 (1,3%)

Відновлення фертильності у спонтанному циклі



Мал. 1. Відновлення репродуктивної функції у жінок досліджуваних груп у спонтанному циклі

Відновлення фертильності із застосуванням ЕКЗ



Мал. 2. Відновлення репродуктивної функції у жінок досліджуваних груп із застосуванням ДРТ

Для з'ясування ступеня впливу застосування інтраопераційно різних протиспайкових засобів, стрептокінази та стрептодорнази з КП у післяопераційний період на розвиток спайкового процесу нами проведений аналіз розвитку спайкового процесу у післяопераційний період у 2-й, 3-й та 4-й клінічних групах хворих порівняно з показником його наявності під час виконання лапароскопічного втручання (табл. 7).

Таблиця 7

Вплив різних протиспайкових засобів, стрептокінази та стрептодорнази, КП на ступінь спайкового процесу в післяопераційний період у пацієнток 2-ї – 4-ї клінічних груп

Показник	Групи хворих							
	2-а клінічна група (n=152)		3-я клінічна група (n=154)		4-а клінічна група (n=152)		Всього відсутність спайок	Всього наявність спайок
Наявність чи відсутність спайкового процесу	Відсутність спайок	Наявність спайок	Відсутність спайок	Наявність спайок	Відсутність спайок	Наявність спайок		
Кількість хворих до втручання	50 (32,9%)	102 (67,1%)	51 (33,1%)	103 (66,9%)	50 (32,9%)	102 (67,1%)	151 (33 %)	307 (67%)
Кількість хворих у післяопераційний період	90 (59%)	62 (40,8%)	106 (68,8%)	48 (31,6%)	108 (71,1%)	44 (28,9%)	304 (66,4%)	154 (33,6%)
Зниження розвитку спайкового процесу (рази)	1,6		2,1		2,3		2,0	

За даними табл. 7, застосування інтраопераційно РЕО з СМС, стрептокінази та стрептодорнази сприяло зменшенню частоти розвитку спайкового процесу в 1,6 разу у пацієнток 2-ї клінічної групи, а застосування РЕО з СМС інтраопераційно, стрептокінази та стрептодорнази, КП у післяопераційний період сприяло зменшенню частоти розвитку спайкового процесу у 2,1 разу у пацієнток 3-ї клінічної групи.

Застосування інтраопераційно гіалуронату натрію, стрептокінази та стрептодорнази, КП у післяопераційний період сприяло зниженню частоти розвитку спайкового процесу у 2,3 рази у пацієнток 4-ї клінічної групи, що достовірно не відрізнялося від відповідних показників у пацієнток 3-ї клінічної групи.

ВИСНОВКИ

1. Застосування радіохвильової енергії при лапароскопічному лікуванні, інтраопераційного використання РЕО з СМС, стрептодорнази та стрептокінази, КП та фізіотерапевтичного лікування у пацієнток з трубною вагітністю приводить до настання маткової вагітності у 57,1% та повторної трубної вагітності у 7,1% пацієнток, що недостовірно ($p>0,05$), в 1,3 разу менше та в 1,1 разу більше ($p>0,05$) відповідних показників у жінок контрольної групи.

2. Застосування радіохвильової енергії при лапароскопічному лікуванні, інтраопераційного використання гіалуронату натрію, стрептодорнази та стрептокінази,

КП та фізіотерапевтичного лікування у пацієнток з трубною вагітністю приводить до настання маткової вагітності у 57,9% та повторної трубної вагітності у 6,6% пацієнток, що недостовірно ($p>0,05$), в 1,3 разу менше та в 1,01 разу більше відповідних показників у жінок контрольної групи.

3. Застосування РЕО з СМС інтраопераційно, стрептодорнази та стрептокінази знижує ступінь розвитку спайкового процесу у післяопераційний період в 1,6 разу.

4. Застосування РЕО з СМС інтраопераційно, стрептодорнази та стрептокінази, КП спричинює зниження частоти розвитку післяопераційного спайкового процесу у 2,1 разу, а застосування гіалуроната натрію інтраопераційно, стрептодорнази та стрептокінази, КП з метою попередження виникнення спайкового процесу приводить до зниження частоти його розвитку у 2,3 разу.

5. Використання у пацієнток з трубною вагітністю у післяопераційний період КП приводить до зниження частоти розвитку спайкового процесу в 1,3 разу, збільшення в 1,3 разу частоти настання маткової вагітності, зменшення в 1,8 разу частоти настання повторної трубної вагітності.

6. Використання у пацієнток з трубною вагітністю у післяопераційний період КП в комплексі реабілітаційних заходів зумовлює достовірному збільшенню в 1,6 разу ($p<0,05$) ефективності програм ДРТ у пацієнток з відсутністю ефекту від ендоскопічного лікування.

Восстановление репродуктивного здоровья женщин, которые перенесли оперативные вмешательства по поводу трубной беременности М.М. Козуб

Применение противоспаечных барьеров без влияния на другие звенья патогенеза спайкообразования не обеспечивает 100% эффект восстановления фертильности у пациенток с трубной беременностью.

Цель исследования: повышение уровня восстановления фертильности у женщин с трубной беременностью после лапароскопического лечения с применением противоспаечных препаратов, криоэкстракта плаценты, физиотерапии и ДРТ.

Материалы и методы. Проведен анализ клинических наблюдений 458 пациенток с трубной беременностью. Сравнение эффективности лечения пациенток клинических групп включало проведение лапароскопии, радиоволновой туботомии, применение РЕО с СМС 40,0 мл или гиалуроната натрия 50,0 мл интраоперационно для профилактики развития спаечного процесса, применение в послеоперационном периоде стрептодорназы и стрептокиназы, внутриматочного электрофореза ферментов, электростимуляции маточных труб и введения криоэкстракта плаценты.

Результаты. Применение указанных методик лечения у пациенток 2-й, 3-й и 4-й клинических групп позволило восстановить репродуктивную функцию у 66,4%, 81,8% и 82,9% соответственно. Маточная беременность наступила у 52% пациенток 2-й клинической группы, 74% пациенток 3-й клинической группы, 75,7% пациенток 4-й клинической группы. Повторная трубная беременность наступила у 14,5% пациенток 2-й клинической группы, 7,8% пациенток 3-й клинической группы и 7,2% пациенток 4-й клинической группы.

Выводы. Применение у пациенток 2-й клинической группы радиоволновой туботомии, РЕО со СМС, стрептодорназы и стрептокиназы снизило развитие спаек в 1,6 раза. При-

менение у пациенток 3-й клинической группы радиоволновой туботомии, PEO с СМС, стрептодорназы и стрептокиназы, КП снизило спайкообразование в 2,1 раза. Применение у пациенток 4-й клинической группы радиоволновой туботомии, гиалуроната натрия, стрептодорназы и стрептокиназы, КП снизило спаечный процесс в 2,3 раза.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, трубная беременность.

Reproductive health of women who underwent surgical interventions for tubal pregnancy M.M. Kozub

The use of antiadhesive barriers without affecting the other links in the pathogenesis of adhesion does not provide a 100% fertility recovery effect in patients with tubal pregnancy.

The objective: of the studies was to increase the level of fertility recovery in women with tubal pregnancy after laparoscopic treatment with usage of antiadhesive barriers, cryoextract of the placenta, physiotherapy and ART.

Materials and methods. The analysis of clinical observations of 458 patients with tubal pregnancy was carried out. The effectiveness of patient's treatment in clinical groups which included laparoscopy, radiowave tubotomy, PEO with CMC 40.0 ml or sodium hyaluronate 50.0 ml intraoperatively was compared. To prevent the development of adhesions the use of streptodornase and streptokinase in the postoperative period, intrauterine electrophoresis of enzymes, electrostimulation of the fallopian tubes and the introduction of placental cryoextract was implemented.

Results. The use of above mentioned methods in 2nd, 3rd and 4th clinical patient's groups made it possible to restore reproductive function in 66.4%, 81.8% and 82.9% respectively. Uterine pregnancy occurred in 52% of patients in the 2nd clinical group, 74% of patients in the third group, 75.7% of patients in the 4th group. Recurrent tubal pregnancy occurred in 14.5% of patients in the 2nd clinical group, 7.8% in the 3rd group and 7.2% in the 4th group.

Conclusions. The use of radiowave tubotomy, PEO with CMC, streptodornase and streptokinase in the patients of the 2nd clinical group reduced the development of adhesions by 1.6 times. The use of radiowave tubotomy, PEO with CMC, streptodornase and streptokinase, placental cryoextract in patients of the third clinical group reduced the adhesion formation by 2.1 times. Application of radio wave tubotomy, sodium hyaluronate, streptodornase and streptokinase, placental cryoextract in the 4th clinical group reduced the adhesion process by 2.3 times.

Key words: reproductive health, pipe pregnancy.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. ACOG Practice Bulletin. Number 191, February 2018. Tubal Ectopic Pregnancy. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Published by Wolters Kluwer Health, Inc. 13 p.; Nishida et al. A Case of Successful Laparoscopic Surgery for Tubal Stump Pregnancy After Tubectomy. Clinical Medicine Insights: Case Reports. № 8. – 2015. – P. 1–4.
2. Chirculescu B., Chirculescu R., Ionescu M., Peltecu G., Panaitescu A. // Chirurgia. – 2017. – No. 1 (112). – P. 68–71. <http://dx.doi.org/10.21614/chirurgia.112.1.68>
3. Ayse Karahasanoglu et al., HCG in Cul-de-sac Fluid in Tubal Ectopic Pregnancy – A New Diagnostic Approach. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2016 Apr, Vol-10(4): QC01-QC03. <http://dx.doi.org/10.7860/JCDR/2016/17549.7600>

4. Park, Esther H.G. et al., Subsequent pregnancy outcome of tubal ectopic pregnancies treated by methotrexate and salpingectomy, Eur J Obstet Gynecol (2017), 2 P., <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.02.018>
5. Bolnick A., Bolnick J., Diamond M.P. Postoperative Adhesions as a Consequence of Pelvic Surgery //J Minim Invasive Gynecol. 2015 May-Jun;22(4):549-63. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmig.2014.12.009>
6. Hu C, Chen Z, Hou H et al Infertility evaluation via laparoscopy and hysteroscopy after conservative treatment for tubal pregnancy. //Int J Clin Exp Med. 2014 Oct 15;7(10):3556-61
7. Lugo E. Laparoscopic Tubal Surgery / E. Lugo, L. Mencaglia // Manual of Gynecological Laparoscopic Surgery / L. Mencaglia, L. Minelli, A. Wattiez. – 2nd ed. – Tuttlingen : Endo:Press, 2010. – P. 103–113.
8. Kraemer B., Birch J.C., Birch J.V et al. Patients' awareness of postoperative adhesions: results from a multi-centre study and online survey //Arch Gynecol. Obstet. 2014, May;283(5):1069–73.
9. Щербина І.М., Лазуренко В.В., Мерцалова О.В. Профілактика злуків процесу при ендоскопічних втручаннях в гінекологічній практиці //Педіатрія, акушерство та гінекологія 2012. – № 1. – С. 84–86.
10. Козуб Н.І., Сокол М.П. Експериментальне обґрунтування і порівняльна оцінка клінічного використання радіоволнової енергії, аргонплазменної коагуляції, протизлуківкового препарату «Intercoat» і комплексу реабілітації після лапароскопічного лікування пацієнток з синдромом полікістозних яєчників і трубно-перитонеальним безпліддям //Georgian Medical News № 4 (229) Апрель 2014. – С. 80–87.
11. Ectopic pregnancy with tubal rupture; an analysis of 80 cases / S. Ashfaq, S. Sultan, S. Aziz, S. Mohammed Irfan, M. Hasan, A. Siddique. J Ayub Med Coll Abbottabad. – 2017. – 29 (2). – P. 254–257.
12. Юзько О.М. Клінічно-статистичний аналіз використання в Україні допоміжних репродуктивних технологій для лікування безпліддя /О.М. Юзько, Т.А. Юзько //Буковинський медичний вісник. – 2011. – Т. 15, № 3 (59). – С. 135–137.
13. Pigott R. The Adhesion Molecule / R. Pigott, Ch. Power. // Facts Book. Academic Press, New York, 2011. – P. 127–129.
14. Прокопюк О.С. Кріоконсервування плаценти та визначення механізмів її впливу на організм реципієнтів пізнього онтогенезу: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук: спец. 14.01.35 «Кріомедицина» / О.С. Прокопюк. – Харків, 2014. – 36 с.
15. Шепітько К.В. Морфометрична характеристика стінки клубової кишки при введенні кріоконсервованої плаценти на тлі гострого асептичного запалення черевної порожнини у щурів / К.В. Шепітько // Світ медицини та біології. – 2014. – № 3 (45). – С. 158–161.
16. Грищенко М.Г. Патогенетичні основи вдосконалення допоміжних репродуктивних технологій у жінок, які перенесли хронічні запальні захворювання органів малого таза: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.01.01 «Акушерства та гінекологія» / М.Г. Грищенко. – Харків, 2011. – 36 с.

Особливості гемостазу після лапароскопічних операцій на придатках матки у жінок з надмірною масою тіла

В.В. Костіков

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

Результати проведених досліджень свідчать про високий ризик тромбоеморагічних ускладнень у пацієнток після лапароскопічних операцій на придатках матки. Це диктує необхідність удосконалення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: лапароскопічні операції, придатки матки, гемостаз, надмірна маса тіла.

Протягом останніх десятиліть кількість виконуваних лапароскопічних операцій у гінекологічній практиці неухильно зростає. Це пов'язано з перевагами цих операцій: мінімальною операційною травмою, сприятливим перебігом післяопераційного періоду, скороченням термінів стаціонарного лікування і тимчасовою непрацездатності пацієнток, повнішим відновленням функції репродуктивної системи. Найчастішими показниками для проведення лапароскопії є патологічні процеси маткових труб, доброякісні пухлини і пухлиноподібні утворення яєчників, генітальний ендометріоз, міома матки, трубна вагітність, вади розвитку статевих органів, трубна стерилізація [1–5].

За даними низки авторів [1, 2], загальна кількість ускладнень при хірургічній лапароскопії становить від 15% до 30,0% і може перевищувати частоту ускладнень після традиційних втручань. При цьому активацію тромбогенезу і ознаки хронічного ДВЗ-синдрому фіксують у 20,6% хворих [3]. У частини пацієнток, особливо за наявності надмірної маси тіла, тромбоеморагічні ускладнення не маніфестують клінічно, але можуть розвинутиися після виписки зі стаціонару і найчастіше виявляються у вигляді стійкого посттромботичного ушкодження вен і хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок з розвитком посттромбофлебійного синдрому протягом трьох років у 35–69% хворих, що суттєво знижує їхню працездатність і якість життя [4, 5].

Дійсна частота тромбоемболічних ускладнень після лапароскопічних операцій залишається неуточненою. Не до кінця зрозумілі і механізми розвитку цих ускладнень.

Підвищення внутрішньочеревного тиску при лапароскопії призводить до порушення серцевої діяльності, зниження артеріального кровотоку в органах черевної порожнини, компресії нижньої порожнистої вени і обмеженню повернення з нижніх кінцівок, розширення венозних судин, що в своїй сукупності у тій чи іншій мірі підвищує ризик тромбоутворення [1–5]. Положення Тренделенбурга ще більш посилює ситуацію, впливаючи на перерозподіл об'ємів крові з урахуванням

гравітаційних взаємодій, і знижує швидкість венозного відтоку від верхніх відділів тіла, що також може стати однією з причин тромбоемболічних ускладнень [3].

Мета дослідження: вивчення стану коагуляційного компонента гемостазу і морфологічних властивостей тромбоцитів у жінок з надмірною масою тіла до і після виконання лапароскопічних операцій на придатках матки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети були обстежені 50 жінок з надмірною масою тіла, прооперованих лапароскопічним шляхом на придатках матки.

Клінічне і лабораторне обстеження здійснювались до операції і через добу після неї, а також на третю та сьому добу післяопераційного періоду.

Клінічне обстеження включало вивчення скарг, анамнезу захворювання, анамнезу життя, гінекологічного і акушерського анамнезу, загальний огляд і спеціальне гінекологічне обстеження, бактеріоскопію відокремлюваного каналу шийки матки, піхви і сечівника, ультразвукове дослідження органів малого таза.

Аналізуючи перебіг лапароскопічної операції, враховували її тривалість, показники артеріального тиску, пульсу, частоту дихання, температуру тіла, вид анестезії, об'єм інтраопераційної крововтрати. У післяопераційний період оцінювали наявність і частоту тромбоеморагічних ускладнень, загальну тривалість перебування у стаціонарі і післяопераційний койко-день.

Відповідно до мети у жінок визначали кількість, морфологію і агрегатоутворення тромбоцитів, показники гемокоагуляції і фібринолітичної системи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вік жінок коливався від 27 до 55 років. Середній вік жінок становив $34,7 \pm 1,8$ року. Більше половини обстежених жінок мали в анамнезі вагітність (60,0%), але лише в 1/3 вона закінчилася пологами (34,0%). Звертає на себе увагу те, що в значної частини пацієнток акушерсько-гінекологічний анамнез був обтяжений абортми (40,0%), мимовільними викиднями (16,0%). У частини обстежених жінок були вказівки на позаматкову вагітність (4,0%) і пізнього викидня (2,0%).

Частота екстрагенітальних захворювань, крім надмірної маси тіла, становила 66,0%. Частіше інших зустрічались:

- захворювання сечовидільної системи (хронічний пієлонефрит, цистит, сечокам'яна хвороба);
- серцево-судинні захворювання (артеріальна гіпертензія, вегето-судинна дистонія за гіпертонічним типом);
- хронічні захворювання травного тракту (хронічний гастрит, коліт, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки);
- хронічні захворювання печінки і жовчовивідних шляхів (хронічний гепатит, жовчнокам'яна хвороба, хронічний опісторхоз);
- захворювання верхніх дихальних шляхів (хронічний бронхіт, трахеїт);
- варикозна хвороба нижніх кінцівок;
- ендокринні захворювання (цукровий діабет, гіпотиреоз).

Звертає увагу висока гінекологічна захворюваність обстежених жінок. У структурі гінекологічних захворювань провідне місце посідали полікістоз яєчників

(40,0%), кісти і кістоми яєчників (38,0%), ендометріоз яєчників і маткових труб (32,0%), первинна і (24,0%), вторинна безплідність (18,0%). Рідше виявляли ерозію шийки матки (14,0%), гідросальпінкс (12,0%) і порушення менструальної функції (6,0%). Причому поєднана гінекологічна патологія наголошувалася у 18,0% жінок.

Усі пацієнтки, які поступили у стаціонар, були оперовані в плановому порядку. Свідченнями для виконання лапароскопічних операцій були первинна і вторинна безплідність (44,0%), кісти і кістоми яєчників (30,0%), ендометріоз яєчників і маткових труб (24,0%) і гідросальпінкс (4,0%).

Під час аналізу об'єму і характеру виконаних операцій було встановлено, що найчастіше проводили розтин спайок області придатків матки (46,0%), хромогідротубацію (44,0%), електрокаутеризацію полікістозних яєчників (42,0%), резекцію і декортикацію яєчників (40,0%), пластику ампулярного відділу маткових труб (24,0%). У меншій кількості спостережень виконано вишування кіст яєчників (14,0%), видалення маткових труб (12,0%) і хірургічну стерилізацію (6,0%). Середня тривалість операції становила $43,3 \pm 0,7$ хв, а об'єм крововтрати – $54,7 \pm 0,9$ мл.

Післяопераційний період ускладнився в 3 (6,0%) спостереженнях розвитком тромбофлебіту м'язових вен правої голілки, в 1 (2,0%) – тромбоемболією легеневої артерії, не пов'язаної з розвитком гострого тромбофлебіту. У всіх спостереженнях після проведення консервативного лікування післяопераційні ускладнення були купейні.

До операції показники коагуляційного гемостазу жінок, які отримували традиційне лікування, достовірно не відрізнялися від показників здорових жінок репродуктивного віку.

У першу добу після операції фіксували достовірно значуще ($p < 0,05$) збільшення показників активованого часу рекальцифікації (АЧР) – на 18,4%, активованого частково тромбопластинового часу (АЧТЧ) – на 19,1%, протромбінове відношення (ПВ) – на 46,6%, міжнародні нормалізовані відносини (МНВ) – на 43,75%, фібриногену (ФГ) – на 25,9%, розчинні фибринмономерні комплекси (РФМК) – на 39,4%, продукти деградації фібрину (ПДФ) – на 11,9% і достовірне значуще зниження значень антитромбіну ІІІ (АТ ІІІ) – на 17,9%, індекс резерву плазміногена (ІРП) – на 29,7%. Достовірно значущі відмінності АЧР, ПВ, МНВ, ПДФ зберігалися до третьої доби після операції, АЧТЧ, РФМК, АТ-ІІІ і ІРП – до сьомої доби післяопераційного періоду.

Під час аналізу тромбоцитарної ланки гемостазу було встановлено, що у передопераційний період кількість тромбоцитів була на 47,8% вище ($p < 0,05$) порівняно зі здоровими жінками. Крім того, достовірно вищими виявилися показники числа малих агрегатів (ЧАУ) – в 2,2 разу, число великих агрегатів (ЧВА) – в 2,9 разу, число агрегатів (ЧА) – в 2,3 разу вище. Інші показники тромбоцитарного гемостазу достовірно не відрізнялися від контрольної групи.

Цікавим є той факт, що у жінок, які отримували традиційне лікування, у першу добу після операції відбувалося статистично значуще зниження дискоцитів (Д) – на 16,6% і підвищення сфероцитів (СЕ) – на 11,7%, число агрегатоутворювальних тромбоцитів (ЧАУ) – на 19,7%, ЧМА – на 29,7%, ЧВА – на 51,7%, ЧА – на 32,8%, тромбоцитарного чинника 3 (РЗ) – на 50,3%.

Достовірно значущі зміни Д, З, ЧВА, РЗ порівняно з доопераційними показни-

ками зберігалися до 3–4-ї доби після операції, а СЕ і ЧАУ – до 5–7-ї доби післяопераційного періоду. Число тромбоцитів на 1–7-у добу після операції достовірно не відрізнялося від передопераційних показників і у всі терміни спостереження було вищим ($p < 0,05$) порівняно зі здоровими жінками дітородного віку. З 1-у по 7-у добу після операції відбувалося статистично значиме зменшення ЧМА, ЧВА, ЧА, водночас навіть на 5–7-у добу після операції ці показники залишалися достовірно вищими порівняно зі здоровими жінками.

ВИСНОВОК

Отже, результати проведених досліджень свідчать про високий ризик тромбогеморагічних ускладнень у жінок з надмірною масою тіла після лапароскопічних операцій на придатках матки. Це диктує необхідність удосконалення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Особенности гемостаза после лапароскопических операций на придатках матки у женщин с избыточной массой тела В.В. Костиков

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высоком риске тромбогеморрагических осложнений у пациенток после лапароскопических операций на придатках матки. Это диктует необходимость усовершенствования алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: лапароскопические операции, придатки матки, гемостаз, избыточная масса тела.

Features of a hemostasis after laparoscopic operations on uterus appendages at women with excess body weight. V.V. Kostikov

Results of the spent researches testify to high risk trombohemorrhagical complications at patients after laparoscopic operations on uterus appendages. It dictates necessity of improvement of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: laparoscopic operations, uterus appendages, a hemostasis.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Азиев О.В., 2017. Серьезные осложнения лапароскопии // Эндоскопия и альтернативные подходы в хирургическом лечении гинекологических болезней : М : 157–160.
2. Александров В.С., 2015. Сочетанные операции в гинекологической практике // Эндоскопия и альтернативные подходы в хирургическом лечении гинекологических болезней : М : 462–464.
3. Баркаган З.С., 2009. Основы диагностики нарушений гемостаза. – М.: Изд-во «Ньюдиамед-АО» : 224.
4. Бронштейн А.С., 2015. Лапароскопическая хирургия. Состояние проблемы и собственный опыт // Межд. мед. журн. : 3 : 203–206.
5. Горин В.С., 2017. Гиперкоагуляция как одно из осложнений лапароскопических операций в гинекологии // Эндоскопия и альтернативные подходы в хирургическом лечении гинекологических болезней : М : 376–378.

Ускладнення після ургентних лапароскопічних операцій у гінекології

Ю.Л. Пікуль

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

Вивчення характеру і структури ускладнень лапароскопії за досліджуваний період дозволяють виявити низку принципових закономірностей. Останні роки характеризувалися бурхливим зростанням кількості та істотним розширенням об'єму втручань, що виконуються лапароскопічним доступом. Це обставина, природно вимагає освоєння нових методик і техніки проведення операцій. Цей період супроводжувався досить великою кількістю ускладнень.

У подальшому, у міру вдосконалення навиків і накопичення досвіду, кількість ускладнень мала тенденцію до зниження. Так, порівняльний аналіз ускладнень лапароскопії довів, що за останні п'ять років разом із збільшенням кількості виконаних операцій майже у два рази зафіксовано істотне зниження частоти усіх видів ускладнень лапароскопії. Отримані результати необхідно враховувати в практичній охороні здоров'я під час рішення питання про проведення лапароскопічних гінекологічних операцій.

Ключові слова: лапароскопія, гінекологічні операції, ускладнення.

Виконання лапароскопії у пацієнток з різною гінекологічною патологією, на нашу думку, низки авторів [1–4] супроводжується ризиком розвитку інтра- та післяопераційних ускладнень. Недосконалість доопераційної діагностики поширеності і точної локалізації генітальної патології, особливо на тлі спайкового процесу [4] і пов'язана з ним небезпека поранення органів черевної порожнини, протягом довгого часу викликають особливу заклопотаність хірургів і заставляють шукати нові підходи до проблеми, удосконалюючи техніку лапароскопічних втручань.

Підвищення безпеки виконання лапароскопії у пацієнток з генітальною патологією, на нашу думку, засноване на чотирьох принципово важливих складових [4]:

- вираженість спайкового процесу в черевній порожнині і малого тазі перед проведенням лапароскопічного втручання;
- вибір найбільш оптимального, безпечного лапароскопічного методу входження в черевну порожнину;
- раціональні методи виконання лапароскопічного адгезіолізу;
- ефективна профілактика післяопераційних ускладнень.

Дані про частоту інтра- і післяопераційних ускладнень при гінекологічних лапароскопічних операціях у літературі вельми суперечливі [1–4]. Проте всі автори вважають, що оперативні втручання на органах черевної порожнини є важливим

ушкоджувальним чинником, що сприяє виникненню інтра- і післяопераційних ускладнень.

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

Мета дослідження: вивчення частоти і характеру інтра- і післяопераційних ускладнень при гінекологічних лапароскопічних операціях.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети були зібрані відомості про 98 (5,3%) ускладнень, що виникли під час виконання або з'явилися наслідком 1862 лапароскопічних гінекологічних операцій.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Усі виконані лапароскопічні операції були розподілені на 4 групи (за класифікацією І.З. Гладчука та співавторів, 2009):

1. Діагностична лапароскопія.
2. Малі лапароскопічні операції. Стерилізація, біопсія яєчників, операції при полікістозі яєчників, пункція і аспірація кіст яєчників, лікування ендометріозу 1 ступеня по класифікації R-AFS, адгезіолізис при мінімально вираженому спайковому процесі.
3. Великі лапароскопічні операції. Лапароскопічні операції, застосовані при лікуванні ендометріозу 2–3 ступеня вираженості, сальпінгооваріолізис, сальпінго-неостомія, фібріопластика, тубектомія і сальпінготомія при ектопічній вагітності, цистектомія, аднексектомія тощо.
4. Лапароскопічні операції підвищеної складності. Консервативна міомектомія, гістеректомія, лапароскопічне лікування ендометріозу 3–4 ступеня, лімфаденектомія, лапароскопічні операції для корекції пролапсу статевих органів і нетримання сечі, гістеректомія тощо.

Спектр і частота хірургічних втручань, виконаних лапароскопічним доступом, у міру накопичення досвіду і вдосконалення навиків за минулий період зазнала істотної зміни. Ця обставина безпосередньо впливала на структуру лапароскопічних ускладнень.

Для зручності сприйняття і детального аналізу причин виникнення ускладнень лапароскопії було визначено доцільним розділити весь період спостереження на два п'ятирічні проміжки: з 2008 до 2012 рр. і з 2013 до 2017 рр.

Протягом 2008–2012 років відбувався відробіток техніки і освоєння методики основних лапароскопічних операцій (операції з приводу безплідності, на придатках матки, міомектомія, гістеректомія тощо). Останні п'ять років характеризуються подальшим розширенням і вдосконаленням виконання ендоскопічних втручань підвищеної складності (у пацієнток з череворозтином в анамнезі, при поширених формах ендометріозу, корекція нетримання сечі і пролапсу статевих органів).

Усі виконані лапароскопічні операції були розподілені за складністю та датою їхнього виконання на дві групи – з 2008 до 2012 рр. і 2013–2017 рр.

Кількість і частота лапароскопічних операцій залежно від ступеня складності демонструє зміни у структурі виконаних лапароскопічних операцій за весь період

спостереження. За останніх п'ять років загальна кількість ендоскопічних процедур збільшилася майже удвічі. Так, якщо у 2008–2012 рр. було виконано 716 операцій, то за період 2013–2017 рр. їхня кількість становила 1146.

Питома вага діагностичних втручань за весь період спостереження була стабільною і становила не більше 5%. При вивченні свідчень до виконання лапароскопії серед усіх пацієнток більше ніж в 90% з них була виявлена безплідність.

Частота малих лапароскопічних операцій має стійку тенденцію до зниження, не дивлячись на незначне збільшення їхньої загальної кількості. Якщо в 2008–2012 рр. питома вага таких втручань становила 23,0%, то в 2013–2017 рр. – 14,7% від загальної кількості проведених операцій.

Практично не змінилася частота великих лапароскопічних операцій, протягом усього періоду спостереження вона становила трохи більше половини, хоча загальна кількість таких втручань зросла в 1,5 разу (у 2008–2012 рр. – 391, у 2013–2017 рр. – 600).

Крім того, очевидним був прогрес серед лапароскопічних втручань підвищеної складності. Якщо у 2008–2012 рр. ці операції становили 17,5% від загальної кількості, то в 2013–2017 рр. їхня питома вага серед усіх ендоскопічних операцій виявилася 28,7% (майже в 1,6 разу).

У першу чергу значно зросла кількість лапароскопічних гістеректомій (ЛГ). Останнім часом практично немає обмежень для використання лапароскопії у пацієнток з череворозтинами в анамнезі. Кількість і характер перенесених у минулому череворозтинів (розлитий гнійний перитоніт, кишкова непрохідність, 3–4 лапаротомії) не є протипоказанням для ендоскопічної операції. За минулий період було прооперовано більше 200 пацієнток з череворозтинами в анамнезі незалежно від вираженості спайкового процесу черевної порожнини і малого таза.

Значно активніше останнім часом виконуються лапароскопічні втручання при інфільтративних формах ендометріозу із залученням до патологічного процесу суміжних органів (прямої кишки, сечоводів). Таких операцій за минулий період було виконано близько 100. З них більше ніж у 11 пацієнток посічення патологічно змінених тканин супроводжувалося дисекцією сечоводів, у 3 хворих – розтинном просвіту прямої кишки і відновленням її цілості лапароскопічним доступом.

Також суттєво розширився спектр проведених лапароскопічних операцій для корекції нетримання сечі і пролапсу статевих органів (операція Берча, використання синтетичних протезів для фіксації шийки, тіла матки і куполу піхви тощо). Якщо у 2008–2012 рр. такі операції були поодинокими, то за 2013–2017 роки кількість подібних втручань перевищила 50.

Найчастіше за минулий період виконували великі лапароскопічні операції, їхня питома вага становила більше 50%, а найрідше ендоскопічне втручання виконувалося з діагностичною метою (менше 5% від загальної кількості).

Таке суттєве збільшення хірургічної активності природно не могло не позначитися на зміні частоти і характеру лапароскопічних ускладнень.

Як зазначалося раніше, всього за період з 2008 до 2017 роки нами було зареєстровано 98 ускладнень, що виникли у процесі проведення або після лапароскопічних операцій. Загальна частота ускладнень лапароскопії за весь період спостереження становила 5,3%.

Таблиця 1

Частота і характер ускладнень лапароскопічних гінекологічних операцій

Характер ускладнення	2008-2012 рр.		2013-2017 рр.	
	п	Відсоток на 716 операцій	п	Відсоток на 1146 операцій
Поранення магістральних судин	1	0,15	1	0,09
Пошкодження епігастральних судин	2	0,3	1	0,09
Пошкодження кишечника	8	1,1	7	0,6
Пошкодження сечовидільних органів	4	0,6	4	0,35
Кровотечі	11	1,5	10	0,9
Інфекційно-запальні ускладнення	16	2,2	11	0,96
Тромбогеморагічні ускладнення	12	1,7	10	0,9
Усього 98 ускладнень	54	7,5	44	3,8

Частота і характер лапароскопічних ускладнень за досліджувані п'ятирічні проміжки (2008–2012 і 2013–2017 рр.) часу мали досить суттєві відмінності.

У табл. 1 представлені всі ускладнення лапароскопії за періоди, що вивчаються.

Під час зіставлення результатів, отриманих за різні тимчасові періоди, виявлено, що, не дивлячись на суттєве розширення переліку лапароскопічних операцій і значне збільшення їхньої кількості, загальна частота ускладнень навіть трохи знизилася (з 7,5% до 3,8% відповідно). Разом з цим сталися зміни в характері і структурі ускладнень.

Поранення магістральних і епігастральних судин, що виникли при введенні троакарів, фіксували в поодиноких випадках і не відображали загальну картину. Це є свідченням хорошої методики виконання лапароскопічного входження в черевну порожнину. Проте повністю уникнути таких ускладнень не удалось з огляду на те, що останніми роками лапароскопічний доступ став застосовуватися все частіше в структурі всіх гінекологічних операцій.

Відзначено незначне зниження частоти пошкоджень кишечника і органів сечовидільної системи (з 1,15% до 0,6% і з 0,6 до 0,35% відповідно).

У структурі різних ускладнень лапароскопічних гінекологічних операцій найчастіше зустрічалися інтраопераційні кровотечі (1,5% і 0,9%), інфекційно-запальні ускладнення (ранова інфекція – 2,2% і 0,96%) і тромбогеморагічні ускладнення (тромбофлебіт глибоких вен нижніх кінцівок і таза – 1,7% і 0,9% відповідно). Водночас було відмічено зниження частоти усіх наведених вище ускладнень у другому тимчасовому періоді, навіть не дивлячись на збільшення складності і об'єму лапароскопічних операцій.

Ці зміни частоти і структури ускладнень лапароскопії мають прямий зв'язок з характером вироблених ендоскопічних втручань.

У табл. 2 представлені ускладнення лапароскопії та їхня частота залежно від складності ендоскопічної операції.

Даних, представлених у табл. 2, свідчать, що найчастіше ускладнення виявляли при виконанні лапароскопічних операцій підвищеної складності (6,2%), найрідше вони реєструвалися при втручаннях, що виконуються з метою діагностики стану внутрішніх статевих органів (3,6%).

До ускладнень діагностичної лапароскопії у даному дослідженні було віднесено єдине поранення магістральної судини, що зажадало негайного переходу до череворозтину. Свідченням до лапароскопії у цієї пацієнтки було пухлинне утворення лівого яєчника, проте пошкодження аорти першим троакаром зажадало негайного переходу на череворозтин, у зв'язку з чим ендоскопічне втручання було обмежене лише діагностичним етапом.

Інші ускладнення, пов'язані із входженням у черевну порожнину (ретроперитонеальні гематоми у проекції магістральних судин і травми кишечника, що виникали під час введення першого троакара) діагностували і усували ендоскопічним доступом, тому не були віднесені нами до ускладнень діагностичної лапароскопії.

Під час проведення малих ендоскопічних операцій наголошувалися лише ускладнення (всього 15), які були віднесені нами до кровотеч. При цьому було зареєстровано 3 поранення нижніх епігастральних судин, 11 гематом малого таза після коагуляції яєчника та 1 пошкодження зовнішньої клубової вени під час декортикації яєчників з приводу полікістозу і пов'язаної з ним безплідності.

Усі ускладнення малих лапароскопічних операцій та їх динаміка за 2008–2012 рр. і 2013–2017 рр. представлені в табл. 3.

Дані табл. 3 свідчать, що частота ускладнень за періоди, що вивчаються, при малих лапароскопічних операціях знизилася з 5,5% до 3,6% відповідно, загалом за рахунок кровотеч (з 4,2% до 2,9%). У той самий час слід зазначити поранення зовнішньої клубової вени під час виконання декортикації яєчників хірургом початківцем, що свідчить про можливість виникнення важких ускладнень при проведенні простих маніпуляцій лапароскопічним доступом.

Ускладнення, що спостерігалися під час великих лапароскопічних операцій представлені в табл. 4.

Дані, наведені у табл. 4, свідчать, що сумарна частота ускладнень великих лапа-

Таблиця 2

Ускладнення лапароскопії та їхня частота залежно від складності ендоскопічної операції

Характер втручання	Операції, n	Ускладнення, n	%
Діагностична лапароскопія	83	3	3,6
Малі лапароскопічні операції	334	15	4,5
Великі лапароскопічні операції	991	52	5,3
Операції підвищеної складності	454	28	6,2
Усього	1862	98	5,3

Таблиця 3

Характер ускладнень при малих гінекологічних операціях

Характер ускладнення	2008-2012 рр. 165 операцій		2013-2017 рр. 169 операцій (ускладнення лапароскопічних операцій підвищеної складності)	
	n	%	n	%
Пошкодження епігастральних судин	2	1,2	1	0,6
Кровотечі	7	4,2	5	2,9
Усього	9	5,5	6	3,6

Таблиця 4

Ускладнення при великих лапароскопічних операціях

Характер ускладнення	2008-2012 рр. 391 операція		2013-2017 рр. 600 операцій	
	n	%	n	%
Пошкодження епігастральних судин	1	0,3	-	
Пошкодження кишечника	5	1,3	4	0,7
Кровотечі	5	1,3	6	1,0
Інфекційно-запальні ускладнення	9	2,3	9	1,5
Тромбогеморагічні ускладнення	7	1,8	7	1,2
Усього	28	7,2	24	4,0

Таблиця 5

Ускладнення лапароскопічних операцій підвищеної складності

Характер ускладнення	2008-2012 рр. 125 операцій		2013-2017 рр. 329 операцій	
	n	%	n	%
Поранення магістральних судин	1	0,8	1	0,3
Пошкодження кишечника	3	2,4	2	0,6
Пошкодження сечовидільних органів	2	1,6	1	0,3
Кровотечі	4	3,2	3	0,9
Інфекційно-запальні ускладнення	3	2,4	2	0,6
Тромбогеморагічні ускладнення	3	2,4	3	0,9
Усього	16	12,8	12	3,6

роскопічних операцій знизилася з 7,2% до 4,0%, причому рівномірно за рахунок усіх видів ускладнень.

Ускладнення, що спостерігалися під час лапароскопічних операцій підвищеної складності та їхня динаміка за роках представлені у табл. 5.

Дані табл. 5 наочно демонструють, що при складних ендоскопічних втручаннях різні ускладнення виявлялися з найбільшою частотою. Вивчення їхньої динаміки за минулий період показало, що висока частота ускладнень за період з 2008 до 2012 рр. пояснюється насамперед невеликою кількістю проведених операцій (всього 126). У подальші п'ять років простежується чітка тенденція до зниження загальної частоти ускладнень при лапароскопічних операціях підвищеної складності (329 операцій). При цьому характерною особливістю є зниження сумарної частоти післяопераційних ускладнень з 12,8% до 3,6% відповідно за рахунок усіх видів ускладнень.

ВИСНОВКИ

Отже, вивчення характеру і структури ускладнень лапароскопії за досліджуванний період дозволяють виявити низку принципових закономірностей. Останні роки характеризувалися бурхливим зростанням кількості і суттєвим розширенням об'єму втручань, що виконуються лапароскопічним доступом. Ця обставина звичайно вимагала освоєння нових методик і техніки проведення операцій. Цей період супроводжувався досить великою кількістю ускладнень.

У подальшому, у міру вдосконалення навиків і накопичення досвіду, кількість ускладнень мала тенденцію до зниження. Так, порівняльний аналіз ускладнень лапароскопії виразно показав, що за останні п'ять років разом зі збільшенням кількості виконаних операцій майже у два рази сталося суттєве зниження частоти всіх видів ускладнень лапароскопії. Отримані результати необхідно враховувати у практичній охороні здоров'я при рішенні питання про проведення лапароскопічних гінекологічних операцій.

Осложнение после urgentных лапароскопических операций в гинекологии Ю.Л. Пикуль

Изучение характера и структуры осложнений лапароскопии за исследуемый период позволяют выявить ряд принципиальных закономерностей. Последние годы характеризовались бурным ростом количества и существенным расширением объема вмешательств, выполняемых лапароскопическим доступом. Это обстоятельство, естественно требовало освоения новых методик и техники проведения операций. Этот период сопровождался довольно большим количеством осложнений.

В последующем, по мере совершенствования навыков и накопления опыта, число осложнений имело тенденцию к снижению. Так, сравнительный анализ осложнений лапароскопии отчетливо показал, что за последние пять лет наряду с увеличением количества выполненных операций почти в два раза произошло существенное снижение частоты всех видов осложнений лапароскопии. Полученные результаты необходимо учитывать в практическом здравоохранении при решении вопроса о проведении лапароскопических гинекологических операций.

Ключевые слова: лапароскопия, гинекологические операции, осложнения.

Complications after the urgent of laparoscopic operations in gynecology Yu.L. Pikul

Studying of character and structure of complications of a laparoscopy for the investigated period allow to reveal a number of basic laws. Last years were characterised by rapid growth of quantity and essential expansion of volume of the interventions which are carried out laparoscopically by access. This circumstance, naturally demanded development of new techniques and technics of carrying out of operations. Naturally this period of time was accompanied by enough considerable quantity of complications.

In the subsequent, in process of perfection of skills and accumulation of experience the number of complications tended to decrease. So, the comparative analysis of complications of a laparoscopy has distinctly shown that for last five years along with increase in quantity of the executed operations almost twice there was an essential decrease in frequency of all kinds of complications of a laparoscopy. The received results are necessary for considering in practical public health services at the decision of a question on carrying out laparoscopical gynecologic operations.

Key words: a laparoscopy, gynecologic operations, complications.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гладчук І.З. Сучасні аспекти гінекологічних лапароскопічних операцій // Практична медицина. – 2009. – № 3. – С. 35–39.
2. Ререкин І.А., Лупов В.І. Деякі диференціально-діагностичні особливості гострої гінекологічної і хірургічної патології // Акт. впр. акушерства і гінекології: матеріали науково – практ. конф., присвяченою 80-літтю проф. М.І. Ведмежою. – Курськ, 2010. – С. 103–105.
3. Савельєва Г.М., Штиров С.В., Тангієва З.С. Динамічна лапароскопія у гінекологічних хворих // Акушерство і гінекологія. – 2009. – № 3. – С. 17–20.
4. Штиров С.В., Панкова Ю.А., Евсєєв А.А. Діагностика і лікування спайкової хвороби у гінекологічних хворих // Вісник Російської асоціації акушерів-гінекологів. – 2010. – № 2. – С. 110–114.

Оптимізація тактики ведення гіперпластичних процесів ендометрія у жінок у період постменопаузи

Ю.М. Садигов

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

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

Були обстежені 213 пацієнтки постменопаузального періоду з наявністю проліферативних процесів ендометрія. Усім пацієнткам проводили загальноклінічне (клінічний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, гемостазіограма), лабораторне (дослідження рівня рецепторів до статевих гормонів) та інструментальне обстеження.

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

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

Ключові слова: гіперпластичні процеси ендометрія, постменопауза, діагностика, лікування, реабілітація.

Серед основної патології репродуктивної системи у старший віковий період зазначають проліферативні процеси ендометрія [1–2]. Часто при захворюваннях матки жінки старшої вікової групи не отримують належного об'єму діагностичних і лікувальних заходів або отримують неналежне лікування через невідповідне до-

тримання консервативної тактики лікування, що не відповідає принципам онкопрофілактики [3–4].

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

Не дивлячись на значне число наукових публікацій щодо проблем проліферативних процесів ендометрія, наукові дослідження, що стосуються жінок старшої вікової групи, практично відсутні, спостерігають поодинокі публікації, які носять фрагментарний характер. Усе викладене вище свідчить про актуальність наукового завдання, що піднімається.

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

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети були обстежені 213 пацієнтки постменопаузального періоду з наявністю проліферативних процесів ендометрія (ППЕ).

Усіх спостережуваних було розподілено на три групи:

- основна (1-а група) – 118 пацієнток від 60 до 82 років;
- порівняння (2-а група) – 95 пацієнток від 46 до 59 років;
- контрольна – 30 жінок без гінекологічної патології, порівняні за віком і супутньою соматичною патологією, такі, що знаходяться у постменопаузальний період.

При формуванні груп пацієнток були використані наступні критерії виключення:

- жінки, що ще менструють;
- жінки, у яких діагностована наявність атипії.

Окрім проведеного аналізу ефективності різних методів діагностики і лікування пацієнток основної групи і групи порівняння з метою визначення рівнів експресії мембранних і ядерних рецепторів стероїдних гормонів, було обстежено 90 жінок, що знаходяться у періоді пост менопаузи. Пацієнток було розподілено на дві групи з урахуванням віку, наявності або відсутності генітальної патології. У третю групу увійшли 60 жінок з ППЕ, вік яких варіював від 46 до 82 років. До контрольної групи (4 група) увійшли 30 жінок, порівнянних за віком, без гінекологічної патології.

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

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

Провідними методами лікування проліферативних процесів ендометрія були наступні:

- гістерорезектоскопія;
- електрохірургічна абляція ендометрія.

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

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

- комплексний естрогенний препарат, який містить рослинні компоненти, вітаміни та органічні сполуки (естровел) у загальноприйнятій дозі протягом 3 міс;
- препарат кальцію холекальциферолу (кальцій-D₃-нікомед) у загальноприйнятій дозі протягом 3 міс;
- комплексний вітамінний препарат (менопейс) направленої дії для постменопаузального періоду у загальноприйнятій дозі протягом 3 міс.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

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

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

Таблиця 1

Тривалість менопаузи у пацієнок основної групи і групи порівняння

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

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

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

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

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

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

Як свідчать дані табл. 2, патологія ендометрія у пацієнок 2-ї групи зустрічається в 1,1 разу частіше порівняно із спостережуваними основної групи. Рецидив патології ендометрія за даними УЗД у пацієнок основної групи і групи порівняння діагностований з однаковою частотою: 10,2% і 8,4% відповідно.

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

Результати проведених досліджень свідчать, що у структурі проліферативних процесів ендометрія у жінок постменопаузального віку переважали поліпи ендометрія.

Таблиця 2

Показання для госпіталізації пацієнок основної групи і групи порівняння

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

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

метрія (79,4%) порівняно з атрофією (10,8%) та гіперплазією ендометрія (9,8%). Водночас фіброзні поліпи виявляли у 45,1%, залозисто-фіброзні – у 34,3% відповідно. Залежно від віку пацієнток та тривалості постменопаузи достовірних відмінностей не спостерігали ($p>0,05$).

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

У жінок постменопаузального віку з проліферативними процесами ендометрія частота супутньої екстрагенітальної патології становить 100,0%. В її структурі частіше діагностують:

- захворювання серцево-судинної системи (34,7%);
- варикозну хворобу (29,6%);
- надмірну масу тіла (22,1%);
- патологія травного тракту (20,7%).

У порівняльному аспекті у жінок старше 60 років частіше зустрічалась варикозна хвороба (35,6% проти 22,1% у жінок віком від 46 до 59 років).

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

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

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

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

ВИСНОВКИ

Дані, отримані під час проведення ехографії, яку виконували усім спостережуваним після абляції ендометрія, підтвердили високу безпеку такого щадного методу малоінвазивної хірургії, як електрохірургічна абляція.

Дослідження УЗД органів малого таза у перші дві доби після операції свідчило про відсутність будь-яких ускладнень, при контрольних ультразвукових обстеженнях статевих органів протягом 6 років, виявлена наявність в обстежених наявність збережених вогнищ ендометрія, які мали доброякісний характер. Це підтверджує високу ефективність, малу травматичність і хорошу переносимість абляції і гістерорезектоскопії.

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

Оптимизация тактики ведения гиперпластических процессов в эндометрия у женщин в период постменопаузы Ю.М. Садыгов

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

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

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

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

Ключевые слова: гиперпластические процессы эндометрия, постменопауза, диагностика, лечение, реабилитация.

Optimization of tactics of conducting hyperplastic processes an endometrium at women in postmenopause Yu.M. Sadigov

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

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

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

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

Key words: *hyperplastic processes an endometrium, postmenopause, diagnostics, treatment, rehabilitation.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамьян Л.В. 2016. Эндометриозы: Руководство для врачей. М.: Медицина: 320.
2. Бохман Я.В. 2009. Руководство по онкогинекологии. СПб: Фолиант: 542.
3. Бреусенко В. Г. 2009. Значение современных методов диагностики патологии эндометрия у женщин в период постменопаузы. Российский вестник акушера-гинеколога: 2: 67–72.
4. Вихляева Е. М. 2014. Руководство по эндокринной гинекологии: Руководство для врачей. М.: МИА: 768.
5. Шамрай В.А., 2016. Гистероскопическая оценка поеднаной патологии матки в постменопаузальном периоде // Здоровье женщины : 1 : 146–150.
6. Шамрай В.А., 2016. Эндоскопическая диагностика поеднаной патологии матки в постменопаузальном периоде // Сборник научных работ співробітників НМАПО імені П.Л.Шупика : Київ : 25 : 6 : 78–82.
7. Шамрай В.А., 2016. Поєднана патологія геніталій у жінок постменопаузального періоду: діагностика і тактика хірургічного лікування // Здоровье женщины : 6 : 56–59.

ДК618.14-002.18-006-008.9-092:616.43/.45

Особливості патогенезу доброякісних гіперпластичних захворювань матки у жінок з метаболічним синдромом

А.О. Семенюк, В.А. Шамрай

Національна медична академія післядипломної освіти імені

П.Л. Шупика, м. Київ

Встановлено, що ендокринно-метаболічні порушення, що формуються на тлі позитивного енергетичного балансу, у хворих з доброякісними гіперпластичними захворюваннями матки неоднорідні за антропометричними (глютеофеморальне – 47,9% або абдомінальне ожиріння – 37,5%), біохімічними (наявність 29,1% або відсутність 70,9% гіперглікемії натщесерце, порушеній толерантності до глюкози 20,8%, гіперхолестеринемії 35,4%) і гормональними (рівень гіперлептинемії – 85,4%, наявність гіперінсулінемії – 27,0%) ознакам, ключову роль в розвитку яких виконує лептин.

На підставі виявлених клінічних, ендокринологічних та біохімічних паралелей у хворих з доброякісними гіперпластичними захворюваннями матки, що перебігають на тлі метаболічних відхилень, запропоновано виділення трьох патогенетичних варіантів ендокринно-змінних порушень:

А – з переважно глютеофеморальним типом відкладання жирової тканини і вираженою гіперлептинемією – 56,7%;

Б – з переважно абдомінальним типом відкладання жирової тканини і помірною гіперлептинемією – 26,7%;

В – з дефіцитом маси тіла на тлі гіполептинемії і функціональною гіперпролактинемією – 16,7%.

Отримані дані щодо ендокринно-метаболічних порушень в генезі гіперпластичних процесів матки необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: *доброякісні гіперпластичні захворювання матки, ендокринно-метаболічні порушення.*

Доброякісні гіперпластичні захворювання матки (ДГЗМ) є актуальною медико-соціальною проблемою, зумовленою неухильним зростанням захворюваності. До даної групи захворювань низка авторів відносить гіперплазію ендометрія (ГЕ), міому матки (ММ) і аденоміоз (АМ) [1, 2].

Низка авторів [3, 4] описують поєднану доброякісну патологію матки як «гіперпластичний синдром», підкреслюючи тим самим схожість патогенезу ГЕ, ММ і АМ. В основі розвитку даних захворювань лежать патогенетично схожі патологічні процеси тканин ендо- і міометрія.

Клінічна і морфологічна гетерогенність ДГЗМ змушує шукати клінічні і лабораторні особливості, що впливають на вибір лікувальної тактики і протирецидивної терапії при даних нозологіях.

Зважаючи на те, що зустрічається висока частота різних ендокринно-метаболічних порушень (ЕМП) у хворих на ММ, АМ і ГЕ, не можна недооцінювати їхню суттєву роль у патогенезі ДГЗМ [5–7].

Висока частота поєднання ГЕ, ММ і АМ з різними ендокринними і змінними порушеннями досить широко описана в сучасній літературі, проте безпосередня роль тих або інших порушень ліпідного і вуглеводного обміну в патогенезі розвитку ДГЗМ освітлена недостатньо.

Мета дослідження: встановлення ролі ендокринно-метаболічних порушень у патогенезі ДГЗМ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети у дослідження було включено 100 хворих з ізольованими і поєднаними ГЕ, ММ і АМ. Об'єм вибірки визначали за формулами оцінки репрезентативності для кількісних і якісних ознак при неоднаковому числі спостережень в основній групі і групі порівняння.

Критерії включення у дослідження:

- наявність у хворої ГЕ, ММ або АМ;
- вік, відповідний пізньому репродуктивному (35–44 роки) або перименопаузальному (з 45 років до одного року постменопаузи включно);
- згода жінки на участь у дослідженні.

Критерії виключення з дослідження:

- наявність злоякісних захворювань матки;
- відмова жінки брати участь у дослідженні.

Базовим критерієм для формування груп стала наявність виявлених при обстеженні обмінно-ендокринних порушень. Так, 60 пацієнток, у яких були виявлені ті або інші ендокринні і обмінні порушення, увійшли до основної групи. У групу порівняння – 40 жінок з відсутністю наведеної вище ендокринно-обмінної патології.

На кожну обстежену жінку заповнювали медичну карту та електронну базу даних, що дозволяє фіксувати і аналізувати вік, зріст, масу тіла, ІМТ, співвідношення ОТ/ОС, відсоток вмісту жирової тканини в організмі (включаючи відсоток висцелярного жиру), скарги, дані родинного і алергологічного анамнезу, наявність і характер перебігу соматичних захворювань, особливості менструальної і репродуктивної функції, наявність, тривалість, характер перебігу і попередню терапію гінекологічних захворювань, дані клініко-лабораторного і інструментального обстеження, консервативне і оперативне лікування, що проводиться, дані морфологічного дослідження, ефективність терапії.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Серед перенесених і супутніх екстрагенітальних захворювань у жінок з доброякісними захворюваннями матки привертала увагу висока частота хронічних запальних захворювань різної локалізації, що досягає 36,0%; патології серцево-судинної системи – 30,0%; захворювань травного тракту – 44,0% і гепатобіліарної си-

стеми – 51,0%. У 57,0% пацієнток виявлено два або більше хронічних соматичних захворювання.

Однією з особливостей хворих з ДГЗМ була висока частота виявлення гіперпластичних процесів грудних залоз: фіброзно-кістозна мастопатія (ФКМ) спостерігалася у 65,0% жінок. Окрім цього, у 16,0% обстежених пацієнток була виявлена фіброаденома грудної залози.

Серед супутніх і перенесених гінекологічних захворювань найчастіше зустрічався хронічний двосторонній сальпінгоофорит і ендоміометрит – у 60,0% хворих, доброякісні захворювання шийки матки – в 52,0%, ретенційні утворення яєчників – в 26,0%, ендометріодні кісти яєчників – в 13,0%, доброякісні пухлини яєчників – в 17,0% випадках.

При цьому хронічний сальпінгоофорит і ендометрит були виявлені в основній групі у 63,3% хворих, у групі порівняння – у 37,5%. Доброякісні захворювання шийки матки зустрічалися у 66,7% жінок основної групи і в 32,5% групи порівняння. Ретенційні утворення яєчників були виявлені в 56,7% обстежених I групи і 42,5% II групи. В 65,0% хворих основної групи зустрічалися ендометріодні кісти яєчників, у групі порівняння – у 35,0% пацієнтів. Доброякісні пухлини яєчників виявляли у 61,7% пацієнтів в основній групі і в 37,5% у групі порівняння.

В основній групі – більше половини жінок з ДГЗМ у поєднаній формі (66,7%), тоді як у групі порівняння цей показник – лише 35,0%. Зважаючи на статистично достовірні відмінності, дійшли висновку про вищу частоту розвитку поєднаних захворювань матки на тлі ендокринно-змінних порушень.

Цікаво відзначити, що перша вказівка на наявність одного з ДГЗМ (найчастіше, проста ГЕ без атиплії або ММ малих розмірів у сукупності становить 90,0%) пацієнтки відносили до віку 27–37 років. Анамнестично, прогрес (поява клінічних симптомів) відбувався через $7,5 \pm 6,1$ року. Водночас хворі чітко вказували на той або інший провокуючий чинник:

- штучний аборт;
- загострення хронічного запального процесу статевих органів;
- декомпенсація екстрагенітального захворювання;
- оперативне втручання;
- психоемоційний стрес;
- різка зміна клімату/харчування;
- збільшення маси тіла тощо.

Звертає увагу той факт, що 23,3% хворих раніше перенесли оперативне лікування в об'ємі міомектомії, з них 9,0% – два і більше разів. У 26,7% пацієнток при обстеженні була виявлена ММ великих розмірів; у 36,7% було відзначено швидке збільшення вузлів міоми.

Усім пацієнткам проводили антропометричне дослідження. Визначали такі основні показники, як зріст, масу тіла, вираховували ІМТ (індекс Кетле), виконували вимір ОТ і ОС, вираховували співвідношення ОТ/ОС, визначали відсоток жирової тканини в організмі, у тому числі відсоток висцелярного жиру.

В основній групі:

- у 26,7% хворих виявили надмірну масу тіла, ІМТ – $25\text{--}29,9$ кг/м²;
- у 30,0% – ожиріння I ступеня, ІМТ – $30\text{--}31,9$ кг/м²;

- у 26,7% ІМТ відповідав такому при ожирінні II–III ступеня;
- у 16,7% відзначений дефіцит маси тіла, ІМТ менше 20 кг/м².

На даному етапі виділили наступні підгрупи пацієнтів з порушенням ліпідного обміну: з надмірною масою тіла, з ожирінням за глутеофеморальним типом, з ожирінням за абдомінальним типом, з дефіцитом маси тіла, причому не можна сказати, щоб жінки з абдомінальним ожирінням переважали над останніми – лише в третини основної групи було ожиріння за андройдним типом, а практично у половини групи відкладення жиру було глутеофеморальним.

За допомогою електронних вагів, що працюють за принципом методу біоімпедансу, усім пацієнтам визначали відсоток жирової тканини в організмі.

У 86,7% хворих основної групи виявлено підвищений вміст жирової тканини в організмі (25,1–49,5%) при референсних значеннях для жінок від 18 до 25%, у 13,3% – знижений вміст жирової тканини (менше 18%).

У групі порівняння показники процентного вмісту жирової тканини в організмі не виходили за межі референсних значень (18–25%).

Відсоток вісцелярного жиру визначали водночас з визначенням загального вмісту жирової тканини. Нормальний вміст вісцелярного жиру в організмі (1–6%) виявили у 63,3% пацієнток, підвищену кількість вісцелярного жиру (6,1% і більше) – у 36,7%.

У групі порівняння показники відсоткового вмісту вісцелярного жиру в організмі не виходили за межі референсних значень (1–6%).

За даними розширеної кольпоскопії нормальна кольпоскопічна картина була виявлена у 53,3% хворих, аномальна кольпоскопічна картина I ступеня – у 1,7%, інша кольпоскопічна картина – у 45,0%.

Оскільки шийка матки у процесі розвитку гіперпластичного процесу піддається дії патогенних чинників так само як і тіло матки, вивчення захворюваності шийки матки у хворих на доброякісні гіперплазії викликає інтерес. Практично у половини хворих (46,7% жінок в обох групах) під час проведення розширеної кольпоскопії були виявлені ті або інші захворювання шийки матки.

Після гістологічної верифікації діагнозу з'ясувалося, що у 73,3% хворих, яким виконували гістологічне дослідження шийки матки, є ті або інші захворювання шийки матки. Виходячи з отриманих результатів, можна зробити висновок, що у пацієнток з ДГЗМ шийку матки не можна вважати інтактною, і за наявності свідчень до гістеректомії обґрунтовано віддати перевагу екстирпації матки надпівхвостовою ампутацією.

Враховуючи викладене вище, збережена кукса шийки матки може бути не лише областю підвищеної онкологічної настороженості при подальшому динамічному спостереженні, але й джерелом додаткового хронічного інфікування, що утрудняє проведення як реабілітаційної терапії, так і профілактики розвитку гіперпластичних захворювань таких гормонозалежних органів, як грудна залоза, яєчники.

За даними лабораторних методів дослідження, рівень глюкози крові натщесерце у пацієнток основної групи відповідав нормальним значенням і становив $4,6 \pm 0,3$ ммоль/л у 16,7% пацієнток, відповідав порушенню глікемії натщесерце і становив $5,1 \pm 0,4$ ммоль/л у 53,3% жінок.

При вивченні рівня глікемії звернули увагу, що у половини хворих основної групи вона відповідала верхній межі норми, тоді як у жінок того самого віку без ДГЗМ рівень глюкози крові загалом знаходиться в межах середніх значень. Ознаки порушення толерантності до глюкози і цукрового діабету 2-го типу виявили у жінок з абдомінальним типом ожиріння.

Слід зазначити суттєву роль інсулінорезистентності в розвитку ДГЗМ. Інсулінорезистентність є багатограним синдромом, який залежно від індивідуальної генетичної схильності і зовнішніх дій (гіподинамія, надмірне споживання їжі, хронічний стрес), може виявлятися різними захворюваннями. Почавши розвиток у м'язовій тканині і печінці при значній гіпертрофії адипоцитів, інсулінорезистентність з'являється в жировій тканині, що спричинює виникнення гіперінсулінемії. У подальшому можливості підшлункової залози виснажуються, що зумовлює розвиток гіперглікемії. Гіперінсулінемія призводить до розвитку порушень жирового обміну. Підвищений синтез тригліцеридів у печінці дає початок порушенням у ліпідному спектрі.

Всіх пацієнткам також проводили дослідження ліпідного спектру крові натщесерце.

Нормальний рівень загального холестерину був виявлений у 16,7% пацієнток основної групи і становив $4,2 \pm 0,4$ ммоль/л. У 45,0% жінок рівень загального холестерину відповідав верхньому кордону норми і становив $5,1 \pm 0,5$ ммоль/л. Гіперхолестеринемія виявлена у 36,7% жінок основної групи, рівень загального холестерину становив $6,4 \pm 0,6$ ммоль/л.

У групі порівняння рівень загального холестерину знаходився в межах референсних значень – $4,3 \pm 0,7$ ммоль/л.

Рівень ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) був у межах нормальних значень у 100% пацієнтів II групи і у 23,3% пацієнток I групи. У 76,7% пацієнток основної групи рівень ЛПНЩ був підвищений і становив $5,6 \pm 0,6$ ммоль/л.

Рівень ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛПДНЩ) був у межах нормальних значень у 100% пацієнтів групи порівняння і у 33,3% пацієнток основної групи. У 66,7% пацієнток основної групи рівень ЛПДНЩ був підвищений – $2,2 \pm 0,2$ ммоль/л.

Рівень ЛПВЩ був у межах нормальних значень у всіх пацієнток групи порівняння і в 30,0% основної групи. У 70,0% хворих основної групи рівень ЛПВЩ був понижений і становив менше 1,03 ммоль/л.

Під час вивчення ліпідного спектру практично у половини хворих (45,0%) рівень холестерину відповідав верхньому кордону норми. Гіперхолестеринемію і дисліпідемію відзначили жінки з абдомінальним типом ожиріння.

Під час дослідження рівня інсуліну натщесерце були отримані наступні результати: у 31,7% хворих основної групи і у всіх хворих групи порівняння рівень інсуліну був у межах референсних значень – $2,7–10,4$ мкОд/мл. У 26,7% жінок основної групи виявлена гіперінсулінемія (ПІ), рівень інсуліну становив $24,5 \pm 3,7$ мкОд/мл. У 40 (41,7%) пацієнток рівень інсуліну відповідав верхній межі норми – $10,2 \pm 0,9$ мкОд/мл.

Усім пацієнткам основної групи був розрахований індекс НОМА, що свідчить про наявність інсулінорезистентності.

Індекс НОМА перевищив 2,5 у 51,7% пацієток основної групи, що вказує на високу поширеність ІР у хворих на ММ, АМ і ГЕ на тлі ендокринно-обмінних порушень.

Разом з поняттям ІР, була висунута концепція, згідно з якою селективна лептинорезистентність передусь зниженню чутливості тканин до інсуліну. Усім пацієткам проводили визначення у сироватці крові рівнів лептину, а також пролактину.

Зважаючи на нерозривність інтеграційної і управлінської ролі ендокринної, нервової і імунної системи, сьогодні необхідно розглядати лептин не лише як «чистий» гормон, але і як цитокін, що бере участь у неімунному запаленні, регуляції гемопоезу, а також чинник зростання, стимулюючий неогенез, проліферацію певних типів кліток.

Лептин розглядають як сигнальний гормон, роль якого полягає у передачі у вентромедіальне ядро гіпоталамусу інформацію про насичення та здійснення контролю над накопиченням жирової тканини в організмі. У разі розвитку лептинорезистентності наголошується збій програми контролю накопичення жирової тканини, і розвивається ожиріння.

Рівень лептину у сироватці крові відображає сумарний енергетичний резерв жирової тканини і може змінюватися при короточасних порушеннях енергетичного балансу і змінах концентрації деяких цитокінів і гормонів, які також циркулюють у крові.

Логічно передбачити, що у пацієнтів з надмірною масою тіла і ожирінням може бути виявлена лептинорезистентність і гіперлептинемія. Передбачалося, що ступінь гіперлептинемії корелює зі ступенем ожиріння.

Аби перевірити дані припущення, була виділена додаткова підгрупа жінок, в яку увійшли здорові жінки пізнього репродуктивного і перименопаузального віку без доброякісних захворювань матки і ендокринно-обмінних порушень. Отримані результати частково відповідали припущенням: в основній групі середнє значення рівня лептину перевищувало референсне у 3–4 рази, у групі порівняння – практично в 1,5 рази, в контрольній групі відповідало нормі. Дані результати дають можливість виявити зв'язок гіперлептинемії з розвитком ДГЗМ зважаючи на виявлення статистично достовірної відмінності в рівні лептину між жінками з групи порівняння (наявність захворювань матки, відсутність ендокринно-обмінних порушень) і з контрольної групи (практично здорові жінки).

Роль пролактину у патогенезі ДГЗМ та його вплив на їхню ініціацію і прогрес вивчені недостатньо, проте передбачається, що гіперпролактинемія може бути одним з чинників збільшення міоматозних вузлів.

Зважаючи на дані обставини, було вирішено досліджувати рівень лептину і пролактину у сироватці крові хворих на ДГЗМ з ЕМП і без таких, а також провести визначення рівня даних гормонів у здорових жінок без ДГЗМ і ЕМП.

Для досягнення даної мети була додатково виділена контрольна група – 14 жінок пізнього репродуктивного і перименопаузального віку (середній вік – 46,3±4,1 року).

Вміст лептину і пролактину у сироватці крові обстежених жінок відображено в таблиці.

Вміст лептину і пролактину в сироватці крові пацієток, нг/мл

Групи	Основна група, n=60	Група порівняння, n=40	Контрольна група, n=14
Лептин	32,8±2,7	14,1±1,2	8,2±1,4
Пролактин	421,2±43,1	413,7±57,8	397,3±51,8

Другий важливий висновок був зроблений під час аналізу рівня лептину у хворих основної групи, в яку, як було згадано раніше, входили жінки з надмірною масою тіла, ожирінням і дефіцитом маси тіла.

Рівень лептину у жінок з дефіцитом маси тіла був низький. Проте рівень лептинемії не корелював з індексом маси тіла останніх хворих, чия маса тіла перевищувала норму. Передбачали, що із зростанням індексу маси тіла повинен був зростати і рівень лептину, але отримані результати цього не підтвердили.

Найвищий рівень лептинемії був виявлений у хворих з надмірною масою тіла і ожирінням І ступеня, тобто у тих хворих, кількість жирової тканини в організмі яких не була максимальною. У цих хворих рівень лептину перевищував референсні значення у 3–4 рази. Також звернули увагу на те, що найбільш часту виявляється у цій підгрупі некомпенсованих форм міоми матки, аденоміозу, гіперплазії ендометрія, практично у всіх була присутня «яскрава» симптоматика у вигляді менометрагії, практично всі характеризувалися анемією І, ІІ ступеня.

Менший рівень лептинемії (підвищення у 2 рази порівняно з референсними значеннями) було виявлено у жінок з максимальним індексом маси тіла, які також характеризувалися абдомінальним типом відкладення жирової тканини і гіперхолестеринемією та дисліпідемією, вираженими порушеннями вуглеводного обміну. Водночас клінічна симптоматика у цих хворих не була настільки «яскравою», як у попередній підгрупі. Рівень гемоглобіну у цих пацієток не знижувався нижче 91 г/л, а найбільш частим проявом сидеропенії був латентний дефіцит заліза.

Слід окремо сказати, що у хворих з дефіцитом маси тіла клінічна симптоматика була «яскравою», хворі характеризувалися менометрагією, анемією ІІ–ІІІ ступеня.

Проаналізувавши отримані результати дослідження рівня пролактину, прийшли до висновку, що у всіх жінок з надмірною масою тіла у даному дослідженні рівень пролактину був у межах нормальних значень.

ВИСНОВКИ

Ендокринно-метаболічні порушення, що формуються на тлі позитивного енергетичного балансу, у хворих з доброякісними гіперпластичними захворюваннями матки неоднорідні за антропометричними (глютеофеморальне – 47,9% або абдомінальне ожиріння – 37,5%), біохімічними (наявність 29,1% або відсутність 70,9% гіперглікемії натщесерце, порушеній толерантності до глюкози 20,8%, гіперхолестеринемії 35,4%) і гормональними (рівень гіперлептинемії – 85,4%, наявність гіперінсулінемії – 27,0%) ознакам, ключову роль в розвитку яких виконує лептин.

На підставі виявлених клінічних, ендокринологічних та біохімічних паралелей у хворих з доброякісними гіперпластичними захворюваннями матки, що перебігають на тлі метаболічних відхилень, запропоновано виділення трьох патогенетичних варіантів ендокринно-змінних порушень:

А – з переважно гліотеофеморальним типом відкладання жирової тканини і вираженою гіперлептинемією – 56,7%;

Б – з переважно абдомінальним типом відкладання жирової тканини і помірною гіперлептинемією – 26,7%;

В – з дефіцитом маси тіла на тлі гіполептинемії і функціональною гіперпролактинемією – 16,7%.

Отримані дані щодо ендокринно-метаболічних порушень в генезі гіперпластичних процесів матки необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Особенности патогенеза доброкачественных гиперпластических заболеваний матки у женщин с метаболическим синдромом

А.А. Семенюк, В.А. Шамрай

Установлено, что эндокринно-метаболические нарушения, формирующиеся на фоне положительного энергетического баланса, у больных с доброкачественными гиперпластическими заболеваниями матки (ДГЗМ) неоднородны по антропометрическим (глютеофеморальное – 47,9% или абдоминальное ожирение – 37,5%), биохимическим (наличие 29,1% или отсутствие 70,9% гипергликемии натощак, нарушенной толерантности к глюкозе 20,8%, гиперхолестеринемии 35,4%) и гормональным (уровень гиперлептинемии – 85,4%, наличие гиперинсулинемии – 27,0%) признакам, ключевую роль в развитии которых выполняет лептин.

На основании выявленных клинических, эндокринологических и биохимических параллелей у больных с ДГЗМ, протекающими на фоне метаболіческих отклонений, предложено выделение трех патогенетических вариантов эндокринно-обменных нарушений: А – с преимущественно глютеофеморальным типом отложения жировой ткани и выраженной гиперлептинемией – 56,7%;

Б – с преимущественно абдоминальным типом отложения жировой ткани и умеренной гиперлептинемией – 26,7%;

В – с дефицитом массы тела на фоне гиполептинемии и функциональной гиперпролактинемии – 16,7%.

Полученные данные о роли эндокринно-метаболических нарушений в генезе гиперпластических процессов матки необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: доброкачественные гиперпластические заболевания матки, эндокринно-метаболические нарушения.

Features of a pathogenesis of benign hyperplastic diseases of a uterus at women with metabolic syndrome

A.A. Semenyuk, V.A. Shamray

It is established that endocrine and metabolic disturbances which are forming against positive power balance, at patients with benign hyperplastic diseases of a uterus are non-uniform on anthropometric (glyuteo-femorally (47,9%) or an abdominal obesity (37,5%), biochemical

(existence of 29,1% or lack of 70,9% of a hyperglycemia on an empty stomach, the broken tolerance to glucose of 20,8%, hypercholesterinemia of 35,4%) and hormonal (hyperleptinemia level – 85,4%, giperinsulinemia existence – 27,0%) to signs, a key role in which development carries out leptin.

On the basis of the taped clinical, endocrinologic and biochemical parallels at patients with the benign hyperplastic diseases of uterus proceeding against metabolic deviations, allocation of three pathogenetic options of endocrine and metabolic disturbances is offered:

A – with mainly glyuteo-femorally type of adjournment of fatty tissue and the expressed hyperleptinemia – 56,7%;

B – with mainly abdominal type deposits of fatty tissue and a moderate hyperleptinemia – 26,7%;

C – with deficiency of body weight against hypoleptinemia and a functional hyperprolactinemia – 16,7%.

The obtained data on role of endocrine and metabolic disturbances in genesis of hyperplastic processes of uterus need to be considered when developing algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: benign hyperplastic diseases of uterus, endocrine and metabolic disturbances.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кузнецова И.В., 2017. Гиперпластические процессы эндометрия // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии: 6: 5: 2–10.
2. Лихачев В.К., 2017. Практическая гинекология. М.: Медицина: 256.
3. Манухин И.Б., 2016. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии: руководство для врачей. М.: ГЕОТАР: 320.
4. Подзолкова Н.М., 2016. Ожирение и репродуктивная функция женщины. М.: ГОУ ДПО РМАПО: 29.
5. Серов В.Н., 2014. Гинекологическая эндокринология. М.: 207.
6. Abbott D.H., 2016. Developmental origin of polycystic ovary syndrome – a hypothesis // Journal of Endocrinology: 2: 174–178.
7. Banks W.A., 2015. Impaired transport of leptin across the blood- brain barrier in obesity is acquired and reversible // American Journal Physiol. Endocrinol. Metab.: 285: 10–15.

Особливості клінічної характеристики жінок з метаболічним синдромом

Р.С. Скорейко

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

Результати проведених досліджень показали, що частота метаболічного синдрому у жінок з ожирінням ще до вагітності становить 89,2%, а число компонентів метаболічного синдрому корелює зі ступенем ожиріння. Частота інсулінорезистентності у пацієнток з 1-м ступенем ожиріння становить 18,4%; з 2 ступенем – 29,3% і з 3 ступенем – 70,0%. Повний метаболічний синдром – поєднання чотирьох основних компонентів метаболічного синдрому в 70,0% спостережень виявляється у жінок з 3-м ступенем ожиріння; з 2 – в 48,8% і з 1 – лише в 18,4% обстежених. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні тактики ведення пацієнток на прегравідарному етапі, а також під час гестаційного періоду і розродження.

Ключові слова: метаболічний синдром, клінічна характеристика.

В останнє десятиліття значно підвищився інтерес учених усього світу до взаємозв'язку метаболічних порушень з ожирінням і частотою виявлення серцево-судинних захворювань. Так, ожиріння і цукровий діабет 2-го типу визнані ВООЗ неінфекційними епідеміями нашого часу у зв'язку зі значною поширеністю серед населення, високим ризиком розвитку серцево-судинних захворювань, ранньою інвалідизацією і передчасною смертністю.

Відомо, що ожиріння – надлишкове відкладення жиру в організмі – може бути або самостійним захворюванням, або синдромом. Актуальність проблеми ожиріння полягає ще і в тому, що кількість осіб з надлишковою масою тіла прогресивно збільшується, а приріст за останніх 10 років становить 10%. В економічно розвинених країнах, включаючи Україну, 30% населення мають надмірну масу тіла.

У дослідженнях акушерів є чимала кількість робіт, присвячених впливу ожиріння на перебіг вагітності і пологів, а вивчення основних метаболічних показників проводиться не так часто [1–3]. У доступній літературі ми не знайшли робіт, які б зв'язували ожиріння у вагітних з наявністю у них метаболічного синдрому.

Враховуючи, що ожиріння, особливо вісцелярна його форма, грає велику роль у патогенезі метаболічного синдрому, метою дослідження було вивчити особливості клінічної характеристики жінок з метаболічним синдромом на прегравідарному етапі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під спостереженням знаходилися 120 вагітних з ожирінням, що поступили у відділення патології вагітних з різними ускладненнями вагітності. Причому раніше у зв'язку з ожирінням жінки не обстежувалися і не лікувалися.

З приводу вагітності усі жінки перебували на обліку в жіночій консультації з моменту постановки на облік. При цьому до 12 тиж вагітності стали на облік 89 (74,2%) пацієнток і в пізніші терміни – 31 (25,8%) вагітна.

З метою проведення порівняльного аналізу у контрольну групу увійшли 45 вагітних без порушення жирового обміну.

Критерії включення у дослідження: вагітні з аліментарно-конституціональним ожирінням, індекс маси тіла $> 30 \text{ кг/м}^2$.

Критерії виключення:

- ендокринний генез ожиріння (консультація і обстеження ендокринологом);
- хронічна серцева недостатність;
- цукровий діабет;
- захворювання щитоподібної залози;
- використання препаратів, що впливають на вуглеводний і жировий обмін.

Сто двадцять вагітних були розподілені на три групи залежно від ступеня ожиріння:

- I група – 49 вагітних з 1 ступенем ожиріння;
- II група – 41 вагітна з 2 ступенем ожиріння;
- III група – 30 вагітних з 3 ступенем ожиріння.

У комплексі проведених досліджень були включені антропометричні, клініко-лабораторні методи і критерії виявлення компонентів метаболічного синдрому:

- ожиріння – $\text{ІМТ} > 30 \text{ кг/м}^2$;
- артеріальна гіпертонія – систолічний тиск $> 140 \text{ мм рт.ст.}$, діастолічний тиск – $> 90 \text{ мм рт.ст.}$
- гіпердисліпідемія – рівень е сироватці крові: тригліцериди (ТГ) – більше 2 ммоль/л ; загальний холестерин (ОХ) – більше 5 ммоль/л ; ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ) – більше 55 ОД/л і ліпопротеїди високої щільності (ЛПВЩ) – нижче 1 ммоль/л ;
- інсулінорезистентність – показник індексу Саго $< 0,33$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Як свідчать результати клінічної характеристики більшість обстежених жінок в основних і контрольній групах були віком 21–30 років. У діапазоні старше 30 років було дещо більше у групі вагітних з ожирінням 3 ступеня.

Під час вивчення соціального статусу було встановлено, що кожна друга жінка пов'язана з харчовою промисловістю, сюди увійшли також жінки, які працюють у сфері харчових підприємств (кафе, ресторани, продовольчі магазини). Далі за частотою були державні службовці і домогосподарки. Це пояснюється, мабуть, тим, що причиною ожиріння жінок з одного боку є доступність їжі і переїдання, а з іншого – неправильною організацією харчування.

Маса тіла жінок з ожирінням коливалась від 76 до 137 кг. Слід зазначити, що при індивідуальному аналізі виявилось, що маса тіла збільшувалася залежно від тривалості ожиріння, що особливо помітно при зіставленні зі ступенем ожиріння. Так, при 1 ступені тривалість ожиріння становила $8,0 \pm 0,6$ року; при 2-у – $10,6 \pm 1,0$ року і при 3-у – $13,6 \pm 1,2$ року.

Під час аналізу анамнестичних даних звертало на себе увагу, що у 46 (38,3%) жінок, тобто більше ніж у кожної третьої ожирінням страждали один або обое батьків.

Були виявлені особливості харчування у жінок з ожирінням. Так, найбільша кількість жінок – 93 (77,5%) не дотримувалися режим харчування, причому споживали їжу двічі на добу, а останнє споживання їжі була рясною і після 20.00 год, а при частішій їді – це були бутерброди. Сімдесят шість жінок (69,3%) мали пристрасть до жирної їжі, вживали масло, вуглеводи – головним чином картопля, а 93% виявилися любителями солодкого і різного виду випічок.

З анамнестичних даних звертає на себе увагу той факт, що кожна 2 (48,3%) жінка пов'язана по роботі або з виробництвом продуктів харчування або з їхнім продажем. При опитуванні 76 (63,3%) жінок вказували на малорухливий спосіб життя.

Це підтверджують і дані анамнезу жінок контрольної групи, серед яких було значне число домогосподарок, з організованим режимом харчування, але малорухливим способом життя.

Аналізуючи структуру екстрагенітальних захворювань, звертало на себе увагу значна частота захворювань дихальної системи (до 10,0%); травного тракту (14,3%), частота яких була майже однакова у всіх трьох групах жінок з ожирінням. Захворювання травного тракту були представлені в основному гастритами і гастродуоденітами, а серцево-судинної системи – недостатністю мітрального клапану. Висока частота варикозної хвороби і синдрому обструктивного апное, мабуть пов'язана з надмірною масою тіла в обстежених пацієнток.

З анамнезу було з'ясовано, що майже кожна 5 (23,3%) жінка перехворіла хронічним сальпінгофоритом; 27,1% – лікувалися з приводу ерозії шийки матки; у 15,8% були дисфункціональні маткові кровотечі; первинна безплідність була виявлена в 5,0%, а 2,5% – оперовані з приводу доброякісних утворень яєчників.

Вік менархе коливався від 11 до 16 років і не мав відмінності у жінок з ожирінням залежно від ступеня ожиріння. Регулярний менструальний цикл був у 101 (84,2%) жінки; у 5 (4,2%) виявлено олігоменорею із затримками до 3 міс; у 15 (12,6%) в анамнезі були дисфункціональні маткові кровотечі; 5 (41,2%) з них було проведено діагностичне вискоблювання з подальшою гормональною корекцією порушень менструальної функції.

Аналізуючи генеративну функцію можна дійти висновку, що більшість жінок були повторно вагітними і повторнородящими. Крім того, у жінок з ожирінням 3 ступеня у 4 рази частіше ніж у жінок без ожиріння і в 2,5 разу частіше ніж у жінок з 1 і 2 ступенем ожиріння виявляли мимовільні аборти. Вагітність, що не розвивається, у жінок з 3 ступенем ожиріння констатували у 3 рази частіше, ніж у жінок з ожирінням 1 ступеня і в 2,5 разу частіше, ніж у пацієнток без ожиріння.

Частота ускладнень протягом попередніх вагітностей значно вище була у жінок з ожирінням 3 ступеня. Також звертає на себе увагу високий відсоток прееклампсії і, мабуть, як його наслідок гіпотрофії плода, яка може ще пояснюватися значною частотою загрози переривання вагітності, що у результаті приводило до порушення матково-плацентарного і плодового кровообігу. У жінок основ-

ної групи пологи відбувалися на 3,3% раніше терміну, ніж у породіль контрольної групи; на 20,2% частіше були оперативні пологи (кесарів розтин і акушерські щипці). Крім того, у 2,5% породіль основної групи був розрив промежини 3 ступеня; у 19,6% – слабкість пологової діяльності проти 6,5% у контрольній групі.

ВИСНОВОК

Отже, як свідчать результати проведених досліджень, частота метаболічного синдрому у жінок з ожирінням ще до вагітності становить 89,2%, а число компонентів метаболічного синдрому корелює зі ступенем ожиріння. Частота інсулінорезистентності у пацієнток з 1 ступенем ожиріння становить 18,4%; з 2 ступенем – 29,3% і з 3 ступенем – 70,0%.

Повний метаболічний синдром – поєднання чотирьох основних компонентів метаболічного синдрому в 70,0% спостережень виявляється у жінок з 3 ступенем ожиріння; з 2 ступенем – в 48,8% і з 1 ступенем – лише в 18,4% обстежених.

Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення тактики ведення пацієнток на прегравідарному етапі, а також під час гестаційного періоду і розродження.

Особенности клинической характеристики женщин с метаболическим синдромом Р.С. Скорейко

Результаты проведенных исследований показали, что частота метаболического синдрома у женщин с ожирением еще до беременности составляет 89,2%, а число компонентов метаболического синдрома коррелирует со степенью ожирения. Частота инсулинорезистентности у пациенток с 1 степенью ожирения составляет 18,4%; со 2 степенью – 29,3% и с 3 степенью – 70,0%. Полный метаболический синдром – сочетание четырех основных компонентов метаболического синдрома в 70,0% обследованных обнаруживается у женщин с 3 степенью ожирения; со 2 степенью – у 48,8% и с 1 степенью – только у 18,4% обследованных. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке тактики ведения пациенток на прегравидарном этапе, а также во время гестационного периода и родоразрешения.

Ключевые слова: метаболический синдром, клиническая характеристика.

Features clinical characteristic of women with metabolic syndrome R. S. Skoreyko

Results of the lead researches have shown, that frequency of a metabolic syndrome at women with adiposity up to pregnancy makes 89,2%, and the number of components of a metabolic syndrome correlates with a degree of adiposity. Frequency insulinresistance at patients with 1 degree of adiposity makes 18,4%; with 2 degree – 29,3% and with 3 degree – 70,0%. The full metabolic syndrome – a combination of four basic components of a metabolic syndrome in 70,0% of supervision is found out in women with 3 degree of adiposity; with 2 degree – at 48,8% and with 1 degree – only at 18,4% surveyed. The received results are necessary for taking into account by development of tactics of conducting patients on pregravidare stage, and also during time gestation period and delivery.

Key words: metabolic syndrome, clinical characteristic.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аржанова О.Н. Нарушение механизмов адаптации при гестозе и методы их коррекции // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2012. – № 4. – С. 48–51.
2. Каюшева И.В., Панова Л.Ю. Течение беременности и родов у женщин, перенесших гипоталамический синдром в период полового созревания // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 6. – С. 64–65.
3. Стрижова Н.В., Гавриленко А.С., Саркисова А.В. Частота метаболического синдрома у женщин с ожирением. Особенности течения беременности, родов, послеродового и раннего неонатального периодов // Акушерство и гинекология. – 2014. – № 6. – С. 27–31.

УДК 616-055.23:616.441

Вплив дисфункції щитоподібної залози на стан репродуктивного здоров'я дівчат-підлітків

С.М. Шулятицька*Івано-Франківський національний медичний університет МОЗ України*

Результати проведених досліджень свідчать, що у разі наявності патології пубертатного періоду дуже важливе значення має морфофункціональний стан щитоподібної залози і вміст тиреоїдних гормонів. Під час розроблення комплексу прогностичних і лікувально-профілактичних заходів необхідно враховувати основні зміни тиреоїдного обміну і вміст гормонів гіпофіза, гіпоталамуса і яєчників.

Ключові слова: *дівчатка-підлітки, репродуктивне здоров'я, щитоподібна залоза.*

Здоров'я дітей і підлітків є об'єктивним критерієм соціального благополуччя суспільства. На жаль, сучасні дослідження констатують зростаюче погіршення показників здоров'я у покоління, що підрастає [1–7]. Особливу тривогу викликає багатократне збільшення останніми роками числа функціональних розладів репродуктивної системи і дівчаток-підлітків [2, 3, 6].

Відомо, що саме у підлітковий період у результаті змін співвідношень і шляхів вироблення статевих і адаптаційно-метаболических гормонів розширюється поле межових станів, легше відбувається хронізація патологічних процесів, що надалі визначає рівень здоров'я майбутнього покоління [1–7]. Низька якість здоров'я тісно пов'язана з погіршенням екологічної ситуації, високим техногенним навантаженням із струмогенним ефектом, дефіцитом життєво важливих елементів, таких, як йод, що створює екстремальні умови для організму підлітка. Так, у регіонах з йодною недостатністю соматичні, нейроендокринні порушення і зміни в репродуктивній системі зустрічаються у 2–2,5 разу частіше, ніж в областях з достатнім рівнем йоду.

Останніми роками отримали розвиток дослідження ролі щитоподібної залози в процесах статевого дозрівання [3, 6, 7]. При цьому наголошується висока частота відхилень у темпах статевого дозрівання і становлення менструальної функції у разі патології щитоподібної залози. Проте проблема асоційованої тиреоїдно-гонадної патології у підлітків вивчена недостатньо. Доведено, що явні форми тиреоїдної патології завжди супроводжуються порушеннями статевого розвитку [6, 7], а питання про вплив субклінічних форм патології щитоподібної залози продовжує активно обговорюватися. Досі не обкреслені форми ушкодження щитоподібної залози при різних варіантах порушень статевого розвитку. Немає єдиної думки щодо характеру взаємин гіпоталамо-гіпофізарно-гонадної і гіпоталамо-гіпофізарно-тиреоїдної системами. Відомості про секрецію гонадотропінів і пролактину при дисфункціях щитоподібної залози суперечливі.

Усе наведене вище, а також відсутність до сьогодні комплексних робіт за оцінкою рівня статевого дозрівання і стану щитоподібної залози у підлітків підкреслює необхідність вивчення даної проблеми.

Мета дослідження: оцінювання стану здоров'я і морфофункціональні особливості щитоподібної залози у дівчат з патологічним перебігом періоду статевого дозрівання.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети дослідження виконували у два етапи. Перший з них полягав в обстеженні 50 школярок за скринуючою програмою: збір скарг, загальний огляд із застосуванням фізикальних методів, визначали фізичний, статевий розвиток і ступінь збільшення щитоподібної залози. На другому етапі дослідження проведено поглиблене обстеження 100 дівчат 12–17 років з центральною формою затримки статевого розвитку (50 підлітків) і порушенням менструальної функції (50 підлітків).

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проведене комплексне обстеження школярок виявило низьку якість здоров'я дівчат-підлітків. Так, у 11–16 років, коли відбувається формування організму дівчини як майбутньої матері, лише 54,0% обстежуваних мали оптимальний (середнє гармонічний) фізичний розвиток. Практично у кожній четвертій спостерігався дисгармонічний розвиток (дисгармонічний у 14,0% і різко дисгармонічний у 8,0%).

Одним з істотних показників біологічного розвитку підлітків є досягнутий до певного віку ступінь статевого дозрівання, що визначається вираженістю вторинних статевих ознак, термінами появи менархе і становленням менструацій. Відповідність біологічного і паспортного віку мали 68,0% дівчаток-підлітків, проте недорозвинення вторинних статевих ознак виявлено у 38,0% 11–12-літніх і у 18,0% – 13–14-літніх дівчаток. Відсутність менструацій у віковій групі старше 15 років виявлено у 8,0% дівчат. Пізній пубертат поєднувався з низькими показниками фізичного розвитку і дисгармонійною за рахунок дефіциту маси тіла. Зворотна послідовність появи вторинних статевих ознак (синдром інвертованого пубертата) спостерігався у 4,0% школярок.

Показники соматичного здоров'я тісно пов'язані з фізичним і статевим розвитком. Було встановлено, що до підліткового віку частка абсолютно здорових дівчат становила 30,0%, а з хронічною патологією – відповідно 70,0%. У структурі соматичної патології переважали вегето-судинна дистонія – 38,3%; захворювання органів травлення – 27,0%; хронічна патологія ЛОР-органів – 22,5% і сечовидільної системи – 11,3%. Слід особливо відзначити високу поширеність збільшення щитоподібної залози. Так, більше половини школярок (54,0%) мала збільшення щитоподібної залози різного ступеня, при цьому максимальна частота гіперплазії щитоподібної залози виявлена на першо-другому році становлення менструального циклу.

Отримані у ході комплексного обстеження дані про високу частоту ($\chi^2=4,72$; $p<0,05$) ювенільної гіперплазії щитоподібної залози при порушенні менструальної функції і затриманні статевого розвитку послужили підставою для детального вивчення особливостей фізичного розвитку, соматичного здоров'я і морфофункціонального стану щитоподібної залози у дівчат з патологією гонадостату (другий етап роботи).

На цьому етапі 100 дівчат з патологічним перебігом пубертатного періоду за клініко-функціональними характеристиками було розподілено на дві підгрупи:

- перша – 50 дівчат віком від 12 до 16 років з центральною формою затримки статевого розвитку (ЗСР), тобто відсутність вторинних статевих ознак до 12–13 років або відсутність менструацій до 15–16 років;

- друга – 50 дівчат з різними порушеннями менструальної функції (ПМФ): гіпоменструальний синдром – 66,0%; вторинна аменорея – 20,0% і ювенільні кровотечі – 14,0%.

У клінічному відношенні підгрупа дівчат із ЗСР центрального генезу характеризувалася значним відставанням темпів появи вторинних статевих ознак і достовірно низьким балом статевого розвитку ($p<0,001$) порівняно з контрольною групою (школярки). Виявлені виражені відхилення фізичного розвитку, середні параметри фізичного розвитку спостерігалися лише в 26,0% випадках. Частіше ніж у контрольній групі зустрічався дуже низький розвиток (22,0%) у поєднанні з мікросоматотипом (74,0%) ($p<0,01$ і $p<0,001$). Кістковий вік відставав від паспортного на 2–5 років. Ультразвукове дослідження виявило достовірне ($p<0,001$) зменшення розмірів матки і яєчників у всіх вікових групах. Секреція гонадотропінів відповідала віковій нормі у 46,0% хворих, зниження одного або обох гонадотропінів зафіксоване у 54,0%, вміст естрогену виявився зниженим у більшості (70,0%), а гіперпролактинемія виявлена відповідно у 40,0% обстежених першої підгрупи.

У свою чергу підлітки з ПМФ характеризувалися низкою особливостей. Так, середні показники фізичного розвитку наголошувалися лише в 38,0% випадках. Серед пацієнток даної підгрупи достовірно частіше зустрічався дисгармонічний розвиток (24,0%) і макросоматичний соматотип (30,0%). Статеве дозрівання, на відміну від підгрупи із ЗСР, проявлялося інтенсивним розвитком вторинних статевих ознак на ранніх етапах пубертату і змінювалося ациклічністю менструальної функції. Зміни розмірів внутрішніх статевих органів за ультразвуковими даними в основному стосувалися підгрупи 13-річних. У цьому віковому інтервалі разом з вищим балом статевого розвитку спостерігалася збільшення розмірів матки і яєчників. Двостороннє симетричне збільшення яєчників з дрібнокістковою ехоструктурою виявлене у 36,0% дівчат з дисменореями. Показники вмісту гормонів характеризувалися гетерогенністю рівнів гонадотропінів і статевих стероїдів, гіперпролактинемія відзначена у 30,0% хворих.

Репродуктивне здоров'я багато в чому визначається функціональним станом щитоподібної залози. Так, було діагностовано у 56,0% дівчат першої підгрупи дифузне збільшення щитоподібної залози (ДЗЩЗ), у 38,0% – аутоімунний тиреоїдит (АІТ), а також окремі випадки (6,0%) вродженого гіпотиреозу, асимптоматична гіперфункція щитоподібної залози і багатовузловий зоб.

Проведене дослідження довело, що при дифузному збільшенні щитоподібної залози незалежно від ступеня збільшення, ультразвукова структура має дифузно-дрібнозернистий характер, титр антитіл не підвищений. Більшість пацієнток (78,0%) зберігала еутиреоїдний стан, у 22,0% відмічено зниження функціональної активності залози. При аутоімунному тиреоїдиті щитоподібна залоза була неоднорідною, щільної консистенції, ультрасонографічно визначалася зниженням загальної ехогенності і гетерогенності структури. Зміни гормонального гомеостазу зустрічалися частіше (80,0%) і носили глибший характер, що виявлялося переважанням некомпенсованих форм зі зниженням периферійних тиреоїдних гормонів.

Підсумовуючи отримані дані можна відзначити, що комплексне оцінювання стану щитоподібної залози дозволило виявити морфофункціональні зміни у 60,0% дівчат із затримкою статевого розвитку і порушенням менструальної функції. Діагностована патологія характеризувалася різноманітним варіантом поразки щитоподібної залози і різним функціональним станом від еутиреоїдного до важкого маніфестного гіпотиреозу.

Як було встановлено, патологія щитоподібної залози зустрічалася дещо частіше при порушенні менструальної функції, ніж при затримці статевого розвитку – 66,0% і 54,0%. Подальші дослідження дозволили виявити певні особливості, зумовлені функціональним станом щитоподібної залози. Так, у разі затримки статевого розвитку в два рази частіше зустрічався субклінічний гіпотиреоз з підвищеним рівнем ТТГ і нормальним вмістом Т3 і Т4, тоді як при порушенні менструальної функції значно частіше спостерігалися декомпенсовані форми гіпотиреозу з переважним зниженням Т4.

Отримані дані відображають наявність недостатності центральної стимуляції гонад і вказують, можливо, на зрештовану дію тиреоїдних гормонів безпосередньо на статеві залози у разі гіпофункції щитоподібної залози.

ВИСНОВКИ

Отже, як показали результати проведених досліджень, за наявності патології пубертатного періоду дуже важливе значення має морфофункціональний стан щитоподібної залози і вміст тиреоїдних гормонів. Під час розроблення комплексу прогностичних і лікувально-профілактичних заходів необхідно враховувати основні зміни тиреоїдного обміну і вміст гормонів гіпофіза, гіпоталамуса і яєчників.

Влияние дисфункции щитовидной железы на состояние репродуктивного здоровья девушек-подростков С.М. Шулятицкая

Как показали результаты проведенных исследований, при наличии патологии пубертатного периода очень важное значение имеет морфофункциональное состояние щитовидной железы и содержание тиреоидных гормонов. При разработке комплекса прогностических и лечебно-профилактических мероприятий необходимо учитывать основные изменения тиреоидного обмена и содержание гормонов гипофиза, гипоталамуса и яичников.

Ключевые слова: девочки-подростки, репродуктивное здоровье, щитовидная железа.

Influence of dysfunction of thyroid gland on reproductive health of girls - teenagers S.M. Shulyatizka

As have shown results of the lead researches, at presence of a pathology pubertate the period very much the great value has a morfo-functional condition of a thyroid gland and the maintenance thyreoidal hormones. By development of a complex prognostical and treatment-and-prophylactic actions it is necessary to take into account the basic changes thyreoidal an exchange and the maintenance of hormones of a hypophysis, hypotalamuse and ovaries.

Key words: girls - teenagers, reproductive health, thyroid gland.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Матыцина Л.А., Синенко Л.В., 2010. Гормонально-эхографические параллели у девочек-подростков с ювенильными маточными кровотечениями // Проблемы эндокринологии в акушерстве и гинекологии: Материалы X съезда Российской ассоциации врачей акушеров и гинекологов : М.: 215–216.
2. Гуркин Ю.А., 2013. Ювенильная гинекология (часть I) : С.-Пб. : 40.
3. Гуркин Ю.А., 2014. Ювенильная гинекология (часть II) : С.-Пб. : 47.
4. Гуркин Ю.А., 2017. Репродуктологические проблемы девушек-подростков: пособие для врачей-курсантов : 1 : 48.
5. Телунц А.В., 2015. Гиперандрогения у девочек-подростков // Акушерство и гинекология : 1 : 8–11.
6. Зелинский А.А., Сербенюк Н.Б., 2016. Преждевременное телархе и гиподисфункция щитовидной железы у девочек // 36.наук.праць Асоціації ак.-гінек. України : 280-281.
7. Вовк И.Б., 2012. Принципы рациональной терапии больных с ювенильными маточными кровотечениями // 36.наук.праць Асоціації ак.-гінек. України : Київ : 225–227.

Функціональний стан тиреоїдної та репродуктивної систем при безплідності у жінок з ендометріозом

Д.Ю. Берая

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

Результати проведених досліджень свідчать, що у пацієнток з ендометріозом і патологією щитоподібної залози виявлені наступні клінічні прояви: анемія, ожиріння, пізніше менархе, короткий менструальний цикл. У цих пацієнток часто спостерігається поєднання з міомою матки на тлі порушення гіпоталамо-гіпофізарної регуляції, що виражається у зниженні функції яєчників і функціональної активності щитовидної залози.

Зменшення вільного трийодтироніну найбільш виражене при ендометріозі і патології щитоподібної залози. Зниження функціональної активності щитоподібної залози поєднується з дисфункцією гіпоталамо-гіпофізарної системи, функції яєчників, що супроводжується зниженням. Отримані результати необхідно враховувати у практичній охороні здоров'я під час проведення діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: захворювання щитоподібної залози, ендометріоз.

Сучасні наукові дослідження переконливо довели пряму залежність стану здоров'я населення від екологічної ситуації у регіоні проживання [1, 2]. Інтенсивна або тривала дія несприятливих чинників довкілля, як правило, спричинює порушення компенсаторно-приспосовних реакцій організму людини, зумовлює розвиток різних патологічних станів [1, 2]. Особливо часто екологічно зумовлені захворювання пов'язані з дефіцитом природного мікроелемента – йоду [3]. Так, за оцінкою ВООЗ (2014), близько 2 млрд. жителів Землі постійно відчувають істотну його нестачу, що призводить до значного поширення йододефіцитних захворювань, що посідають на сьогодні перше місце за територіальною експансією [4]. В Україні також гостро відчувається проблема цієї патології, оскільки її частота серед жіночого населення за останнє десятиліття зросла у декілька разів [1].

Відомо, що в організмі однією з найбільш чутливих і тонко реагуючих на всілякі зовнішні дії систем є репродуктивна [2]. Закономірно, що в умовах йододефіциту у жіночого населення в першу чергу страждає саме вона: порушується статеве дозрівання і менструальна функція, знижується фертильність, зростає частота гінекологічної патології, збільшується ризик ускладненого перебігу вагітності і пологів, мимовільних абортів і мертвонароджень [1, 4].

Наукові дослідження з проблеми тиреоїдної патології та її впливу на репродуктивну систему у більшості випадків присвячені стану репродуктивного здоров'я у дівчат пубертатного віку. Стосовно жінок більш старших вікових груп, то наявні літературні відомості найчастіше стосуються маніфестного гіпотиреозу. У той самий час опубліковані дані часто суперечливі, неповні, непереконливі, зазвичай засновані на невеликій кількості спостережень, децю застаріли, оскільки опубліковані десять і більше років тому.

Слід зазначити, що в літературі, присвяченій тиреоїдній патології, зазвичай розглядаються функціональні взаємини щитоподібної залози і репродуктивної системи жінок, але практично відсутні дані про можливість розвитку ендометріозу, а також функціональний стан тиреоїдної і репродуктивної системи при даному гінекологічному захворюванні.

Мета дослідження: вивчення функціонального стану тиреоїдної і репродуктивної системи при ендометріозі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено обстеження 26 жінок з різною тиреоїдною патологією і ендометріозом, які увійшли в основну групу. У контрольну групу увійшли 20 здорових жінок віком $38,1 \pm 1,2$ року, що проходять чергові профілактичні огляди.

У комплекс діагностичних заходів були включені загальноклінічне, клініко-лабораторне і гінекологічне обстеження, тести функціональної діагностики, ультразвукове дослідження щитоподібної і грудних залоз, органів малого таза, визначення гормонів передньої долі гіпофіза (ТТГ, ФСГ, ЛГ, пролактин), щитоподібної залози (Т3 і Т4) і статевих гормонів (естрадіол і прогестерон) у сироватці крові.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що частота ендометріозу при йододефіцитних захворюваннях (ЙДЗ) становить 18,0%. Найпоширенішим ЙДЗ при ендометріозі є вузлуватий зоб, частота діагностування якого становить 33,0% та фокальні зміни щитоподібної залози – відповідно 14,0%.

Велика частина жінок знаходиться у віковій категорії старше 30 років. Статично значущих відмінностей за віком між групами не виявлено ($p=0,2$).

Найпоширенішими екстрагенітальними захворюваннями були хвороби органів дихання (30,0% і 18,0%) і травного тракту (18,0% і 15,0%). Соматичні захворювання зустрічаються з однаковою частотою при ЙДЗ і без них, проте необхідно зазначити, що захворювання печінки, ожиріння і анемія фіксували лише при ЙДЗ, а хвороби нирок спостерігалися частіше у пацієнток без патології щитоподібної залози.

Під час аналізу віку менархе з'ясувалося, що при ЙДЗ частіше спостерігається пізнішим менархе, але статистично значущих відмінностей між групами не отримано. Тривалість менструального циклу при ендометріозі та ЙДЗ становить 26 днів, а в групі контролю – 28 днів.

Під час аналізу тривалості менструального циклу були виявлені статистично значущі відмінності у тривалості між групами ($p=0,045$). Статистично значущих відмінностей у тривалості менструації не виявлено.

За даними анамнезу обстежених жінок вивчена репродуктивна функція пацієнток, проте статично значущих відмінностей не встановлено.

При поєднанні міоми і ендометріозу існує тенденція щодо відмінності між групами ЙДЗ і без патології щитоподібної залози ($p=0,08$). Найчастіше ендометріоз і ЙДЗ поєднуються з доброякісними захворюваннями грудних залоз (72,0%) і порушення менструальної функції (18,0%). Кісти яєчників виявляли лише при ендометріозі та ЙДЗ.

Для визначення тиреоїдного статусу пацієнток з ендометріозом визначали рівень тиреоїдних гормонів. Так, у жінок з ендометріозом і ЙДЗ рівень ТТГ вищий, а вміст тиреоїдних гормонів нижчий, причому рівень вільного Т3 статистично значущо розрізняється в обох групах ($p=0,0057$). Отже, зниження вільного трийодтироніну найбільш виражене при ендометріозі та ЙДЗ. Частота субклінічного гіпотиреозу при ендометріозі і ЙДЗ становить 18,0%.

Для оцінювання функції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи визначали рівні гонадотропних і статевих гормонів. Отримані результати свідчать, що у пацієнток з ендометріозом і ЙДЗ екскреція статевих гормонів відрізнялася від обстеженої групи контролю: підвищення вмісту ФСГ при одночасному зниженні рівня естрогену і прогестерону.

ВИСНОВОК

Отже, як свідчать результати проведених досліджень, у пацієнток з ендометріозом і йододефіцитних захворюваннях (ЙДЗ) виявлені наступні клінічні прояви: анемія, ожиріння, пізніше менархе, короткий менструальний цикл. У пацієнток з ендометріозом і ЙДЗ часто відмічено поєднання з міомою матки на тлі порушення гіпоталамо-гіпофізарної регуляції, що виражається у зниженні функції яєчників і функціональної активності щитоподібної залози. Зменшення вільного трийодтироніну найбільш виражене при ендометріозі і ЙДЗ. Зниження функціональної активності щитоподібної залози поєднується з дисфункцією гіпоталамо-гіпофізарної системи, функції яєчників, що супроводжується зниженням. Отримані результати необхідно враховувати у практичній охороні здоров'я під час проведення діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Функциональное состояние тиреоидной и репродуктивной системы при бесплодии у женщин с эндометриозом

Д. Ю. Берая

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у пациенток с эндометриозом и патологией щитовидной железы выявлены следующие клинические проявления: анемия, ожирение, позднее менархе, короткий менструальный цикл. У этих пациенток часто отмечено сочетание с миомой матки на фоне нарушения гипоталамо-гипофизарной регуляции, выражающейся в снижении функции яичников и функциональной активности щитовидной железы.

Уменьшение свободного трийодтиронина наиболее выражено при эндометриозе и патологии щитовидной железы. Снижение функциональной активности щитовидной железы сочетается с дисфункцией гипоталамо-гипофизарной системы, сопровождающейся снижением функции яичников. Полученные результаты необходимо учитывать в практическом здравоохранении при проведении диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: заболевания щитовидной железы, эндометриоз.

Functional condition thyreoidal and reproductive system at sterility at women with an endometriosis

D. Yu. Beray

Results of the lead researches testify, that at patients with an endometriosis and a pathology of a thyroid gland are revealed following clinical displays: an anemia, adiposity, later menarhe, short menstrual cycle. At these patients the combination to a myoma of a uterus on a background of infringement hypotalamo-hypofizare regulation expressing in decrease of function ovaries and functional activity of a thyroid gland is frequently marked.

Reduction free threeiodtyronine is most expressed at an endometriosis and a pathology of a thyroid gland. Decrease in functional activity of a thyroid gland is combined with dysfunction hypotalamo-hypofizare system accompanying with decrease of function ovaries. The received results are necessary for taking into account in practical public health services at carrying out of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: diseases of a thyroid gland, an endometriosis.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гойда Н.Г. Состояние акушерско-гинекологической помощи в Украине и пути ее улучшения // Медико-социальные проблемы семьи. – 2013 : 2 : 1 : 3–6.
2. Йена С.С.К., Джаффе Р.Б. Репродуктивная эндокринология. – 2008. – Т. 2: Пер. с англ. – М.: Медицина : 432.
3. Петров В.Н., Петрова С.В., Пятибратова Е.В. Состояние репродуктивной системы у женщин с гиперплазией щитовидной железы // Новые горизонты гинекологической эндокринологии. – М., 2012. – С. 52–56.
4. Measure progress., 2014. World health day safe motherhood. – Geneva: WHO : 33–36.

Роль клініко-лабораторних та морфологічних змін у генезі невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій

О.Д. Лещова

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

Дніпропетровський медичний інститут традиційної та нетрадиційної медицини

Результати проведених досліджень свідчать, що основними причинами невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) є: тривала безплідність, неодноразові оперативні втручання на органах малого таза, велика кількість внутрішньоматкових операцій, наявність ендометріозу і високий інфекційний індекс.

Окрім цього, тривале і неуспішне лікування безплідності є негативним чинником, що посилює наявні порушення. Ці чинники ризику сприяють зриву адаптаційно-гомеостатичних резервів організму, хронізації запалення, посиленню анатомо-функціональних дефектів репродуктивної системи, що знижує репродуктивний потенціал пацієнток і сприяє невдалим спробам ДРТ.

Проведений кореляційний аналіз показав істотну роль дисгормональних порушень і патології ендометрія в невдалих спробах ДРТ. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму підвищення ефективності допоміжних репродуктивних технологій.

Ключові слова: допоміжні репродуктивні технології, невдалі спроби.

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

Вочевидь це пов'язано з великою кількістю різних чинників, що впливають на репродуктивний процес. Низка авторів, розділяючи думку про вплив чоловічого і жіночого чинників на зачаття і розвиток ембріона, звертає увагу, що поєднання цих складових може становити від 40% до 80% [1–12].

Пошук прогностичних критеріїв ефективності ДРТ представляє широке поле для науково-практичних досліджень, що підтверджують матеріали 27-ї щорічної конференції Європейського суспільства репродукції та ембріології людини (Стокгольм, 2011).

Усе наведене вище свідчать про необхідність підвищення ефективності ДРТ.

Мета дослідження: підвищення ефективності ДРТ на підставі проведення кореляційного аналізу їхніх неефективних спроб.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети дослідження була виділена основна група з жіночими чинниками безплідності (100 подружніх пар з невдалими спробами ДРТ в анамнезі). При цьому в основній групі були виділені наступні підгрупи:

- трубно-перитонеальна безплідність;
- ендокринна безплідність;
- ендометріоз;
- поєднані чинники безплідності.

У групу порівняння увійшли 50 жінок без порушень фертильності. У цих жінок була підтверджена нормальна структура ендометрія.

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

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

Усі дослідження виконували відповідно до декларації Гельсінської Всесвітньої асоціації «Етичні принципи наукових і медичних досліджень за участю людини» (2010).

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

У комплексі проведених досліджень були включені клінічні, ендокринологічні і морфологічні.

Усі обстежені особи давали інформовану згоду на участі в дослідженні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки першої підгрупи основної групи (трубно-перитонеальна безплідність) відрізняються наступними характеристиками:

- віковий інтервал від 36 до 39 років;
- переважання в анамнезі ГРВІ, хронічних тонзилітів, дитячих інфекцій і захворювань серця;
- початок статевого життя – з 16 років з одним статевим партнером (78,2%);
- найбільше число в анамнезі штучних абортів (77,1%);
- більше трьох спроб ДРТ в анамнезі (70,4%);
- початок менархе після 14 років (56,3%), частіше без порушень (53%), тривалість безплідності більше 5–10 років (48,9%);
- переважання операцій з приводу діагностики і відновлення прохідності маткових труб (44,8% і 13,8% відповідно);
- переважання вторинної безплідності (44,6%);

- ектопічних вагітностей (35,6%), тубектомії (31%);
- ендометріозу (26,4%);
- пологів (25,3%).

Серед інфектів найчастіше були виявлені *C. albicans* і *Chl. trachomatis*.

У другій підгрупі (ендокринна безплідність) були:

- молодші жінки віком від 30 до 35 років з порушеннями менархе (86,2%);
- раннім початком статевого життя – до 16 років, але загалом з одним статевим партнером (82,5%);
- відзначено переважання первинної безплідності (57,9%), тривалість якої більше 5–10 років (68,4%);
- поліменорея і міжменструальні виділення наголошувалися у 50%;
- у кожній третій виявляли резекцію яєчників в анамнезі (29,8%);
- кісти яєчників, ендометріоз і аденоміоз (21,5%, 19,3% і 16% відповідно);
- ендокринні порушення (19%).

У цій підгрупі зареєстровано найменше число перенесених штучних абортів (8,7%). Саме у цих жінок з ендокринною безплідністю, практично у кожній третій, фіксували тривалий і нерегулярний цикл.

Для третьої підгрупи (ендометріоз) характерними є:

- переважання в анамнезі гастритів і циститів;
- наявність хворобливого менструального циклу;
- оперативні втручання на органах черевної порожнини і малого таза (67% і 31,6% відповідно);
- більше трьох спроб ДРТ в анамнезі (63,3%);
- переважання первинної безплідності (43,3%);
- в анамнезі до перших спроб ДРТ вже діагностували ендометріоз (24,2%), лейоміому матки з переважанням субсерозних і інтерстиціальних вузлів (20,2%);
- у них же було найбільша кількість викиднів в анамнезі (10,7%).

Для четвертої підгрупи (поєднані чинники безпліддя) характерними є:

- віковий інтервал від 26 до 29 років;
- переважання операцій з приводу діагностики і відновлення прохідності маткових труб (89,2%);
- менархе до 14 років (78,5%);
- переважання в анамнезі кіст яєчників (67,8%);
- захворювань шийки матки (64,3%);
- до двох спроб (у середньому 1,74) ДРТ в анамнезі (64,3%);
- порушення циклу у половини пацієнток;
- наявність більше одного сексуального партнера (57,2%);
- тривалість безплідності 2–4 роки (57,1%);
- дитячих інфекцій (57%);
- переважання в анамнезі ендокринних порушень (39%);
- ендометріозу (32,1%);
- постійне виділення у вмісті піхви *C. albicans*, *G. vaginalis*, *U. urealiticum* у різних титрах;
- найбільше число абортів (32,3%), хронічних бронхітів (25,4%) і викиднів (10,7%) в анамнезі.

Представлені дані переконливо свідчать про те, що не дивлячись на різні форми безплідності, визначені у пацієнток за домінуючими чинниками безплідності, чітко просліджується спільність системних порушень репродуктивного здоров'я: тривала безплідність, оперативні втручання на органах малого таза, деколи неодноразові, велике число внутрішньоматкових операцій, наявність ендометріозу у значної частини пацієнток, високий інфекційний індекс. Окрім цього, тривале і неуспіх лікування безплідності є негативним чинником, що посилює наявні порушення.

Аналіз клініко-анамнестичних даних дозволяє передбачити, що ці чинники ризику сприяють зриву адаптаційно-гомеостатичних резервів організму, хронізації запалення, посиленню анатомо-функціональних дефектів репродуктивної системи, що знижує репродуктивний потенціал пацієнток.

У чоловіків, як знаходяться у шлюбі з обстежуваними жінками першої когорти, виявлено:

- середній вік чоловіків становив $30,5 \pm 4,5$ року, при цьому достовірних міжгрупових відмінностей за цим показником виявлено не було;
- у цілому контингент чоловіків був представлений робочими і службовцями, які ведуть загалом сидячий спосіб життя;

Коефіцієнти кореляції вірогідності настання вагітності після ДРТ з анамнестичними даними і з рівнями гормонів у плазмі крові і експресією рецепторів стероїдних гормонів в ендометрії

Чинник анамнезу	R (p<0,05)
Апендектомія	-0,41
Тубектомія	-0,37
СПКЯ	-0,32
Міомектомія	-0,35
Лапаротомія	- 0,32
Лапароскопія	0,38
РДВ	0,30
ФСГ	0,42
Пролактин	0,39
Естрадіол	0,28
ТЗ	0,31
ДГАЕ - SO4	0,47
ЕР прогестерону в стромі ендометрія	0,23
ЕР прогестерону в епітелії ендометрія	0,36
ЕР естрогену в стромі ендометрія	0,32
ЕР естрогену в епітелії ендометрія	0,40

- серед обстежуваних чоловіків 65% курять і 32% регулярно (приблизно 1–2 рази на місяць) вживають спиртні напої;
- усі чоловіки перехворіли в дитинстві дитячими інфекціями: кожен третій (30,7%) хворів на вітряну віспу, кожен п'ятий (20,16%) – на кір, кожен десятий (10,1%) переніс краснуху. Кожен третій чоловік відзначав у себе часті (у середньому 2–3 рази на рік) гострі респіраторні вірусні інфекції. Кожен п'ятий зазначав наявність у нього хронічного гастриту. У кожного шостого в анамнезі – хронічний тонзиліт.

На наступному етапі дослідження усіх пацієнток залежно від результатів ДРТ було розподілено на дві підгрупи. Пацієнтки з В+ – вагітність позитивна (31 жінка), В- – вагітність після ДРТ не настала (69 пацієнток). У пацієнток підгрупи В- був декілька вище рівень ТТГ у плазмі крові, хоча достовірних міжгрупових відмінностей при цьому виявлено не було. У той самий час концентрація ФСГ у пацієнток з позитивним результатом ДРТ становила $9,7 \pm 0,8$ МО/л, достовірно ($p < 0,05$) перевищуючи відповідний показник у пацієнток підгрупи В- ($6,5 \pm 0,9$ МЕ/л). Зіставлення концентрації гормонів щитоподібної залози дозволило встановити достовірне ($p < 0,05$) збільшення рівня Т3 у плазмі крові у жінок з позитивним результатом ДРТ ($4,7 \pm 0,4$ пг/мл) відносно відповідного показника у пацієнток з негативним результатом – $3,7 \pm 0,5$ пг/мл.

У той самий час у пацієнток даної підгрупи дещо вище був рівень зв'язаного Т4 – $18,2 \pm 2,8$ нг/дл, що достовірно не перевищувало значення у групі В+ – $14,0 \pm 3,1$ нг/дл.

Наявність зворотних зв'язків помірної сили виявлена між позитивним ефектом ДРТ і наявністю в анамнезі апендектомії ($r = -0,41$), тубектомії ($r = -0,37$), СПКЯ ($r = -0,32$), міомектомії ($r = -0,35$) і лапаротомії ($r = 0,32$) (таблиця). Навпаки, були виявлені позитивні зв'язки чинника настання вагітності після ЕКЗ з наявністю в анамнезі таких пацієнток відомостей про лапароскопію ($r = 0,38$) і РДВ ($r = 0,30$).

Аналізуючи результати ДРТ з проведенням лікуванням, частота коагуляції вогнищ ендометрія у пацієнток з негативним результатом ЕКЗ становила 28,2%, більше ніж у 2 рази перевищуючи відповідне значення у підгрупі пацієнток з позитивним результатом ДРТ.

Оцінювання взаємозв'язку позитивного ефекту ДРТ з гормональним чинником показала наявність позитивних зв'язків помірної сили з концентраціями гормонів ФСГ ($r = 0,42$), пролактину ($r = 0,39$) і Т3 ($r = 0,31$) (див. таблицю). Зв'язок настання вагітності з рівнем естрадіолу був достовірним, проте слабким ($r = 0,28$).

Також слабким був зв'язок позитивного ефекту ДРТ з рівнем ЕРП у стромі ендометрія ($r = 0,23$), проте кореляції зі всіма іншими показниками ЕР ендометрія до стероїдних гормонів були прямими і помірної сили: з ЕРП в епітелії – $r = 0,42$, ЕРЕ в стромі – $r = 0,32$, ЕРЕ в епітелії ендометрія – $r = 0,40$.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними причинами невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) є: тривала безплідність, неодноразові оперативні втручання на органах малого таза, велика кількість внутрішньоматкових операцій, наявність ендометріозу і високий інфекційний індекс.

Окрім цього, тривале і неуспішне лікування безплідності є негативним чинником, що посилює наявні порушення. Ці чинники ризику сприяють зриву адап-

таційно-гомеостатичних резервів організму, хронізації запалення, посиленню анатомо-функціональних дефектів репродуктивної системи, що знижує репродуктивний потенціал пацієнток і спричинює невдалі спроби ДРТ.

Проведений кореляційний аналіз довів істотну роль дисгормональних порушень і патології ендометрія в невдалих спробах ДРТ. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму підвищення ефективності допоміжних репродуктивних технологій.

Роль клиничко-лабораторных и морфологических изменений в генезе неудачных попыток вспомогательных репродуктивных технологий О.Д. Лещева

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основными причинами неудачных попыток вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) являются: длительное бесплодие, неоднократные оперативные вмешательства на органах малого таза, большое количество внутриматочных операций, наличие эндометриоза и высокий инфекционный индекс.

Кроме этого, длительное и unsuccessful лечение бесплодия само по себе является негативным фактором, усугубляющим имеющиеся нарушения. Эти факторы риска способствуют срыву адаптационно-гомеостатических резервов организма, хронизации воспаления, усилению анатомо-функциональных дефектов репродуктивной системы, что, в свою очередь, снижает репродуктивный потенциал пациенток и способствует неудачным попыткам ВРТ.

Проведенный корреляционный анализ показал существенную роль дисгормональных нарушений и патологии эндометрия в неудачных попытках ВРТ. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма повышения эффективности вспомогательных репродуктивных технологий.

Ключевые слова: вспомогательные репродуктивные технологии, неудачные попытки.

Role of clinical-laboratory and morphological changes in genesis of unsuccessful genesial technologies O.D. Leshchova

Results of the spent researches testify, that principal causes of unsuccessful attempts ART are: long barrenness, numerous operative interventions on bodies of a small basin, the big number intrauterine operations, presence of an endometriosis and a high infectious index. Besides, long and unsuccessful treatment of barrenness in itself is the negative factor aggravating available infringements.

These risk factors promote failure adaptation-gomeostasis reserves of an organism, inflammation synchronisation, to strengthening of anatomic-functional defects of reproductive system, that, in turn, reduces reproductive potential of patients and promotes unsuccessful attempts ART.

The carried out correlation analysis has shown an essential role dysgormonal infringements and a pathology of endometrium in unsuccessful attempts of auxiliary reproductive technologies. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of increase of efficiency of auxiliary reproductive technologies.

Key words: auxiliary reproductive technologies, unsuccessful attempts.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Анишина М.Б., 2012. ВРТ: прошлое, настоящее, будущее // Проблемы репродукции : 3 : 6–15.
2. Артифев С.Б., Артифева А.А., Одинцов А.А., 2016. Анализ структуры мужской infertility // Актуальные вопросы урологии и андрологии : Н. Новгород : 71–78.
3. Баскаков В.П., 2012. Состояние репродуктивной системы женщины при эндометриозе // Проблемы репродукции : 2 : 15–18.
4. Божедомов В.А., Лоран О.Б., Сухих Г.Т., 2017. Этиология и патогенез мужского аутоиммунного бесплодия. Часть 1. // Андрология и генитальная хирургия : 1 : 27–33.
5. Божедомов В.А., Лоран О.Б., Сухих Г.Т., 2017. Этиология и патогенез мужского аутоиммунного бесплодия. Часть 2. // Андрология и генитальная хирургия : 1 : 34–39.
6. Бондарев Д.А., Скорова Н.Е., Курносоев Т.Р., 2016. Иммунологический аспект вспомогательных репродуктивных технологий // Андрология и генитальная хирургия : 2 : 30–39.
7. Вихляева Е.М., 2011. Руководство по эндокринной гинекологии : Москва : 708.
8. Гаспаров А.С., Волков Н.И., Корнеева М.Е., 2015. Трубно-перитонеальное бесплодие у женщин // Проблемы репродукции : 5 : 43–44.
9. Герасимов А.М., 2012. Причины бесплодия при наружном эндометриозе (обзор литературы) // Проблемы репродукции : 5 : 51–54.
10. Гюдайс Л.С., 2015. Имплантирующаяся оплодотворенная яйцеклетка и материнский организм // Проблемы эндокринологии : 5 : 30–32.
11. Гилязутдинов И.А., 2012. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве. Руководство для врачей : М.: МЕДпресс-информ : 416.
12. Горюнов В.Г., Жиборов Б.Н., Евдокимов В.В., 2015. Причины и признаки мужского бесплодия : Рязань : 321.

УДК 618.177-089.888.11-02:618.141-006.03-089

Тактика допоміжних репродуктивних технологій після оперативного лікування жінок з аденоміозом

П.М. Прудніков

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

Результати проведених досліджень свідчать, що удосконалений нами алгоритм допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) у жінок після оперативного лікування різних форм аденоміозу є достатньо ефективним. Підтвердженням цього є висока частота імплантації та клінічного настання вагітності. Отримані результати дозволяють більш широко використовувати органозберігальні операції при різних формах аденоміозу, а також ефективно використовувати ДРТ.

Ключові слова: аденоміоз, допоміжні репродуктивні технології.

Лікування безплідності у хворих генітальним ендометріозом є однією з найбільш актуальних проблем акушерства і гінекології. Це зумовлено високою частотою захворювання серед жінок репродуктивного віку, мультифакторіальною природою порушення репродуктивної функції при даному захворюванні, а також необґрунтованими повторними оперативними втручаннями на органах малого таза, відсутністю протирецидивної терапії і не своєчасним використанням допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) [1, 2].

Найбільш складним науково-практичним завданням вважається подолання безплідності у пацієнток з тяжкими формами зовнішнього генітального ендометріозу (ЗГЕ), що включають аденоміоз (Ад) [3, 4]. За різними оцінками, серед пацієнток з ЗГЕ, частота зустрічання Ад становить 15–45% [5]. Оптимальним методом подолання безплідності у цьому випадку є екстракорпоральне запліднення (ЕКЗ) [6]. Проте частота настання вагітності у протоколах ЕКЗ у таких хворих значно нижче, ніж при легких формах ЗГЕ (13,7% і 28,3% відповідно) [7, 8]. Передбачається, що основними детермінантами невдачі ЕКЗ можуть бути порушення рецептивності ендометрія, фолікулогенезу в яєчниках і зниження якості ембріонів [6].

У низці досліджень було показано, що гормональна терапія перед протоколом ЕКЗ підвищує його ефективність [6, 7]. У зв'язку з багаторітним досвідом вживання агоністів гонадотропін-рилізінг гормону (аГнРГ) більшістю європейських професійних асоціацій рекомендована дана група препаратів [1, 8]. Водночас добре відомі особливості аГнРГ, зумовлені вираженим антигонадотропним ефектом та

гіпоестрогенемією, що впливає на прихильність хворих даному виду лікування перед проведенням повторних циклів ЕКЗ.

Останніми роками з метою медикаментозної терапії ендометріозу стали використовувати похідне норстероїдів – дієногест. Оpubліковані результати досліджень, що підтверджують його ефективність, порівняно з аГнРГ, щодо зниження больового синдрому [1, 7]. Безперечними перевагами препарату є відсутність вираженої гіпоестрогенемії і пов'язаних з нею побічних ефектів. Проте вітчизняні та іноземні дослідження, присвячені ефективності вживання дієногесту з метою подолання безплідності у хворих Ад методом ЕКЗ відсутні. Залишаються суперечливими наукові дані щодо впливу гормональної терапії на характеристики гонадотропної стимуляції яєчників, якість запліднення (ЯЗ) і розвиток ембріонів у протоколах ЕКЗ [6].

У зв'язку з викладеним вище, представляє значний інтерес вивчення можливостей ДРТ після оперативного лікування пацієнток цієї групи в аспекті підвищення ефективності лікування безплідності.

Мета дослідження: підвищення ефективності відновлення репродуктивної функції у жінок з Ад на підставі вивчення у них клініко-функціональних і ендокринологічних особливостей, а також удосконалення і впровадження алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів з використанням ендоскопії та ДРТ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети обстежені 100 жінок репродуктивного віку, які були прооперовані з приводу безплідності, викликаной наявністю вузлової або дифузної форм Ад I та II ступеня. Усім пацієнткам було проведено лікування безплідності із застосуванням ДРТ: екстракорпоральне запліднення (ЕКЗ) або ЕКЗ/ісі.

Критеріями включення пацієнток в дослідження були:

- фолікулостимулювальний гормон (ФСГ) ≤ 12 МО/л;
- антимюллерів гормон (АМГ) $\geq 0,5$ нг/мл;
- операція з приводу аденоміозу в анамнезі;
- відсутність ЕКЯ на момент вступу до протоколу ЕКЗ;
- стимуляція яєчників у протоколі ЕКЗ з використанням антагоністів ГнРГ (ант-ГнРГ).

Критеріями виключення були:

- ІМТ ≥ 30 кг/м²;
- міома матки діаметром більше 2 см, яка деформує порожнину матки;
- Ад III–IV ступеня;
- загальні протипоказання для протоколу ЕКЗ і настання вагітності.

Залежно від варіанту ад'ювантної гормональної терапії перед вступом до протоколу ЕКЗ (ЕКЗ/ісі) усіх досліджуваних пацієнток було розподілено на три групи:

- 1-а група – 30 пацієнток, які отримували дієногест протягом 3–6 міс.
- 2-а група – 40 пацієнток, які отримували препарати а-ГнРГ протягом 3–6 міс.
- 3-я група – 30 жінок, які не отримували гормональної терапії Ад перед протоколом ЕКЗ.

Пацієнтки 1-ї та 2-ї груп, які отримували гормональну терапію перед ДРТ, були з вузловою формою Ад (1 група), а жінки 3-ї групи, які не отримували гормональну терапію, були з дифузною формою Ад. Такий розподіл ми дозволили зробити із урахуванням впливу різних варіантів гормональної терапії на віддалені наслідки оперативного лікування різних форм Ад.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Ефективність протоколів КССО оцінювали за загальною курсовою дозою р-ФСГ, тривалості стимуляції, кількості фолікулів діаметром понад 17 мм в день введення тригера фінального дозрівання фолікулів, кількості отриманих ооциткумулюсних комплексів (ОКК) під час ТВП фолікулів.

Середня стартова доза р-ФСГ для 1-ї групи становила 225 МО (200; 300), для 2-ї групи – 225 МО (150; 250), для 3-ї групи пацієнток була дещо вища і становила 237,5 МО (200; 300), але достовірно не відрізнялася у досліджуваних групах ($p=0,148$).

Загальна доза у пацієнток 3-ї групи (2450 МО) була дещо вищою, ніж у пацієнток 1-ї групи (1800 МО) і 2-ї групи (1862,5 МО), проте також без статистичної значущості ($p=0,058$).

Тривалість стимуляції у всіх трьох групах не розрізнялася і становила у середньому 9 (8; 10) діб.

Середня кількість фолікулів діаметром більше 17 мм в день введення тригера було значно менше в групі пацієнток, що не отримували гормональну терапію (3-я група), і становила 3 (2; 6) фолікули порівняно з 5,5 (4; 8) фолікулами пацієнток 1-ї групи ($p\text{-I-III}=0,002$) і 6 (3; 10) фолікулами пацієнток 2-ї групи ($p\text{-II-III}=0,006$).

Кількість ОКК, отриманих при ТВП, достовірно розрізнялося у досліджуваних групах. Найменша кількість ОКК отримана при пункції у 3-й групі – 2 (1; 4), у 2-й групі – 5 (2; 8), у 1-й групі – 4,5 (3; 7), що відображено у високій статистичній достовірності ($p=0,002$). Бідна відповідь яєчників була відзначена у групі жінок, які не отримували гормональну терапію, – у 55,6% випадків, що достовірно частіше, ніж у 1-й (18,4%) і 2-й групах (32,9%), $p=0,003$.

Під час оцінювання ембріологічних протоколів з дослідження були виключені пацієнтки, в яких була відсутня відповідь яєчників на гонадотропну стимуляцію (3 пацієнтки з 2-ї групи, 3 пацієнтки з 3-ї групи), і пацієнтки, в яких не було отримано ооцитів при ТВП (1 пацієнтка з 1-ї групи 1, 5 – з 2-ї групи і 5 – з 3-ї групи).

Аналіз ембріологічної складової протоколів ЕКЗ і ЕКЗ/ІСІ засвідчив відсутність значних відмінностей між відсотком запліднення серед 1-ї (66,2%), 2-ї (71,5%) і 3-ї (71,7%) групами. Проте статистично значущою ($p=0,011$) виявилася відмінність у середній кількості зигот з двома про нуклеусами.

Частка ембріонів класу А від загальної кількості ембріонів на 3-й день розвитку серед груп дослідження не відрізнялася. Статистично значущі відмінності виявлені у середніх значеннях (2,5 (1; 5), 2 (0; 5) і 1 (0; 2) для 1-ї, 2-ї і 3-ї груп відповідно, $p=0,032$).

Перенесення ембріонів було виконане на 3, 4 і 5-й день розвитку *in vitro* 80,0% пацієнток усіх груп. Перенесення ембріонів здійснювали на 3, 4 і 5-й день

розвитку *in vitro*. Максимальна кількість перенесених ембріонів не перевищувала два.

Серед досліджуваних груп частота перенесення одного ембріона достовірно не розрізнялася (20%, 25,0% і 40,0% для 1-ї, 2-ї і 3-ї груп відповідно; $p=0,651$). Вища частота перенесення одного ембріона у 3-й групі пов'язана з вищою частотою бідної відповіді яєчників на стимуляцію і відповідно меншою кількістю ембріонів для перенесення.

Частота кріоконсервації ембріонів достовірно не відрізнялася у групах ($p=0,525$), проте була нижче у групі без вживання ад'ювантної гормональної терапії.

Кріоконсервацію ембріонів провели в 30,0% пацієнток 1-ї групи, в 40,0% 2-ї групи і 30,0% жінок 3-ї групи.

Частота кріоконсервації у 2-й групі (40,0%) була помітно вище, ніж в 3-й (30,0%) і в 2-й (30,0%) групах, але не досягла статистичної значущості ($p=0,525$). Це може бути зумовлено великою кількістю ембріонів, доступних для селекції, в групі з використанням а-ГнРГ.

Товщина ендометрія при перенесенні ембріонів достовірно не розрізнялася у досліджуваних групах і становила $11,3 \pm 1,3$ мм, $10,8 \pm 1,0$ мм, $10,9 \pm 0,3$ мм для груп 3, 4 і 5 відповідно ($\chi^2=0,366$, $df=2$; $p=0,833$). Секреторній трансформації за даними УЗД ендометрія відповідав у 96,7% випадків у 1-й групі, у 97,5% випадків у 2-й групі і в 96,7% у 3-й групі (достовірні відмінності між групами відсутні).

Частота відміни протоколів ЕКЗ у пацієнток усіх груп дослідження становила 20,0%. Відсутність відповіді на гонадотропну стимуляцію спостерігалася в 4,0% випадків (у 4 з 100 пацієнток).

У 8 (8,0%) із 100 пацієнток не було отримано фолікулів при ТВП. Достовірних статистичних відмінностей серед груп не спостерігалось (3,3%, 7,5% і 13,3% для 1-ї, 2-ї і 3-ї групи відповідно; $p_{1-2}=0,551$, $p_{2-3}=0,110$, $p_{1-3}=0,406$).

Відсутність нормального запліднення була відзначена у 7 (7,0%) із 100 пацієнток. Деградація ембріонів наголошувалася у 3 (3,0%) із 100 випадків. Найбільша частота відміни циклів ЕКЗ наголошувалася у 3-й групі і становила 36,7%, що мало вищу статистичну значущість порівнянні з 1-ю групою (6,7%) ($F\text{-exact}$, 2sd, $p_{1-3}=0,004$).

Ефективність протоколів ЕКЗ оцінювали за частотою настання вагітності (ЧНВ) на протокол ЕКЗ і частотою настання вагітності на перенесення ембріонів.

Усього перенесення ембріонів було здійснено 80/100 пацієнткам. Загальна ЧНВ на протокол ЕКЗ становила 33,0%. Найбільша частота настання вагітності була у віковій підгрупі від 23 до 29 років і становила 50,0% на відміну від другої вікової підгрупи (від 30 до 34 років; 28,9%) і мало вищу статистичну значущість, ніж у пацієнток від 35 до 42 років (25,0%, $p_{1-3}=0,005$).

При розрахунку на перенесення ембріонів відмінності в ЧНВ значущі, але не досягли статистичної достовірності. Отримані дані можуть свідчити про вплив віку пацієнток на зростання фолікулів і якість ооцитів більшою мірою, ніж на імплантаційну здатність ендометрія.

При розрахунку частоти настання вагітності залежно від ад'ювантної терапії були отримані значущі відмінності. У 1-й групі вагітність настала у 13 з 30 пацієнток (43,3%), у 2-й групі – у 15 з 40 пацієнток (37,5%) і в 5 з 30 (16,7%) – у 3-й групі ($\chi^2=6,793$; $p=0,033$). Статистично значимі відмінності виявлені між групами 1 і 3 ($p=0,017$). Шанси настання вагітності у групі з використанням дієногесту після вузлової форми Ад як ад'ювантної терапії у 2,5 разу вище, ніж при дифузній формі Ад та без гормональної терапії.

У пацієнток з вузловою формою Ад, які отримували аГнРГ як гормональну терапію перед протоколом ЕКЗ, частота настання клінічної вагітності була у два рази вище, ніж у пацієнток з дифузною формою без гормональної терапії, але не досягла статистичної достовірності ($p=0,140$). За даними мета-аналізу застосування аГнРГ збільшує частоту настання вагітності у 4 рази порівняно з відсутністю ад'ювантної терапії.

При розрахунку на перенесення ембріонів частота настання клінічної вагітності у групі 1 становила 46,7%, у 2 групі – 40,0%, у 3 групі – 26,7% ($\chi^2=2,975$; $p=0,226$). Незважаючи на відсутність статистичної достовірності ЧНВ у групі 3 була в 1,5 разу нижче, ніж у 2-й групі і майже в два рази нижче ніж в 3-й групі. Відсутність подальшого розвитку ембріона після імплантації (біохімічна вагітність) була зареєстрована у 5 випадках з 38 (13,2%).

Аналіз частоти імплантації серед досліджуваних груп не показав статистично значущих відмінностей. Проте у групі пацієнток, які приймали дієногест, частота імплантації з розрахунку на кількість перенесених ембріонів становила 33,3% (у 10 з 30 пацієнток) і була вище за таку у 2-й групі – 27,5% (в 11 із 40 пацієнток) і значно вище ніж у 3-й групі пацієнток – 16,7% (у 4 з 30 пацієнток).

Кількість вагітностей на перенесення ембріонів прогресивно збільшується з 3-го по 5-й день. Частота настання вагітності при перенесенні ембріонів на 3-й день розвитку *in vitro* (26,3%) була достовірно нижче, ніж при перенесенні ембріонів на 5-й день розвитку (63,3%), $p_{3-5}=0,002$.

Отримані результати можуть бути пояснені селекцією ембріонів при культивуванні *in vitro*, відсіюванням ембріонів, що відстають у розвитку, і перенесенням ембріонів кращої якості.

У частоті настання вагітності достовірних відмінностей не було. Відзначена декілька вища частота настання вагітності на перенесення ембріона при використанні техніки ICSI, ніж при ЕКЗ у групі 1 (56,7% і 43,3%). Протилежні дані отримані для пацієнток групи 2 (50,0% і 36,7% для ЕКЗ і ICSI відповідно) і групи 3 дослідження (30,0 і 23,3% для ЕКЗ і ICSI відповідно). ЧНВ на цикл ЕКЗ була нижче при використанні ICSI.

Був проведений аналіз ефективності протоколів ЕКЗ залежно від показників оваріального резерву. Усіх пацієнток досліджуваних груп було розподілено на дві підгрупи залежно від показників АМГ. До першої підгрупи увійшли пацієнтки з низьким оваріальним резервом (АМГ сироватки крові ≥ 1 нг/мл), до другої підгрупи – пацієнтки з нормальним показником оваріального резерву (АМГ сироватки крові $=1$ нг/мл). У підгрупі з низьким оваріальним резервом ЧНВ з розрахунку на перенесення ембріона була вище у групі 3 (46,7%) порівняно з 4 (32,5%) і 5 (30,0%)

групою, хоча і не досягла статистичної достовірності. У підгрупі з нормальним оваріальним резервом ЧНВ також була вище для 1 групи (50,0%, 45,0% і 23,3% для груп відповідно)

Повторно включали у протокол ЕКЗ 47 пацієнток.

Під час проведеної КССО було відзначено підвищення загальної дози використаних гонадотропнів 1800 МО (1200; 2350) і 2000 МО (1500; 3000) для попереднього протоколу ЕКЗ і проведеного у дослідженні відповідно, але не досягло статистичної достовірності ($p=0,07$). Кількість отриманих ооцитів відрізнялася не значуще: 3 (2; 7) для попереднього і 4 (2; 7) для теперішнього протоколів ($p=0,87$).

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що удосконалений нами алгоритм допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) у жінок після оперативного лікування різних форм аденоміозу є достатньо ефективним. Підтвердженням цього є висока частота імплантації та клінічного настання вагітності. Отримані результати дозволяють більш широко використовувати органозберігальні операції при різних формах аденоміозу, а також ефективно використовувати ДРТ.

Тактика вспомогательных репродуктивных технологий после оперативного лечения женщин с аденомиозом

П.М. Прудников

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что усовершенствованный нами алгоритм вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) у женщин после оперативного лечения различных форм аденомиоза является достаточно эффективным. Подтверждением этого является высокая частота имплантации и клинического наступления беременности. Полученные результаты позволяют более широко использовать органосохраняющие операции при различных формах аденомиоза, а также эффективно использовать ВРТ.

Ключевые слова: аденомиоз, вспомогательные репродуктивные технологии.

Tactics of auxiliary genesial technologies after expeditious treatment of women with adenomyosis P. M. Prudnikov

Results of the conducted researches testify that the algorithm of auxiliary genesial technologies improved by us at women after expeditious treatment of various forms of adenomyosis are rather effective. Statement of it is the high frequency of implantation and clinical offensive of pregnancy. The received results allow to use more widely organ-preserving operations at various forms of adenomyosis, and also effectively to use auxiliary genesial technologies.

Key words: adenomyosis, auxiliary genesial technologies.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В., Бобкова М.В. Современные подходы к лечению эндометриоза // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 3. – С. 10–14.
2. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. – М.: Медицина, 2013. – 317 с.
3. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. Изд. 4. – Л.: Медицина, 2014. – 240 с.
4. Давыдов А.И., Пашков В.М. Генитальный эндометриоз / Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2010. – С. 241–261.
5. Коханевич Е.В., Дудка С.В., Судомо И.О. Современные методы диагностики и лечения генитального эндометриоза // Зб. наук. праць асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «Фенікс», 2001. – С. 340–342.
6. Юзько О.М. Сучасні питання допоміжних репродуктивних технологій у жінок з генітальним ендометріозом // Клінічна медицина. – 2015. – № 4. – С. 78–86.
7. Audebert A.J.M. formes occultes et minimes de l'endometriose: strategie therapeutique // Rev. Franc. Gynecol. Obstet. – 2010. – V. 85, № 2. – P. 79–84.
8. Barbieri R.L. Etiology and epidemiology of endometriosis // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2012. – V. 162, № 2. – P. 565–567.

Клінічна характеристика жінок зі зниженою оваріальною відповіддю на стимуляцію у програмах ДРТ

Г.В. Стрелко

Медичний центр «Родинне джерело», м. Київ

Мета дослідження: аналіз клінічної характеристики жінок «поганих відповідачів» у програмах допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).

Матеріали та методи. Визначення клінічної характеристики жінок «поганих відповідачів» проводилося шляхом аналізу соматичного, гінекологічного та репродуктивного анамнезу в рамках вивчення факторів ризику та патогенетичних чинників виникнення зниженої відповіді яєчників на контрольовану стимуляцію.

Результати. Кожна друга пацієнтка основної групи має екстрагенітальну патологію, яка може впливати на репродуктивний потенціал. Кожна третя пацієнтка перенесла від 1 до 3 гінекологічних операцій, включаючи лапаротомії, лапароскопії переважно на яєчниках та маткових трубах, гістероскопії та вишкрібання порожнини матки з приводу поліпів ендометрія. У пацієнток «поганих відповідачів» спостерігається статистично вірогідно більший відсоток захворювань внутрішніх статевих органів, переважно інфекційного та дисгормонального генезу.

Заключення. Жінки «погані відповідачі» представляють досить складний контингент для реалізації репродуктивної функції. Це дозволяє передбачити, що подальше лікування, спрямоване на відновлення репродуктивної функції у даної категорії пацієнток, буде пов'язане з певними труднощами та прогнозовано невисоким по ефективності.

Ключові слова: «погані відповідачі», допоміжні репродуктивні технології, клінічна характеристика, гінекологічний, соматичний анамнез

Частота безплідності в Україні становить 17–19,5% від загальної популяції сімейних пар. Серед країн світу Україна посідає 211 місце з 222 за показником фертильності [1, 8]. Причиною безплідного шлюбу в 40–50% є патологія репродуктивної системи в одного із подружжя, у 25–30% – в обох, 15–20% випадків припадає на безплідність нез'ясованого генезу. У зв'язку з низькою ефективністю консервативного лікування різних форм безплідності у більшості пацієнток показано застосування програм допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) [2, 6].

Незважаючи на значне використання програм ДРТ у лікуванні безплідності, підвищення їхньої якості та ефективності залишається основним питанням сучасності [3]. Середня ефективність використання ДРТ у жінок з нормальними показниками оваріального резерву становить 30–50%, при низькому оваріальному ре-

зерві та недостатній оваріальній відповіді частота успішних спроб екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) удвічі нижча і зазвичай не перевищує 12% [2, 8]. Частота невдалих спроб ДРТ, де причиною є низький оваріальний резерв та недостатня оваріальна відповідь, становить від 11% до 24%, а при повторних спробах зняття з програми з різних причин становило більше 45% [2]. У разі досягнення етапу ембріотрансфера частота вагітності коливається від 3% до 26% залежно від кількості ооцитів, віку жінки та інших чинників [6].

Розроблення нових напрямків покращення оваріальної відповіді у жінок, що страждають на безплідність з низьким оваріальним резервом, є актуальною проблемою ДРТ, яка потребує вирішення. Досить цікавим є анамнестичні дані щодо лікування безплідності, основними з яких є:

- тривала гормональна стимуляція з метою досягнення овуляції,
- виконання неодноразових пластичних операцій на маткових трубах,
- резекцій яєчників з приводу доброякісних кіст яєчників,
- тривале лікування ендометріозу та інших гінекологічних захворювань [4, 5].

Не виключено, що зазначена тактика може знижувати наступну ефективність досягнення вагітності у зв'язку з її тривалістю та нерациональністю. Крім того, для реалізації репродуктивної функції необхідно гармонійний розвиток та функціонування всього організму в цілому та репродуктивної системи зокрема. Отже, розглядаючи проблеми здоров'я жінки, необхідно аналізувати також соматичний стан та інші анамнестичні дані [7].

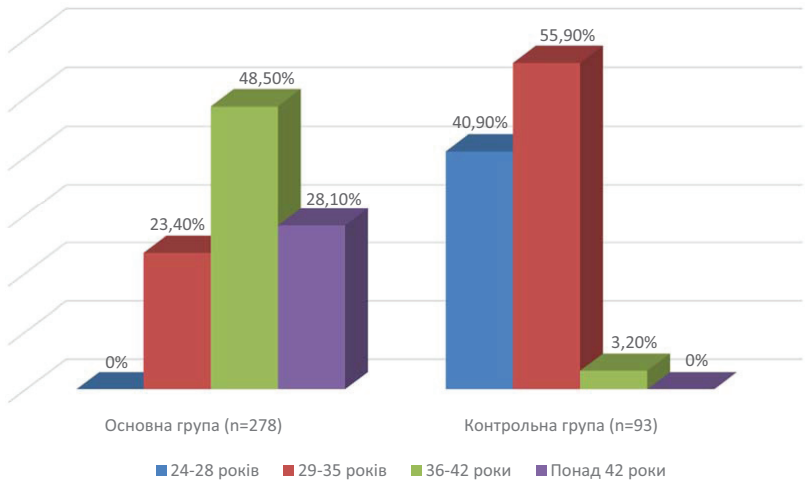
У рамках вивчення факторів ризику та патогенетичних чинників виникнення зниженої відповіді яєчників на контрольовану стимуляцію **метою дослідження** стало вивчення клінічної характеристики жінок «поганих відповідачів» в програмах ДРТ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проспективно обстежено 278 жінок з безплідністю із зниженою відповіддю на стимуляцію. Показаннями до включення жінок у дослідження були наявність мінімум двох з критеріїв бідної оваріальної відповіді згідно з Болонськими критеріями 2011 року:

- попередній епізод поганої відповіді при ДРТ (менше 3 ооцитів) із стандартною дозою гонадотропінів;
- аномальний резерв яєчників з кількістю антральних фолікулів менше 5–7 або рівнем антимюлерового гормону менше 0,5–1,2 нг/мл;
- жінки старшої вікової групи;
- інші фактори ризику поганої оваріальної відповіді (операції на яєчниках, хіміотерапія, променева терапія, аутоімунні фактори).

З дослідження були виключені жінки з аномальним каріотипом, гострими запальними захворюваннями будь-якої локалізації на початок лікувальної програми ДРТ, уродженими вадами розвитку або набутими деформаціями порожнини матки, за яких неможлива імплантація ембріона(ів) та виношування вагітності, доброякісними пухлинами матки, що деформують порожнину матки та (або) вимагають оперативного лікування, злоякісними новоутвореннями будь-якої локалізації.



Мал. 1. Розподіл жінок досліджуваних груп за віком (p<0,05)

Клінічне обстеження пацієнток проводили за спеціально розробленою анкету, яка включала насамперед детальний збір анамнестичних даних, стан менструальної та репродуктивної функції, гінекологічний та соматичний статус.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Отже, середній вік пацієнток, які лікувалися з приводу безплідності в основній групі становив 38,6±3,9 року, а саме: 29–35 років – 65 (23,4%) жінок, 36–42 роки – 135 (48,5%) та віком понад 42 роки – 78 (28,1%). У контрольній групі жінок спостерігалася деяка відмінність у віковому розподілі. Так, середній вік пацієнток групи контролю становив 29,2±2,8 року, а саме: 29–35 років – 52 (55,9%), 36–42 роки – 3 (3,2%) пацієнток та 38 (40,9%) жінок були віком 24–28 років. Тобто переважна більшість жінок основної групи була представлена пацієнтками пізнього репродуктивного віку, що є одним з основних критеріїв поганої відповіді на стимуляцію (мал. 1).

Одним з основних показників, які характеризують функціональну активність репродуктивної системи, прогнозують оваріальну відповідь на стимуляцію яєчників у циклах ДРТ є індекс маси тіла, тобто співвідношення маси тіла у кілограмах до довжини тіла в метрах, підведеної до квадрату ($IMT = m \text{ тіла, кг} / \text{довжини тіла, м}^2$).

За даними табл. 1, середній показник ІМТ у жінок контрольної групи становив 23,8±1,4, тобто переважна більшість жінок мала його нормальні показники, а саме у 45 (48,3%) пацієнток ІМТ становив 18,5–25, у 28 (30,1%) спостерігалися дещо

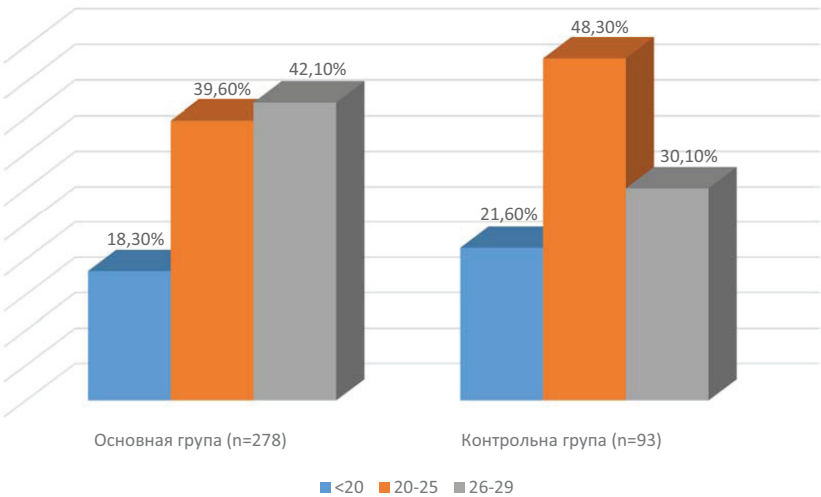
Таблиця 1

Інтерпретація ІМТ

Індекс маси тіла	Інтерпретація (ВООЗ 2010)
16 та нижче	Виражений дефіцит маси тіла
16-18,5	Недостатня маса тіла (астенічний тип)
18,5-24,99	Норма (нормостенічний тип)
25-30	Надмірна маса тіла, предожиріння (гіперстенічний тип)
30-35	Ожиріння першого ступеня
35-40	Ожиріння другого ступеня
40 та вище	Ожиріння третього ступеня, морбідне

підвищені показники – 25–30 та у 20 (21,6%) <18,5. Щодо пацієнток основної групи, то середній показник ІМТ був дещо вищий проти групи контролю та становив 25,1±1,9. Так, ІМТ <18,5 спостерігали у 51 (18,3%) пацієнтки, 18,5–25 – у 110 (39,6%), 25–30 – у 117 (42,1%) (мал. 2).

Отже, під час аналізу індексу маси тіла у жінок досліджуваних груп спостерігали статистично вірогідне перевищення показників ІМТ у межах 25–30 у жінок «поганих відповідачів» проти жінок контрольної групи. Це свідчить на користь субклінічних порушень з боку ендокринної системи та потребує більш детального дослідження гормональної ланки.



Мал. 2. Розподіл жінок досліджуваних груп за ІМТ (p<0,05)

Серед соматичної патології у жінок основної групи у значному відсотку випадків фіксували захворювання серцево-судинної системи – 86 (30,9%), а саме: гіпертонічна хвороба – 69 (24,8%), вегето-судинна дистонія – 17 (6,1%). Крім того, у пацієнток спостерігалась значна кількість захворювань травного тракту (40,6%), а саме: хронічний гастродуоденіт – 19 (6,8%) випадків, хронічний холецистит – 25 (8,9%), хронічний панкреатит – 24 (8,6%). Звертає на себе увагу велика кількість захворювань внутрішніх органів запального генезу, а саме у 28 (10,1%) жінок з безплідністю діагностовано хронічний пієлонефрит, хронічний тонзиліт спостерігався у 18 (6,5%) пацієнток, а також констатували значний відсоток аутоімунної патології – 68 (24,5%).

Щодо групи контролю, то спостерігалась статистично відмінна різниця у деяких показниках соматичної захворюваності. Так, захворювання серцево-судинної системи діагностовано у 23 (24,7%) пацієнток, переважно за рахунок вегето-судинної дистонії – 15 (16,1%), що було статистично вірогідно нижче ніж у жінок основної групи. Однак захворювання травного тракту у групі контролю спостерігалися значно частіше, а саме: в 58 (62,3%) випадках переважно діагностували хронічний холецистит – 18 (19,3%), хронічний гастродуоденіт – 11 (11,8%) та хронічний панкреатит – 12 (12,9%). Однак у жінок контрольної групи значно частіше спостерігалися захворювання сечостатевої системи – 27 (29,0%), тоді як аутоімунні захворювання у даної групи пацієнток діагностовано значно рідше ніж у жінок основної групи – 12 (12,9%) випадків (табл. 2).

Таблиця 2

Структура соматичної патології у жінок досліджуваних груп

Нозологія	Основна група, n=278	Контрольна група, n=93
	Абс. число (%)	Абс. число (%)
Захворювання серцево-судинної системи:	86 (30,9)*	23/24,7
• Гіпертонічна хвороба	69 (24,8)*	8/8,6
• Вегето-судинна дистонія	17 (6,1)*	15/16,1
Захворювання травного тракту:	113 (40,6)*	58 (62,3)
• Хронічний холецистит	25 (8,9)*	18 (19,3)
• Хронічний гастродуоденіт	19 (6,8)*	11 (11,8)
• Хронічний панкреатит	24 (8,6)*	12 (12,9)
• Виразкова хвороба	4 (1,4)	5 (5,4)
• Жовчно-кам'яна хвороба	26 (9,3)*	4 (4,3)
• Дискінезія ЖВШ	15 (5,6)	8 (8,6)
Захворювання сечовивідної системи:	40 (14,4)*	27 (29,0)
• Хронічний пієлонефрит	28 (10,1)*	18 (19,4)
• Сечокам'яна хвороба	6 (2,2)	3 (3,2)
• Хронічний цистит	6 (2,2)*	6 (6,4)
Захворювання дихальних шляхів:	23 (8,3)	9 (9,7)
• Хронічний бронхіт	5 (1,8)	5 (5,4)
• Хронічний тонзиліт	18 (6,5)	4 (4,3)
Аутоімунні захворювання	68 (24,5)*	12 (12,9)

Примітка: * – основна група/контрольна група ($p < 0,05$).

Таблиця 3

Об'єм оперативних втручань у пацієнток досліджуваних груп абс. число

Об'єм операції	Основна група, n=278	Контрольна група, n=93
Операції на маткових трубах:		
• Сальпінгооваріолізис	24 (8,6)	7 (7,5)
• Сальпінгонеостомія	14 (5,0)	6 (6,4)
• Тубектомія	29 (10,4)	13 (13,9)
Операції на яєчниках:		
• Резекція яєчників	23 (8,3)*	4 (4,3)
• Енуклеація кіст яєчників	33 (11,9)*	5 (5,4)
• Оваріоектомія (аднексектомія)	9 (3,2)	-
Операції на матці:		
• Консервативна міомектомія	15 (5,4)	-
Коагуляція вогнищ ендометріозу	7 (2,5)	2 (2,1)
Гістерорезектоскопії, вишкрібання порожнини матки, РВА	98 (35,2)*	16 (17,2)

Примітка: * – основна група/група порівняння ($p < 0,05$).

Вивчення гінекологічного анамнезу та даних щодо перенесених оперативних втручань у пацієнток основної групи з приводу гінекологічної захворюваності заслуговувало на особливу увагу, оскільки вид, доступ та об'єм оперативного втручання мав велике значення для розуміння патогенезу зменшення оваріального резерву у пацієнток з безплідністю.

На оперативні втручання на внутрішніх статевих органах в анамнезі вказували 84 (30,2%) пацієнтки основної групи, яким було проведено у загальній кількості 134 оперативних втручань, крім цього в 98 (35,2%) випадках мали місце втручання у порожнину матки з приводу різних гіперпластичних процесів та штучних переривань вагітності. У той самий час у жінок з безплідністю групи контролю оперативні втручання на органах малого таза виконували в 15 (16,1%) випадках, в 16 (17,2%) мали місце втручання у порожнину матки (табл. 3).

Отже, вивчення об'єму оперативних втручань встановило, що у жінок з безплідністю основної групи в значному відсотку випадків виконувалися операції на яєчниках, загальна кількість яких становила 65 (23,4%). При цьому, оцінюючі обґрунтованість хірургічного втручання, тільки в кожному другому випадку пацієнтка мала відповідь гістологічного дослідження, що підтверджує наявність у видаленій тканині яєчника ендометріюїдних кіст, тератом, серозних цистаденом, в інших випадках результати дослідження матеріалу виявили функціональні кісти або їх відсутність.

Операції на трубах у жінок основної групи було виконано в 67 (24,9%) випадках, в 15 (5,4%) була проведена консервативна міомектомія з приводу вузлових міом матки. У пацієнток групи контролю оперативні втручання переважно виконували на трубах (27,8%) із значно меншим відсотком втручань у порожнину матки –

16 (17,2%) порівняно з жінками основної групи, де цей показник становив 98 (35,2%).

Дані про характер патологічних змін ендометрія, які слугували показаннями до гістероскопії або діагностичному вишкрібанню порожнини матки представлені в табл. 4.

Згідно з наведеними даними, у кожному другому випадку втручання у порожнину матки як в основній групі, так і в групі порівняння проводили з приводу поліпів ендометрія – 49 (17,6%) та 8 (8,7%) відповідно. При цьому частіше виконували вишкрібання порожнини матки також в обох групах – 30 (10,8%) та 6 (6,5%) відповідно проти 19 (6,88) та 2 (2,2%). З приводу гіперплазії ендометрія внутрішньоматковій маніпуляції проводили в 28 (10,0%) випадках в основній групі та в 6 (6,5%) – у групі контролю. При цьому також частіше мало місце вишкрібання порожнини матки. Хронічний ендометрит був показанням для вишкрібання в 8 (2,9%) випадках та гістероскопії в 3 (1,1%) у жінок основної групи та в 1 (1,1%) проведено вишкрібання в групі контролю. Практично всі зазначені діагнози були підтверджені гістологічно, крім 9 (3,2%) випадків у жінок основної групи у зв'язку з відсутністю результатів гістологічного дослідження.

Досить цікавим був аналіз доступу в черевну порожнину під час проведення оперативних втручань. Так, 82 (29,4%) пацієнткам основної групи з приводу тих чи інших причин було виконано оперативне втручання лапаротомічним доступом, при цьому одноразово у 41 (2,4%) пацієнток, дворазово – у 28 (10,1%) та триразово – у 13 (4,6%), лапароскопічне втручання у «поганих відповідах» було виконано в 52 (18,7%) випадках, одноразово у 33 (11,9%) пацієнток, дворазово – в 11 (3,9%) та триразово – у 8 (2,9%) жінок. Щодо групи контролю, то лапаротомний та лапароскопічний доступ при оперативних втручаннях на органах малого таза було виконано у 8 (8,6%) та 7 (7,5%) випадках відповідно (табл. 5).

Таблиця 4

Структура показань до внутрішньоматкових втручань у жінок досліджуваних груп

Нозологія	Основна група, n=278		Контрольна група, n=93	
	Вишкрібання	Гістероскопія	Вишкрібання	Гістероскопія
	Абс. число (%)	Абс. число (%)	Абс. число (%)	Абс. число (%)
Поліп ендометрія	30 (10,8)*	18 (6,5)	6 (6,5)	2 (2,2)
Гіперплазія ендометрія	19 (6,8)*	9 (3,2)	5 (5,4)	1 (1,1)
Хронічний ендометрит	8 (2,9)	3 (1,1)	1 (1,1)	-
Інші причини	9 (3,2)	1 (0,4)	-	1 (1,1)

Примітка: * – основна група – вишкрібання/основна група – гістероскопія (p<0,05).

Таблиця 5

Структура доступу в черевну порожнину при проведенні оперативних втручань у жінок досліджуваних груп

Доступ в черевну порожнину	Основна група, n=278	Контрольна група, n=93
	Абс. число (%)	Абс. число (%)
Лапаротомія	82 (29,4)*	8 (8,6)
1	41 (14,7)*	6 (6,4)
2	28 (10,1)*	1 (1,1)
3	13 (4,6)*	1 (1,1)
Лапароскопія	52 (18,7)*	7 (7,5)
1	33 (11,9)*	4 (4,3)
2	11 (3,9)*	2 (2,1)
3	8 (2,9)*	1 (1,1)

Примітка: * – основна група/контрольна група (p<0,05).

Аналіз отриманих даних дозволяє констатувати, що незважаючи на широке поширення в клінічну практику ендоскопічних операцій та доступність даного виду медичної допомоги широким верствам населення, найбільш поширеним хірургічним доступом у пацієнток з нереалізованою репродуктивною функцією з такою гінекологічною патологією, як позаматкова вагітність, міома матки та кісти яєчників на сьогодні є лапаротомія. Крім цього, рутинне вишкрібання порожнини матки з приводу різноманітної патології ендометрія виконується кожній другій пацієнтці. Ендоскопічні операції у повсякденній практиці використовували переважно у пацієнток для уточнення стану органів малого таза та корекції патологічних станів.

Щодо гінекологічного анамнезу, то основні гінекологічні захворювання у жінок досліджуваних груп представлені в табл. 6.

Отже, під час аналізу структури гінекологічних захворювань у жінок з безплідністю основної групи ще раз звертає увагу значний відсоток патології, переважно пов'язаної з інфекційним чинником, а саме: хронічний сальпінгофорит зафіксований в анамнезі у 154 (55,4%) жінок, кольпіт, цервіцит – у 76 (27,3%) пацієнток, у той час як у жінок контрольної групи відсоток запальних захворювань внутрішніх статевих органів також значний, але статистично вірогідно менший, ніж в основній групі – хронічний сальпінгофорит – 28 (30,1%), кольпіт, цервіцит – 17 (18,3%).

Крім цього, значна кількість жінок з безплідністю як основної, так і контрольної групи скаржилася на наявність патології, пов'язаної з дизгормональними розладами, а саме: аномальні маткові кровотечі в анамнезі – 32 (11,5%) пацієнток основної групи та 13 (13,9%) в контрольній групі, кісти яєчників були в анамнезі 68 (25,5%) та 34 (36,6%) відповідно за групами з достовірним перевищенням показників у пацієнток групи контролю.

Таблиця 6

Структура гінекологічної патології жінок досліджуваних груп

Нозологія	Основна група, n=278	Контрольна група, n=93
Хронічний сальпінгофорит	154/(55,4)*	28/(30,1)
Кольпіт, цервіцит, ерозія шийки матки	76 (27,3)*	17 (18,3)
Міома матки	61 (21,9)*	14 (15,1)
Генітальний ендометріоз	51 (18,3)*	11 (11,8)
Кісти яєчників	68 (24,5)*	34 (36,6)
Аномальні маткові кровотечі	32 (11,5)	13 (13,9)
Апоплексія яєчника	62 (22,3)	24 (25,8)
Позаматкова вагітність	32 (11,5)	14 (15,1)
Гіперплазія, поліпи ендометрія	48 (17,3)*	8 (8,6)

Примітка: * – основна група/група порівняння ($p < 0,05$).

Міому матки діагностовано у 61 (21,9%) «поганих відповідачів», генітальний ендометріоз (аденоміоз, ендометріодні кісти яєчників) – у 51 (18,3%) пацієнтки, що було статистично вірогідно у жінок основної групи. Апоплексію яєчника частіше виявляли у пацієток групи контролю – 24 (25,8%) та у жінок основної групи – у 62 (22,3%) випадках, позаматкова вагітність – у 14 (15,1%) та 32 (11,5%) відповідно. Гіперплазія ендометрія та поліпи зустрічалися в 48 (17,3%) випадках у «поганих відповідачів» та у 8 (8,6%) в групі контролю.

ВИСНОВКИ

Кожна друга пацієнтка досліджуваних груп має екстрагенітальну патологію, яка може впливати на репродуктивний потенціал, при цьому наявна деяка відмінність представлених нозологій у досліджуваних групах з перевагою захворювань серцево-судинної системи, органів травного тракту та аутоімунної патології у жінок «поганих відповідачів». Проте діагностована патологія була у стадії компенсації та не була протипоказанням та причиною відмови від лікування з приводу безплідності.

Анамнестичні дані про частоту та доступ гінекологічних оперативних втручань у жінок основної групи свідчать про те, що обстежені жінки досліджуваної групи представляють досить складний контингент для реалізації репродуктивної функції, оскільки кожна третя пацієнтка перенесла від 1 до 3 гінекологічних операцій, включаючи лапаротомії, лапароскопії, гістероскопії та вишкрібання порожнини матки. Аналіз об'ємів операцій засвідчив, що незалежно від виду оперативного втручання та доступу у черевну порожнину переважна більшість маніпуляцій виконувалася на яєчниках – 23,4% та маткових трубах – 24,9%. Це свідчить про вагомий відсоток як дисгормональної патології, так і патології запального генезу в анамнезі, що стало причиною оперативних втручань наведеної локалізації. Отже,

частота та особливості перенесених операцій дозволяють передбачити, що подальше лікування, спрямоване на відновлення репродуктивної функції у даної категорії пацієток, буде пов'язане з певними труднощами та прогнозовано невисоким по ефективності.

У пацієток «поганих відповідачів» спостерігається статистично вірогідно більший відсоток захворювань внутрішніх статевих органів переважно інфекційного та дисгормонального генезу (сальпінгофорти, кольпіти, цервіцити, гіперплазія та поліпоз ендометрію), що дозволяє припустити, що одним із чинників як поганої відповіді яєчників на стимуляцію, так і відсотку імплантації та настання вагітності можуть бути запальні захворювання статевих органів з порушенням гормонального балансу.

Клиническая характеристика женщин со сниженным овариальным ответом на стимуляцию в программах ВРТ

Г.В. Стрелко

Цель исследования: анализ клинической характеристики женщин «плохих ответчиков» в программах вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

Материалы и методы. Изучение клинической характеристики женщин «плохих ответчиков» проводили путем анализа соматического, гинекологического и репродуктивного анамнеза в рамках определения патогенетических факторов риска возникновения сниженного ответа яичников на контролируемую стимуляцию.

Результаты. Каждая вторая пациентка основной группы имеет экстрагенитальную патологию, которая может влиять на репродуктивный потенциал. Каждая третья пациентка перенесла от 1 до 3 гинекологических операций, включая лапаротомии, лапароскопии преимущественно на яичниках и маточных трубах, гистероскопии и выскабливания полости матки по поводу полипов эндометрия. У пациенток «плохих ответчиков» наблюдается статистически достоверно больший процент заболеваний внутренних половых органов преимущественно инфекционного и дисгормонального генеза.

Заключение. Женщины «плохие ответчики» представляют достаточно сложный контингент для реализации репродуктивной функции. Это позволяет предвидеть, что дальнейшее лечение, направленное на восстановление репродуктивной функции у данной категории пациенток, будет связано с определенными сложностями и прогнозировано невысоким по эффективности.

Ключевые слова: «плохие ответчики», вспомогательные репродуктивные технологии, клиническая характеристика, соматический, гинекологический анамнез.

Clinical characteristics of women with reduced varial response to stimulation in DRT programs

G.V. Strelko

The objective: Investigation of the clinical characteristics of poor responders patients in treatment programs of assisted reproductive technologies.

Materials and methods. The definition of the clinical characteristics of poor responders was carried out by analyzing the somatic, gynecological and reproductive history in the study of risk factors and pathogenetic factors of the reduced ovarian response to controlled ovarian stimulation.

Results. Each second patient of the main group has an extragenital pathology that can affect reproductive potential. Each third patient has from 1 to 3 gynecological operations, including laparotomy, laparoscopy mainly on the ovaries and uterine tubes, hysteroscopy and uterine cavity intervention for endometrial polyps. Poor responders have a statistically significantly higher percentage of diseases of the internal genitalia, mainly infectious and dysghormonal genesis.

Conclusion. Poor responders represent a heterogeneous population. The further treatment aimed to restoring reproductive function in this category of patients will be associated with some difficulties and expected success rate is not high.

Key words: poor responders, ART, clinical characteristics, gynecological disease, somatic anamnesis.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Александрова Н.В. Современные подходы к оценке овариального резерва у женщин с преждевременной недостаточностью яичников (обзор литературы) / Н.В. Александрова, Л.А. Марченко // Проблемы репродукции. ? 2007. ? № 2. ? С. 22??29.
2. Бабенко І.В. Диференційний підхід до лікування безплідності в допоміжних репродуктивних технологіях у поганих відповідачів / І.В. Бабенко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. ? 2013. ? Т. 76, № 4. ? С. 69?72.
3. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство / Под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко. — 2-е изд. испр. и доп. — Москва: Гэотар-Медиа, 2010. ? 784 с.
4. Боярский К.Ю. Факторы, определяющие овариальный резерв женщины (обзор литературы) / К.Ю. Боярский, С.Н. Гайдуков, А.С. Чуасели // Журнал акушерства и женских болезней. — 2009. ? Т. 58, № 2. — С. 65–71.
5. Грищенко Н.Г. Патогенетичні основи вдосконалення допоміжних репродуктивних технологій у жінок, які перенесли хронічні запальні захворювання органів малого таза / Н.Г. Грищенко. ? Харків, 2011. —363 с.
6. Лечение женского и мужского бесплодия: вспомогательные репродуктивные технологии /Под ред. В.И. Кулакова, Б.В. Леонова, Л.Н. Кузьмичева. — Москва: МИА, 2005. — 592 с.
7. Маслій Ю. В. Етіопатогенетичні чинники синдрому слабкої відповіді яєчників в циклах допоміжних репродуктивних технологій / Ю. В. Маслій, І.О. Судомо, Г.Б. Лівшиць // Здоровье женщины. — 2006. — № 4 (28). — С. 152?157.
8. Назаренко Т.А. Бесплодие и возраст: пути решения проблемы / Т.А.Назаренко, Н.Г. Мишиева. ? 2-е изд. ? Москва: МЕДпресс-информ, 2014. — 211 с.

Тези науково-практичного семінару у форматі телемосту «МІЖНАРОДНІ ТА ВІТЧИЗНЯНІ СТАНДАРТИ НАДАННЯ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ»

7 червня 2018 року,
КИЇВ-ДНІПРО-ЗАПОРІЖЖЯ-КРИВИЙ РІГ

Вплив раннього репродуктивного віку на стан репродуктивної та тиреоїдної систем у жінок з міомою матки на тлі йододефіцитних захворювань

Г.С. Бобер

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

Результати проведених досліджень свідчать, що у пацієнток з міомою матки і йододефіцитними захворюваннями були виявлені наступні особливості:

- найбільш поширеним є вузлуватий зоб;
- вік пацієнток старше 25 років;
- часте поєднання із захворюваннями центральної нервової системи і периферійних нервів.

Порушення репродуктивного здоров'я за наявності міоми матки і йододефіцитних захворювань виражалося у переважанні поєднаної патології, а також порушенні гіпоталамо-гіпофізарної регуляції функції яєчників, підвищенні рівня пролактину на тлі зниження функціональної активності щитоподібної залози (ЩЗ). На тлі зниження функціональної активності ЩЗ виникає дисфункція гіпоталамо-гіпофізарної системи, підвищення рівня пролактину, що може з'явитися причиною поєднаної патології.

Отримані результати необхідно враховувати у практичній охороні здоров'я при проведенні діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Безплідність у жінок з поєднаною патологією щитоподібної залози та ендометріозу

Д.Ю. Берая

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

Результати проведених досліджень свідчать, що у пацієнок з ендометріозом і патологією щитоподібної залози (ЩЗ) виявлені наступні клінічні прояви: анемія, ожиріння, пізніше менархе, короткий менструальний цикл. У цих пацієнок часто відмічено поєднання з міомою матки на тлі порушення гіпоталамо-гіпофізарної регуляції, що виражається у зниженні функції яєчників і функціональної активності ЩЗ. Зменшення вільного трийодтироніну найбільш виражене при ендометріозі і патології ЩЗ. Зниження функціональної активності ЩЗ поєднується з дисфункцією гіпоталамо-гіпофізарної системи, що супроводжується зниженням функції яєчників.

Отримані результати необхідно враховувати у практичній охороні здоров'я при проведенні діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Тактика лікування запальних уражень яєчників та маткових труб з урахуванням мікробіологічних особливостей

А.В. Єжова

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

Результати проведених досліджень свідчать, що у хворих з різними патогенетичними варіантами запальних уражень яєчників та маткових труб виявлені відмінності видового складу мікрофлори у вогнищі гнійного запалення.

Мікрофлора у хворих із запальними ураженнями яєчників та маткових труб на тлі внутрішньоматкової контрацепції (ВМК) характеризувалася достовірним переважанням анаеробних мікроорганізмів ($79,1 \pm 6,2\%$ штамів).

Мікрофлора, виділена у хворих із гнійно-запальними захворюваннями придатків матки без ВМК, була представлена практично у рівній мірі аеробними/факультативно анаеробними ($53,0 \pm 6,1\%$) і анаеробними ($47,0 \pm 6,1\%$) мікроорганізмами, а також інфекціями, що передаються статевим шляхом (У 40,9% хворих виділена *Chlamydia trachomatis*).

Виявлені достовірні відмінності антибіотико-чутливості анаеробної мікрофлори у хворих з різними патогенетичними варіантами запальних уражень яєчників та маткових труб. У пацієнок із запальними ураженнями яєчників та маткових труб на тлі ВМК $73,8 \pm 6,1\%$ штамів анаеробних мікроорганізмів були стійкі до метронідазолу, $12,5 \pm 2,2\%$ – до кліндаміцину і $6,3 \pm 1,9\%$ – до амоксициліну. У хворих із запальними ураженнями яєчників та маткових труб без ВМК ці штами були стійкі до кліндаміцину – $5,1 \pm 1,1\%$, до амоксициліну – $18,5 \pm 3,1\%$, водночас усі штами були чутливі до метронідазолу.

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

Повторна затримка розвитку плода: тактика ведення вагітності та пологів

Д.О. Говсєєв

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

Результати проведених досліджень свідчать, що плацентарна дисфункція, що визначає тяжкість гіпоксії і ступінь повторної затримки розвитку плода, розвивається у результаті впливу комплексу різних чинників. Це поєднання, тривалість дії визначають вираженість не лише морфологічних змін у плаценті, але й її функціональну недостатність.

Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у жінок груп різного ризику.

Прогнозування патології грудних залоз у жінок з генітальним ендометріозом

С.Я. Гринчук

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

Результати проведених досліджень показали, що наукове завдання підвищення ефективності прогнозування доброякісної патології грудних залоз на тлі генітального ендометріозу є досить актуальним і вимагає індивідуалізованого комплексного підходу з урахуванням даних додаткових методів дослідження.

Запропонований нами алгоритм дозволяє підвищити ефективність прогнозування, діагностики і лікування даної поєднаної патології і знизити захворюваність жінок репродуктивного віку.

Репродуктивні аспекти апоплексії яєчника

О.М. Іщак

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

Отримані дані свідчать, що жінки, які перенесли апоплексію яєчника, входять до групи ризику щодо розвитку порушень репродуктивного здоров'я і потребують проведення реабілітаційних заходів з урахуванням форми апоплексії і супутніх факторів ризику.

Запропонований алгоритм діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів дозволяє знизити частоту порушень репродуктивного здоров'я, а також гестаційних ускладнень при наступній вагітності. Це дає нам право рекомендувати запропоновану методику для широкого використання у практичній охороні здоров'я.

Ефективність оцінювальної шкали діагностики тяжких форм плацентарної дисфункції після застосування допоміжних репродуктивних технологій

Я.А. Рубан

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

Результати проведених досліджень свідчать, що розроблений на підставі оцінювальної діагностичної шкали (ультразвукове і лабораторне тестування) клінічний алгоритм ведення вагітних жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій підвищує точність діагностики плацентарної дисфункції на 26,1%, її важких форм – на 39,5%, сприяє вибору адекватної акушерської тактики, поліпшенню перинатальних результатів при тяжких формах плацентарної дисфункції – на 60%.

Отримані результати дозволяють рекомендувати методику ранньої діагностики тяжких форм плацентарної дисфункції після застосування допоміжних репродуктивних технологій в практичну охорону здоров'я.

Тактика прогнозування різних форм плацентарної дисфункції у жінок різного віку

В.В. Маркевич

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

Результати проведених досліджень свідчать, що під час прогнозування перинатальної патології у вагітних з ризиком реалізації плацентарної дисфункції необхідно застосовувати диференційований підхід, що полягає у формуванні групи високого ризику щодо важких форм плацентарної дисфункції із застосуванням розробленої прогностичної шкали чинників ризику декомпенсації плацентарної дисфункції.

Вплив різних методів контрацепції та перинатальні наслідки

О.А. Лубковська

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

Нормальний перебіг вагітності та пологів є основною ланкою у повноцінному, здоровому розвитку дитини. Результати дослідження довели, що порушення у фетоплацентарному комплексі та правильний вибір контрацепції є одним з найголовнішим у розвитку ускладнень під час вагітності та пологів.

Було встановлено, що у жінок, які використовували перед вагітністю внутрішньоматкову контрацепцію, на відміну від жінок, які не використовували

контрацепцію або використовували гормональну контрацепцію до вагітності, була більша кількість випадків як плацентарної дисфункції, так і інших ускладнень. У результаті у таких жінок зафіксовано більшу кількість випадків народження дітей з порушенням їхнього стану.

Отримані дані потрібно врахувати під час виконання тактики ведення вагітності та пологів залежно від того, використовувала чи не використовувала жінка один із методів контрацепції перед тим як завагітніти.

Вплив надмірної маси тіла на стан гемостазу після лапароскопічних операцій на придатках матки

В.В. Костіков

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

Вивчено стан коагуляційного компоненту гемостазу і морфофункціональні властивості тромбоцитів у жінок з надмірною масою тіла до і після виконання лапароскопічних операцій на придатках матки.

Були обстежені 50 жінок з надмірною масою тіла, прооперованих лапароскопічним шляхом на придатках матки. Клінічне і лабораторне обстеження здійснювали до операції і через добу після неї, а також на третю і сьому добу після операційного періоду.

Результати проведених досліджень свідчать про високий ризик тромбогеморagicних ускладнень у жінок з надмірною масою тіла після лапароскопічних операцій на придатках матки. Це диктує необхідність удосконалення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Вагітність трійнею після застосування допоміжних репродуктивних технологій: діагностика та тактика ведення

О.В. Мельник

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

Вивчені основні особливості перебігу вагітності, пологів та стан новонароджених при вагітності трійнею після застосування допоміжних репродуктивних технологій. Багатоплідна вагітність становить близько 3% усіх вагітностей. Вагітність трійнею часто пов'язана з високим ризиком для матері та дитини та більш частим контактом із медичними працівниками.

У статті представлена інформація про вагітність трійнею, її особливості, діагностика та тактику ведення.

Сучасні аспекти тактики ведення гіперпластичних процесів ендометрія у жінок у постменопаузі

Ю.М. Садигов

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

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

Дані, отримані під час виконання ехографії хворим після абляції ендометрія, підтвердили високу безпеку такого щадного методу малоінвазивної хірургії, як електрохірургічна абляція.

За даними ультразвукового дослідження органів малого таза у перші дві доби після операції були відсутні будь-яких ускладнень, при контрольному ультразвуковому обстеженні статевих органів у більш віддалені терміни, виявлена в обстежених наявність збережених вогнищ ендометрія, які мали доброякісний характер. Це підтверджує високу ефективність, малу травматичність і хорошу переносимість абляції і гістерорезектоскопії.

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

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

Шляхи зниження частоти невиношування вагітності у жінок з вродженими аномаліями розвитку матки

А.П. Садовий

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

Частота невиношування у І триместрі вагітності у жінок з аномаліями розвитку матки становить 8,0%. Головні причини не виношування:

- завмерла вагітність (3,0%);
- передчасне відшарування хоріона (3,0%);
- інтраамніальне інфікування (2,0%).

У жінок з вродженими аномаліями розвитку матки рівень передчасних пологів досягає 24,0%, причому є дві основні причини – передчасний розрив плодових

оболонки (10,0%) та неефективне лікування загрози переривання вагітності (10,0%). У 4,0% хворих відбувається антенатальна загибель плода.

Використання удосконаленого нами алгоритму дозволяє знизити частоту невиношування з 8,0% до 3,3%; передчасних пологів – з 24,0% до 13,3%, а також сумарну частоту перинатальної патології на 10,0%.

Особливості репродуктивного здоров'я дівчат-підлітків з дисфункцією щитоподібної залози

С.М. Шулятицька

Івано-Франківський національний медичний університет МОЗ України

Репродуктивне здоров'я багато в чому визначається функціональним станом щитоподібної залози (ЩЗ). Так, було діагностовано у 56,0% дівчат 1-ї підгрупи дифузне збільшення щитоподібної залози (ДЗЩЗ), у 38,0% – аутоімунний тиреоїдит (АІТ), а також окремі випадки (6,0%) вродженого гіпотиреозу, асимптоматична гіперфункція ЩЗ і багатовузловий зоб.

Проведене дослідження свідчить, що при ДЗЩЗ, незалежно від ступеня збільшення, ультразвукова структура носила дифузно-дрібнозернистий характер, титр антитіл не був підвищений. Більшість хворих (78,0%) зберігали еутиреоїдний стан, у 22,0% відзначено зниження функціональної активності ЩЗ. При аутоімунному тиреоїдиті ЩЗ була неоднорідною, щільної консистенції, ультрасонографічно визначалася зниженням загальної ехогенності та гетерогенності структури. Зміни гормонального гомеостазу зустрічалися частіше (80,0%) і носили глибший характер, що виражалось переважанням некомпенсованих форм із зниженням периферійних тиреоїдних гормонів.

Підсумовуючи отримані дані, можна відзначити, що комплексне оцінювання стану ЩЗ дозволило виявити морфофункціональні зміни у 60,0% дівчат із затримкою статевого розвитку і порушенням менструальної функції. Діагностована патологія характеризувалася різноманітністю варіантів ураження ЩЗ і різним функціональним станом від еутиреоїдного до важкого маніфестного гіпотиреозу.

Наукове видання

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ
СПІВРОБІТНИКІВ
НМАПО імені П.Л. ШУПИКА

Випуск 31 (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. – 1248. Ум.-друк.арк. – 6,96.
ТОВ «Професіонал-Івент»
Тел./факс: (044) 220-15-41