



СТАБІЛЬНІСТЬ • ДОСКОНАЛІСТЬ • ВІДДАНІСТЬ
VIRTUS • EXCELLENTIA • FIDELITAS

ПЕРИНАТОЛОГІЯ ТА РЕПРОДУКТОЛОГІЯ: Від наукових досліджень до практики

Електронне науково-практичне видання

PERINATOLOGY AND REPRODUCTOLOGY: from research to practice

Online scientific-practical journal

№1 • 2021

www.par.org.ua

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ | EDITORIAL BOARD

Головний редактор Chief Editor	
ВДОВИЧЕНКО Сергій Юрійович	доктор медичних наук, доцент, доцент кафедри акушерства гінекології та перинатології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, Україна
Sergiy VDOVICHENKO	Doctor of Medical Sciences, Shupik National Healthcare University of Ukraine, Ukraine
Заступник головного редактора Deputy Editor	
ЩЕРБІНСЬКА Олена Станіславівна	кандидат медичних наук, асистент кафедри акушерства, гінекології та перинатології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, Україна
Olena SHCHERBINSKA	MD, PhD, Shupik National Healthcare University of Ukraine, Ukraine
БОТЧОРИШВІЛІ Реваз Георгійович	доктор медицини, керівник Міжнародного центру ендоскопічної гінекології та хірургії CICE (Клермон-Ферран, Франція), куратор Навчального центру ендоскопічної хірургії ЕНДОФОРС, Франція
Revaz BOTCHORISHVILI	Doctor of Medicine, Head of the International Center for Endoscopic Gynecology and Surgery CICE (Clermont-Ferrand, France), curator of the Naval Center for Endoscopic Surgery ENDOFORS, France
БІТМАН Геннадій	доктор медицини професор, керівник гінекологічної служби та урогінекології, госпіталь Мааяней Ха-Ішша в Бней-Брак, Ізраїль
Ginadi BITMAN	Doctor of Medicine, Professor, Head of the Gynecology Service and Urogynecology, Maayanei Ha-Ishua Hospital in Bnei Brak, Izrail
БРЕХМАН Григорій Йосипович	доктор медицини, професор, перинатальний психолог (Хайфський Дім Вчених, Хайфа), Ізраїль
Gregory BREKHMAN	Doctor of Medicine, Professor, Perinatal Psychologist (Haifa Dim Vchenikh, Haifa), Izrail
ГАЛУШКО Олександр Анатолійович	доктор медичних наук, професор, професор кафедри анестезіології та інтенсивної терапії, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, Україна
Oleksandr HALUSHKO	Doctor of Medical Sciences, Shupik National Healthcare University of Ukraine, Ukraine
ГОЛЯНОВСЬКИЙ Олег Володимирович	доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри акушерства і гінекології №1, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, Україна
Oleg GOLIANOVSKIY	Doctor of Medical Sciences, Shupik National Healthcare University of Ukraine, Ukraine

ГОРБУНОВА Ольга Володимирівна Olga GORBUNOVA	<p>доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри акушерства, гінекології перинатології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, Україна</p> <p>Doctor of Medical Sciences, Shupik National Healthcare University of Ukraine, Ukraine</p>
ГРИЩЕНКО Микола Григорович Mykola GRYSHCHENKO	<p>доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології медичного факультету Харківський національний університет імені, Україна В. Н. Каразіна , Україна</p> <p>Doctor of Medical Sciences, Medical Faculty Kharkiv National University of Ameni, Ukraine V. N. Karazina, Ukraine</p>
ДЗЮБА Дмитро Олександрович Dmytro DZIUBA	<p>кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри анестезіології та інтенсивної терапії, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Україна</p> <p>Doctor of Medical Sciences, Shupik National Healthcare University of Ukraine, Ukraine</p>
ЖУК Світлана Іванівна Svitlana ZHUK	<p>доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри акушерства, гінекології і медицини плода, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Україна</p> <p>Doctor of Medical Sciences, Shupik National Healthcare University of Ukraine, Ukraine</p>
КАМІНСЬКИЙ Анатолій Вячеславович Anatoliy KAMINSKY	<p>кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри акушерства, гінекології і репродуктології, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Україна</p> <p>PhD, Shupik National Healthcare University of Ukraine, Ukraine</p>
КОНЬКОВ Дмитро Геннадійович Dmytro KONKOV	<p>доктор медичних наук, професор, кафедри акушерства і гінекології №1 Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, Україна</p> <p>Doctor of Medical Sciences, Vinnytsya National Medical University IM. M. I. Pirogov, Ukraine</p>
ПАХАРЕНКО Людмила Володимирівна Ludmyla PAKHARENKO	<p>доктор медичних наук, професор, кафедри акушерства і гінекології Івано-Франківський національний медичний університет, Україна</p> <p>Doctor of Medical Sciences, Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine</p>
ПИРОГОВА Віра Іванівна Vira PYROHOVA	<p>доктор медичних наук, професор кафедри акушерства, гінекології та перинтології Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна</p> <p>Doctor of Medical Sciences, Lviv National Medical University named after Danylo Galitskiy, Ukraine</p>
РОМАНЕНКО Тамара Григорівна Tamara ROMANENKO	<p>доктор медичних наук, доцент кафедри акушерства, гінекології та перинатології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, Україна</p> <p>Doctor of Medical Sciences, Shupik National Healthcare University of Ukraine, Ukraine</p>

САВЧЕНКО Сергій Євгенович Serhii SAVCHENKO	<p>доктор медичних наук, професор, професор кафедри акушерства, гінекології і репродуктології, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Україна</p> <p>Doctor of Medical Sciences, Shupik National Healthcare University of Ukraine, Ukraine</p>
СУСЛИКОВА Лідія Вікторівна Lidia SUSLIKOVA	<p>доктор медичних наук, професор директор Українського державного інституту репродуктології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, Україна</p> <p>Doctor of Medical Sciences, Shupik National Healthcare University of Ukraine, Ukraine</p>
СУХАНОВА Ауріка Альбертівна Aurika SUKANOVA	<p>доктор медичних наук, професор, професор кафедри акушерства, гінекології і репродуктології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, Україна</p> <p>Doctor of Medical Sciences, Shupik National Healthcare University of Ukraine, Ukraine</p>
ТКАЧЕНКО Руслан Опанасович Ruslan TKACHENKO	<p>доктор медичних наук, професор, професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, Україна</p> <p>Doctor of Medical Sciences, Shupik National Healthcare University of Ukraine, Ukraine</p>
ТРИЩИНСЬКА Марина Анатоліївна Maryna Trishchinska	<p>доктор медичних наук, професор, професор кафедри анестезіології та інтенсивної терапії, завідувач відділу моніторингу освіти, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, Україна</p> <p>Doctor of Medical Sciences, Shupik National Healthcare University of Ukraine, Ukraine</p>
ШУРПЯК Сергій Олександрович Serhiy SHURPYAK	<p>доктор медичних наук, доцент кафедри акушерства, гінекології та перинтології Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна</p> <p>Doctor of Medical Sciences, Lviv National Medical University named after Danylo Galitskiy, Ukraine</p>

ЗМІСТ № 1/2021

Вплив порушень менструальної функції ендокринного генезу на тактику стимуляції овуляції у жінок із патологією грудних залоз О.О. Берестовий	7
Вплив порушень менструальної функції ендокринного генезу на функціональний стан грудних залоз С.Є. Гладенко	16
Стан оваріального резерву після оперативного лікування апоплексії яєчника О.М. Іщак	27
Перинатальні наслідки розродження жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді О.А. Ковалишин	33
Репродуктивна функція жінок після хірургічних методів лікування шийки матки І.Ю. Костюк	44
Тактика прогнозування плацентарної дисфункції у жінок після допоміжних репродуктивних технологій І.М. Кошова	52
Дисплазія грудних залоз і міоми матки у жінок перименопаузального віку: сучасні питання патогенезу О.Ю. Крук	56
Багатоплідна вагітність після допоміжних репродуктивних технологій: гормональні аспекти фетоплацентарного комплексу О.В. Мельник	60
Клінічні аспекти гіперпластичних процесів ендометрія у жінок перименопаузального віку Ю.М. Садигов	67
Абдомінальні ускладнення після гінекологічних ендоскопічних операцій: діагностика та лікування В.А. Терехов	73
ТЕЗИ	83

TABLE OF CONTENTS № 1/2021

Influence of menstrual disorders of endocrine genesis on tactics ovulation stimulation in women with breast pathology O.O. Berestovyy	7
Influence of menstrual disorders of endocrine genesis on functional state of the mammary glands S.E. Gladenko	16
The condition of ovarial reserve after operative treatment of apoplexy of ovarium O.N. Ishchak	27
Perinatal outcomes in women with menstrual dysfunction in the puberty O.A. Kovalishin	33
Reproductive function of woman after destructive methods of the cervix I.Yu. Kostyuk	44
Tactics of forecasting of placental dysfunction after auxiliary reproductive technologies I.M. Koshova	52
Dysplasia of mammary glands and hysteromyoma at women of perimenopause age: modern questions of pathogenesis O.Yu. Kruk	56
Multipara pregnancy after auxiliary genesial technologies: hormonal aspects of fetoplacental complex O.V. Melnik	60
Clinical aspects of hyperplastic processes an endometrium of women of perimenopause age Yu.M. Sadygov	67
The abdominal complications after gynecological endoscopic operations: diagnostics and treatment V.A. Terehov	73
ABSTRACTS	83

Вплив порушень менструальної функції ендокринного генезу на тактику стимуляції овуляції у жінок із патологією грудних залоз

О.О. Берестовий

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
м. Київ

Мета дослідження: аналіз результатів стимуляції овуляції і відновлення репродуктивної функції у жінок із патологією грудних залоз при ендокринному безплідді.

Матеріали та методи. У дослідження включено 130 пацієнток репродуктивного віку, яких за характером порушень менструальної функції розподілено на дві підгрупи: 1-а підгрупа (n=57) – жінки з регулярним ритмом менструального циклу і недостатністю лютеїнової фази (НЛФ), 2-а підгрупа (n=73) – жінки з вторинною аменореєю і олігоменореєю на фоні хронічної ановуляції. Усі хворі скаржились на відсутність вагітності у середньому впродовж 4±1,2 років. Після комплексної оцінки стану репродуктивної системи і гормонально залежних органів жінки отримували терапію з використанням естроген-гестагенного препарату, бромкриптину і стимуляцію овуляції клостилбегітом.

Результати. У процесі дослідження встановлено, що порушення менструального циклу у всіх хворих були зумовлені ендокринною патологією: регулярний ритм у поєднанні з НЛФ – 43,8%, вторинна аменорея і олігоменорея на фоні хронічної ановуляції – 56,2%. Під час обстеження грудних залоз у 66,9% пацієнток виявлені різні варіанти фіброзно-кістозної хвороби. Первинне безпліддя діагностовано у 87 (66,9%) пацієнток, вторинне – у 43 (33,1%). У 1-й підгрупі у 89,5% випадків спостерігались супутні захворювання органів малого таза, ендокринні порушення за типом НЛФ – у 10,5%. У пацієнток 2-ї підгрупи частота поєднаної патології становила 23,3%, а ендокринні порушення – 76,7%.

Такі результати підтвердили необхідність ендоскопічного обстеження всіх хворих із безпліддям при вирішенні питання про стимуляцію овуляції. Після поетапної терапії з включенням до програми лапароскопії, гістероскопії, КОК, бромкриптину і стимуляцію овуляції клостилбегітом відновити репродуктивну функцію вдалося у 1-й підгрупі у 33,3% жінок, у 2-й підгрупі – у 40%. У 73,7% пацієнток з гіперпролактинемією на фоні бромкриптину було відновлено овуляцію.

Заклучення. Аналіз репродуктивної функції жінок із патологією грудних залоз при ендокринному безплідді доводить, що практично у кожній другій хворій порушення менструально-репродуктивної функції виникали під впливом різних факторів після встановлення регулярного ритму менструацій, що свідчить про вихідний недосконалий рівень нейроендокринних структур, які беруть участь у регуляції цих процесів у даного контингенту хворих. Збільшення частоти первинного безпліддя в 1,5–2 рази порівняно з вторинним характерно для групи хворих з ендокринними формами безпліддя.

При стимуляції клостилбегітом майже у треті обстежуваного контингенту вдалося відновити двофазний овуляторний цикл, покращити репродуктивну функцію і зменшити больові відчуття в грудних залозах, що дозволяє зробити висновок про необхідність повного гормонального скринінгу й уточнення причин порушення менструального циклу перед призначенням терапії гормональними препаратами.

Ключові слова: вагітність, безпліддя, стимуляція овуляції, грудні залози, фіброзно-кістозна хвороба, гіперпролактинемія, гормонотерапія, естроген-гестагенні препарати, бромкриптин, клостилбегіт.

Найвищий ступінь реалізації репродуктивної функції для кожної сучасної жінки – настання вагітності і народження здорового потомства. На жаль, на сьогодні статистика щодо безплідних шлюбів невтішна, що є однією з надзвичайно важливих як особистісних, так і медико-соціальних проблем сьогодення для багатьох країн світу. За складної економічної і демографічної ситуації ця проблема є дуже значущою і для нашої країни [1].

Фізичне нездоров'я – це хвороба подружньої пари як єдиного цілого. На думку сучасних фахівців, у розвитку безпліддя порушення фертильності у чоловіків і жінок відіграють приблизно однакову роль [2]. За науковими даними, майже у 80% випадків причиною безплідності в жінок вважають штучне переривання вагітності, у 15–25% – запалення статевих органів, у 12–18% – непрохідність маткових труб [3]. Порушення генеративної функції чоловіків (інфекційно-запальні ураження уrogenітальної системи становлять 35,5%) призводить до порушень фертильності не тільки у них самих, але й у їхніх жінок [2].

Прискорення життєвого темпу сучасного суспільства, погіршення екології, режиму харчування, праці та відпочинку спричиняють порушення механізмів адаптації і зумовлюють швидкий ріст дисгормональних захворювань репродуктивної системи жінок, які проявляються порушенням менструального циклу (МЦ), безпліддям, невиношуванням вагітності, розвитком лейоміом, ендометріозу, хронічного тазового болю, патологією грудних залоз (ГЗ). У результаті порушень гіпоталамо-гіпофізарно-яєчничкової системи існує ймовірність виникнення патологічних змін у гормонозалежних органах-мішенях, зокрема матці і ГЗ [4].

Єдність реакції органів репродуктивної системи на гормональний дисбаланс – головна передумова розвитку доброякісних гіперпластичних і ризику розвитку злроякісних процесів [5]. Прогресивне збільшення останніми роками дисгормональних захворювань грудних залоз (ДЗГЗ) у популяції жіночого населення, а також неухильне зростання сполученої ендокринної генітальної патології зумовлюють необхідність усвідомленої тактики гінекологів у питаннях її діагностики та лікування [4].

На сьогодні немає єдиної точки зору щодо механізму формування дисгормональних порушень та можливості їх корекції. Широке впровадження досягнень

медикаментозної терапії не призвело до очікуваного зниження їхньої частоти. У структурі гінекологічної патології порушення МЦ становлять 60–70% [6]. Викликає особливе занепокоєння перебіг вагітності та пологів у жінок із зазначеним патологічним станом (невиношування на ранніх термінах, позаматкова вагітність, передчасні пологи, плацентарна дисфункція, затримка внутрішньоутробного розвитку тощо) [6]. У зв'язку з цим особливої актуальності набуває питання підготовки пацієнток з дисгормональними захворюваннями, зокрема з ендокринним безпліддям, до вагітності. Своєчасна діагностика, нормалізація гормональних порушень і овуляторного циклу сприятиме відновленню репродуктивної функції, а неправильна оцінка її стану може погіршити вже існуючу патологію [7].

Незважаючи на значну кількість досліджень щодо діагностики і лікування ендокринних форм безпліддя у жінок, питання про стан гормонозалежних органів (грудні залози, матка) та вплив на них гормональних препаратів донині залишаються дискусійними. Не знайдено єдиної моделі патогенетичної терапії, яка б дозволила надати рекомендації практикуючому лікарю щодо вибору раціональних медикаментозних комплексів, а також адекватності тривалості терапії.

Залежно від клінічних проявів захворювання і наявності супутньої патології сьогодні використовують гестагени, агоністи гонадотропінів, пероральні контрацептиви і антиестрогени [8]. Терапевтичні заходи мають бути спрямовані на відновлення балансу гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи. Основними принципами профілактики дисгормональних захворювань повинні стати рання діагностика, адекватна терапія та запобігання рецидивам гінекологічних хвороб і ендокринних порушень, правильне ведення вагітності, пологів та післяпологового періоду, а також раціональна індивідуалізована контрацепція.

При виборі гормональних засобів для лікування порушень менструальної функції необхідно застосовувати препарати, ефективність яких обґрунтована з позицій доказової медицини, при цьому слід враховувати можливість появи небажаних побічних впливів. Одночасне лікування гінекологічної патології і фіброзно-кістозної хвороби (ФКХ) дає позитивні результати у переважній більшості хворих, особливо з ендокринними порушеннями МЦ. Вибір методу терапії залежить від чітко встановленого діагнозу, що враховує клінічні прояви ФКХ, дані анамнезу і результати ендокринного, неврологічного та гінекологічного обстежень. Тільки такий комплексний підхід дозволить провести раціональне лікування, що виключає можливість небажаних ускладнень.

Мета дослідження: аналіз результатів стимуляції овуляції і відновлення репродуктивної функції у жінок із патологією ГЗ при ендокринному безплідді.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження, яке тривало від 1 до 3 років, включено 130 жінок, яких після обстеження за характером порушень МЦ розподілили на дві підгрупи:

1-а підгрупа (n=57) – пацієнтки з регулярним ритмом МЦ і НЛФ,

2-а підгрупа (n=73) – пацієнтки із вторинною аменореєю і олігоменореєю на фоні хронічної ановуляції.

Усі хворі – жінки репродуктивного віку від 21 до 37 років, які скаржились на відсутність вагітності у середньому впродовж $4 \pm 1,2$ року.

Основним принципом терапії жіночого безпліддя, зумовленого ендокринними факторами, є відновлення процесу овуляції і корекція супутньої ендокринної патології. Тому після оцінювання скарг пацієнток, даних анамнезу, наявності гінекологічних

хвороб, огляду та пальпації лімфатичних вузлів і ГЗ, усім пацієнткам проводили УЗД ГЗ, радіотермометрію, вагінальне гінекологічне обстеження, УЗД ОМТ (для оцінювання стану матки та її придатків і діагностики гінекологічних захворювань). Тим пацієнткам, в яких за даними УЗД і гістеросальпінгографії (ГСГ) виявлено патологію органів малого таза (ОМТ), для уточнення діагнозу проведено лапароскопію, гістероскопію або роздільне діагностичне вишкрібання (РДВ) з наступним гістологічним дослідженням зіскрібків ендометрія. Для визначення стану гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи проводили рентгенологічне, гормональне й імунологічне обстеження.

Після проведення підготовчої замісної гормонотерапії або терапії за типом «ребаунд-ефекту» (комбіновані естроген-гестагенні препарати) призначались стимулятори овуляції (кlostилбегіт). Для нормалізації рівня пролактину пацієнткам із гіперпролактинемією проведено лікування агоністом допаміну – бромкриптином. Протягом усього періоду терапії пацієнтки були під спостереженням з регулярним УЗД і гормональним моніторингом.

Математичне і статистичне оброблення отриманих даних проводили за допомогою пакета статистичних програм Microsoft Office Excel і «Statistica 6.0».

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При обстеженні 130 пацієнток з різними формами ендокринного безпліддя встановлено, що у 43 (33,1%) з них в анамнезі були вагітності, які закінчились пологами, абортми, самовільними викиднями. В інших 87 (66,9%) пацієнток вагітностей не було. Аналіз репродуктивної функції в обстежуваній групі жінок свідчить про те, що більша частина вагітностей, які виникали спонтанно, закінчувались штучним перериванням вагітності (35,8%), самовільний викидень у I триместрі зафіксовано у 23,9% випадків, позаматкова вагітність – у 13,4%.

Тобто, практично в кожній четвертій жінки з раніше збереженою менструально-репродуктивною функцією причиною подальших порушень стали аборт, мимовільний викидень або позаматкова вагітність. Отже, із загальної кількості обстежуваних жінок (n=130) первинне безпліддя діагностовано у 87 (66,9%) пацієнток, вторинне – у 43 (33,1%).

Вивчення анамнестичних даних обстежуваних жінок виявило особливості раніше проведеного лікування порушень менструальної функції. До початку дослідження протягом 4–6 років 69 (53,1%) із 130 жінок отримували різні види гормональної терапії. Переважна більшість хворих (50,8%) для регуляції МЦ і лікування безпліддя використовували комбіновані естроген-гестагенні препарати і дидрогестерон. В 1 (1,4%) пацієнтки з олігоменореєю після лікування КОК протягом одного року МЦ нормалізувався, 11 (16,0%) жінкам проводили регуляцію МЦ дидрогестероном за короткою схемою з 16 до 25 доби МЦ з наступною менструальноподібною реакцією, інші приймали різні препарати за індивідуальними схемами або в комбінованому режимі без ефекту.

Отже, у більшості хворих гормонотерапія протягом декількох років виявилась неефективною: ані регуляції МЦ, ані відновлення репродуктивної функції не було досягнуто. Двом із трьох пацієнток гормональні препарати призначались без повного гормонального скринінгу й уточнення причин порушень МЦ.

Болісність і нагрубання ГЗ за 3–7 днів до менструації були одними із скарг у 67 (51,5%) хворих, причому до цієї групи увійшли практично всі пацієнтки з регулярним ритмом менструацій (1-а підгрупа) – 54 жінки, а також 13 жінок з олігоменореєю 2-ї підгрупи.

При обстеженні ГЗ у 43 (33,1%) пацієнток не виявлено патологічних змін. Різні варіанти ФКХ, недорозвиток структурних елементів, інволютивні зміни, які не відповідають віку, вогнищеві утворення ГЗ діагностовано у інших 87 (66,9%) пацієнток. Так, частота ФКХ при ановуляції в 1,3 разу вище, ніж при НЛФ (43,9% і 35,1% відповідно), водночас вогнищеві утворення ГЗ за типом фіброаденоми у 4 рази частіше діагностовано у пацієнток з НЛФ, ніж з аменореєю (5,3% і 1,4% відповідно).

У ході підготовчого (діагностичного) етапу дослідження було встановлено, що в 1-й підгрупі у 89,5% пацієнток виявлені супутні захворювання ОМТ, а тільки ендокринні порушення за типом НЛФ – у 10,5%. У жінок 2-ї підгрупи частота поєднаної патології становила 23,3%, а ендокринні порушення – 76,7%. Ці результати підтвердили необхідність лапароскопічного і гістероскопічного обстеження усіх хворих із безпліддям при вирішенні питання про стимуляцію овуляції.

Ендоскопічне дослідження не проводили 55 пацієнткам, в яких за даними УЗД і ГСГ патологій ОМТ не виявлено: 44 жінки з вторинною аменореєю і 9 з олігоменореєю. Усім 57 пацієнткам з регулярним ритмом менструацій і НЛФ, а також 20 жінкам з олігоменореєю було проведено лапароскопію, гістероскопію і РДВ з наступним гістологічним дослідженням зіскрібків ендометрія. За результатами ендоскопічних методів обстеження 77 безплідних подружніх пар встановлено, що у жінок з регулярним ритмом менструацій патологія ОМТ при лапароскопії виявлена у 50 з 57 (87,7%) пацієнток, патологія ендометрія при гістероскопії – у 51 з 57 (89,5%). У пацієнток з порушенням МЦ за типом олігоменореї при лапароскопії патологію ОМТ виявлено у 13 з 20 (65,0%), а при гістероскопії – у 17 з 20 (85,0%) пацієнток.

Отже, діагноз ендокринного безпліддя, зумовленого ановуляцією, в 1-й підгрупі підтверджено у 6 (10,5%) пацієнток з регулярним ритмом і НЛФ, у 2-й підгрупі – у 56 (76,7%) пацієнток з олігоменореєю і вторинною аменореєю. В інших пацієнток (відповідно у 89,5% з регулярним ритмом і у 23,3% при ановуляції) діагностовано поєднані форми безпліддя.

Після ендоскопічного етапу корекції органічної патології ОМТ 57 пацієнткам 1-ї підгрупи (регулярний ритм МЦ) розпочато терапію естроген-гестагеним препаратом (0,03 мг етинілстрадіолу і 3 мг дроспиренону) протягом 3 міс. У пацієнток з хронічним запальним процесом статевих органів та ендометрія до лікувального комплексу було включено антибактеріальну і фізіотерапевтичну терапію. Перерва до початку стимуляції овуляції клостилбегітом у цих пацієнток дорівнювала 3 міс. За цей період вагітність настала у 4 з 57 (7,0%) хворих.

Надалі іншим 53 пацієнткам призначено стимуляцію овуляції клостилбегітом за стандартною схемою протягом 6 місяців поспіль. Частота стимуляції овуляції становила 78%, що підтверджено даними базальної температури і УЗД. Вагітність настала у 15 з 53 (28,3%) хворих. Частота настання вагітності за циклами стимуляції дорівнювала: II цикл – 2 вагітності, III цикл – 6, IV цикл – 4, V цикл – 1, VI цикл – 2 вагітності. Під час стимуляції овуляції гіперстимуляції яєчників не відзначено в жодної пацієнтки.

На фоні стимуляції овуляції клостилбегітом на болісні відчуття в ГЗ скаржились тільки 2 з 53 (3,8%) пацієнток у перших двох циклах, які зникли при наступній терапії. Під час огляду ГЗ були сформовані правильно у всіх 53 хворих, при пальпації вони залишались м'якими, безболісними, з добре вираженою підшкірно-жировою клітковиною. Вогнищевих утворень на фоні стимуляції овуляції і після її відміни не виявлено. Також не зафіксовано жодного випадку галактореї і збільшення регіонарних лімфовузлів.

Отже, в результаті поетапної терапії з включенням до програми лапароскопії, КОК і стимуляції овуляції клостилбегітом відновити репродуктивну функцію вдалося у 19 з 57 (33,3%) хворих з регулярним ритмом менструації і НЛФ.

При обстеженні пацієнток 73 жінок 2-ї підгрупи з хронічною ановуляцією у 38 хворих із вторинною аменореєю діагностовано гіперпролактинемію. В інших 35 жінок рівень пролактину був у нормі, але 17 з них проведено ендоскопічну корекцію органічної патології ОМТ. В якості підготовки до стимуляції овуляції усім 35 хворим з нормальним рівнем пролактину і ановуляцією була розпочата терапія естроген-гестагеним препаратом (0,03 мг етинілестрадіолу і 3 мг дроспіренону) протягом 3 міс.

У відповідь на відміну естроген-гестагеного препарату пацієнткам з нормальним рівнем пролактину розпочато стимуляцію овуляції клостилбегітом за стандартною схемою впродовж 6 міс поспіль. Вагітність настала у 14 хворих (40%). Частота настання вагітності за циклами дорівнювала: III цикл – 6 вагітностей, IV цикл – 5, V цикл – 2, VI цикл – 1 вагітність. Під час стимуляції гіперстимуляції яєчників не відзначено в жодної пацієнтки.

На фоні стимуляції клостилбегітом у 35 хворих болісні відчуття в ГЗ з'явилися лише у 3 (8,6%) пацієнток у 1–2 циклах і при подальшій терапії зникли. Під час огляду ГЗ були сформовані правильно у всіх хворих, при пальпації вони залишались м'якими, безболісними, з добре вираженою підшкірно-жировою клітковиною. Вогнищевих утворень на фоні стимуляції овуляції і після її відміни при пальпації не виявлено. Також не відзначено жодного випадку галактореї і збільшення регіонарних лімфовузлів.

Отже, в результаті поетапної терапії з включенням до програми лапароскопії, КОК і стимуляції овуляції клостилбегітом відновити репродуктивну функцію при ановуляції і нормальному рівні пролактину вдалося у 14 з 35 (40,0%) пацієнток.

Пацієнткам 2-ї підгрупи з хронічною ановуляцією і лабораторно підтвердженою гіперпролактинемією (38 жінок) розпочато терапію агоністом допаміну – бромкриптину у дозі 2,5 мг по 2–4 рази на добу протягом 6 міс під контролем рівня пролактину. Відновити овуляцію на фоні бромкриптину в даній групі вдалося у 73,7% пацієнток, у 55% настала вагітність. Отже, у результаті лікування пацієнток з ановуляцією і підвищеним рівнем пролактину бромкриптином вагітність настала у 21 з 38 пацієнток.

На фоні застосування бромкриптину на болісні відчуття в ГЗ не скаржилася жодна пацієнтка. Під час огляду ГЗ були сформовані правильно у всіх 38 хворих, при пальпації вони залишались м'якими, безболісними, з помірно вираженою підшкірно-жировою клітковиною. Вогнищевих утворень на фоні терапії бромкриптином і після її відміни у жодної з пацієнток не виявлено, галакторея I ступеня залишалась у 12 (41,4%) пацієнток. До початку лікування в цих хворих було діагностовано галакторею I–III ступеня, в інших 17 (58,6%) пацієнток з раніше виявленою галактореєю I–II ступеня на фоні терапії бромкриптином вона була повністю пригнічена. Збільшення регіонарних лімфовузлів не зафіксовано.

Отримані в ході дослідження дані свідчать, що комплексне поетапне обстеження пацієнток з ендокринними формами безпліддя на фоні хронічної ановуляції дозволяє обрати патогенетично обґрунтовану терапію залежно від провідного фактора порушення репродуктивної функції і досягти відновлення овуляції і настання вагітності у пацієнток, які раніше безуспішно лікувались з приводу безпліддя. При застосуванні прямих індукторів овуляції в поєднанні з агоністами гонадотропних

рилізинг-гормонів для підвищення ефективності лікування безпліддя стан ГЗ покращується, відзначається зменшення больового синдрому і зниження ступеня вираженості ФКХ.

ВИСНОВКИ

1. При вивченні репродуктивної функції жінок із патологією грудних залоз (ГЗ) при ендокринному безплідді виявлено, що практично у кожній другій хворій під впливом різних факторів після встановлення регулярного ритму менструацій спостерігались порушення менструально-репродуктивної функції, що свідчить про недосконалість у даного контингенту хворих вихідного рівня нейроендокринних структур, які беруть участь у регуляції цих процесів.

2. Аналіз причин безуспішного лікування і наступне обстеження за стандартними алгоритмами діагностики і лікування безплідного шлюбу вказують на необхідність комплексного обстеження всіх пацієнок з безпліддям, включаючи ендокринні порушення менструального циклу.

3. Проведене дослідження з урахуванням повного гормонального статусу та уточнення причин порушень менструальної функції свідчить про позитивний вплив різних видів гормональної терапії на регуляцію менструального циклу і стан ГЗ у пацієнок з ендокринними формами безпліддя.

4. При стимуляції клостилбегітом майже у третій обстежуваного контингенту вдалося відновити двофазний овуляторний цикл, покращити репродуктивну функцію і зменшити больові відчуття в ГЗ, що дозволяє зробити висновок про необхідність повного гормонального скринінгу й уточнення причин порушення менструального циклу перед призначенням терапії гормональними препаратами.

Влияние нарушений менструальной функции эндокринного генеза на тактику стимуляции овуляции у женщин с патологией грудных желез **О.А. Берестовой**

Цель исследования: анализ результатов стимуляции овуляции и восстановления репродуктивной функции у женщин с патологией грудных желез при эндокринном бесплодии.

Материалы и методы. В исследование включены 130 пациенток репродуктивного возраста, которых по характеру нарушений менструальной функции разделили на две подгруппы: 1-я подгруппа (n=57) – женщины с регулярным ритмом менструального цикла и недостаточностью лютеиновой фазы (НЛФ), 2-я подгруппа (n=73) – женщины с вторичной аменореей и олигоменореей на фоне хронической ановуляции. Все больные предъявляли жалобы на отсутствие беременности в среднем в течение 4±1,2 года. После комплексной оценки состояния репродуктивной системы и гормонально зависимых органов женщины получали терапию с использованием эстроген-гестагенного препарата, бромкриптина и стимуляцию овуляции клостилбегитом.

Результаты. В ходе исследования установлено, что нарушения менструального цикла у всех больных были обусловлены эндокринной патологией: регулярный ритм в сочетании с НЛФ – 43,8%, вторичная аменорея и олигоменорея на фоне хронической ановуляции – 56,2%. При обследовании грудных желез у 66,9% пациенток выявлены различные варианты фиброзно-кистозной болезни. Первичное бесплодие диагностировано у 87 (66,9%) пациенток, вторичное – у 43 (33,1%). В 1-й подгруппе в 89,5% случаев обнаружены сопутствующие заболевания органов малого таза, эндокринные нарушения по типу НЛФ у 10,5%. У пациенток 2-й подгруппы частота сочетанной патологии составила 23,3%, а эндокринные нарушения – 76,7%.

Полученные результаты подтвердили необходимость эндоскопического обследования всех больных с бесплодием при решении вопроса о стимуляции овуляции. После поэтапной тера-

Перинатология та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

пии с включением в программу лапароскопии, гистероскопии, КОК, бромкриптина и стимуляцию овуляции клостилбегитом восстановить репродуктивную функцию удалось в 1-й подгруппе у 33,3% женщин, во 2-й подгруппе – у 40%. У 73,7% пациенток с гиперпролактинемией на фоне бромкриптина восстановлена овуляция.

Заключение. Анализ репродуктивной функции женщин с патологией грудных желез при эндокринном бесплодии доказывает, что практически у каждой второй больной нарушения менструально-репродуктивной функции возникали под воздействием различных факторов после установления регулярного ритма менструаций, что свидетельствует об исходном несовершенном уровне нейроэндокринных структур, принимающих участие в регуляции этих процессов у данного контингента больных. Увеличение частоты первичного бесплодия в 1,5–2 раза по сравнению с вторичным характерно для группы больных с эндокринными формами бесплодия.

При стимуляции клостилбегитом почти у трети обследуемого контингента удалось восстановить двухфазный овуляторный цикл, улучшить репродуктивную функцию и уменьшить болевые ощущения в грудных железах, что позволяет сделать вывод о необходимости полного гормонального скрининга и уточнения причин нарушения менструального цикла перед назначением терапии гормональными препаратами.

Ключевые слова: беременность, бесплодие, стимуляция овуляции, грудные железы, фиброзно-кистозная болезнь, гиперпролактинемия, гормонотерапия, эстроген-гестагенные препараты, бромкриптин, клостилбегит.

Influence of menstrual disorders of endocrine genesis on tactics ovulation stimulation in women with breast pathology

O.O. Berestovy

The objective: to analyze the results of ovulation stimulation and restoration of reproductive function in women with breast pathology with endocrine infertility.

Materials and methods. For the study, a group of 130 patients (n=130) of reproductive age (mean age 27±2,3 years) was selected, who were divided into 2 subgroups by the nature of menstrual dysfunction: 1 subgroup (n=57) – women with a regular rhythm of the menstrual cycle and insufficiency of the luteal phase, 2 subgroup (n=73) – women with secondary amenorrhea and oligomenorrhea against the background of chronic anovulation. All patients complained about the absence of pregnancy for an average of 4±1,2 years. After a comprehensive assessment of the state of the reproductive system and hormone-dependent organs, women received therapy with an estrogen-progestin drug, bromocriptine and stimulation of ovulation with clostilbegit.

Results. The study found that menstrual irregularities in all patients were due to endocrine pathology: a regular rhythm in combination with luteal phase insufficiency – 43,8%, secondary amenorrhea and oligomenorrhea against the background of chronic anovulation – 56,2%. Examination of the mammary glands in 66,9% of patients revealed various variants of fibrocystic disease. Primary infertility was diagnosed in 87 patients (66,9%), secondary – in 43 (33,1%). In 1 subgroup 89,5% of cases had concomitant diseases of the pelvic organs, endocrine disorders of the type of luteal phase insufficiency in 10,5%. In patients of 2 subgroup, the incidence of combined pathology was 23,3%, and endocrine disorders – 76,7%.

These results confirmed the need for endoscopic examination of all patients with infertility when deciding whether to stimulate ovulation. After gradual therapy with the inclusion in the program of laparoscopy, hysteroscopy, COCs, bromocriptine and stimulation of ovulation with clostilbegit, it was possible to restore reproductive function in 1 subgroup in 33,3%, in 2 subgroup – in 40%. In patients with hyperprolactinemia on the background of bromocriptine, ovulation was restored in 73,7%.

Conclusion. Analysis of the reproductive function of women with breast pathology with endocrine infertility proves that in almost every 2nd patient, menstrual-reproductive dysfunction arose under the influence of various factors after the establishment of a regular rhythm of menstruation, which indicates the initial imperfect level of neuroendocrine structures involved in regulation these processes in this

contingent of patients. An increase in the incidence of primary infertility by 1,5 –2 times compared with secondary is characteristic for the group of patients with endocrine forms of infertility.

With clostilbegit stimulation, almost a third of the surveyed contingent managed to restore the biphasic ovulatory cycle, improve reproductive function and reduce pain in the mammary glands, which allows us to conclude that complete hormonal screening and clarification of the causes of menstrual irregularities before prescribing hormonal therapy are necessary.

Keywords: pregnancy, infertility, ovulation stimulation, mammary glands, fibrocystic disease, hyperprolactinemia, hormone therapy, estrogen-progestogen drugs, bromcriptine, clostilbegit.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Пальян ЗО, Бондаренко ІГ. 2017. Статистичне оцінювання сучасних тенденцій і перспектив чисельності та складу населення України. Статистика України. 3(78):65-72.
2. Поворознюк МВ. 2015. Причини порушень репродуктивного здоров'я у чоловіків із безпліддям у шлюбі. Здоров'я чоловіків. 2(53):162-5.
3. Вольфф М, Штуте П. 2017. Гинекологическая эндокринология и репродуктивная медицина. М.: МЕДпресс-информ, 512.
4. Татарчук ТФ, Калугина ЛВ. 2013. К вопросу о профилактике и терапии гормонозависимых гиперпролиферативных заболеваний у женщин. Здоровье женщины. 7: 51-7.
5. Бабаева НА, Ашрафян ЛА, Антонова ИБ, Алешикова ОИ, Ивашина СВ. 2017. Роль гормональных нарушений в канцерогенезе опухолей женской репродуктивной системы. Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 1:76-82.
6. Жук СІ. 2017. Прегравідарна підготовка у жінок з дисгормональними порушеннями репродуктивної системи. Здоров'я женщины. 2(118):17-21.
7. Шурпяк СА. 2018. Оценка эффективности дифференцированной терапии сочетанной дисгормональной патологии репродуктивных органов у женщин фертильного возраста с коморбидными состояниями. Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 8(4): 534-44.
8. Резніченко П, Резніченко НЮ, Потебня ВЮ. 2016. Лікування дисгормональних дисплазій грудних залоз. Здоров'я женщины. 3(109): 93-102.

Вплив порушень менструальної функції ендокринного генезу на функціональний стан грудних залоз

С.Є. Гладенко

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
м. Київ

Мета дослідження: вивчити особливості патологічного стану грудних залоз (ГЗ) залежно від характеру менструального циклу (МЦ), особливостей гормонального й імунологічного статусу у жінок з порушеннями менструальної функції ендокринного генезу.

Матеріали та методи. Для дослідження відібрано групу 130 хворих репродуктивного віку (середній вік – $27 \pm 2,3$ року), яких за характером порушень менструальної функції розподілено на дві підгрупи. До 1-ї підгрупи увійшли 73 жінки з вторинною аменореєю і олігоменореєю на фоні хронічної ановуляції, у 2-у підгрупу включені 57 жінок з регулярним ритмом МЦ і недостатністю лютеїнової фази (НЛФ). Усі хворі скаржились на відсутність вагітності протягом $4 \pm 1,2$ року. Для оцінювання стану репродуктивної системи і гормонально залежних органів жінкам проводили комплексне клініко-гормональне, ультразвукове, радіотермометричне, рентгенологічне та імунологічне дослідження.

Результати. Порушення менструального циклу у всіх хворих були зумовлені ендокринною патологією: вторинна аменорея і олігоменорея на фоні хронічної ановуляції – у 56,2%, регулярний ритм у поєднанні з НЛФ – у 43,8%. При обстеженні ГЗ у 66,9% пацієнток діагностовано різні варіанти фіброзно-кістозної хвороби (ФКХ), недорозвиток структурних елементів, інволютивні зміни, які не відповідають віку, вогнищеві утворення. Так, частота ФКХ при ановуляції в 1,3 разу вище, ніж при НЛФ (43,9% і 35,1% відповідно). Водночас вогнищеві утворення ГЗ за типом фіброаденоми в 4 рази частіше виявлено у пацієнток з НЛФ, ніж з аменореєю (5,3% і 1,4% відповідно). При радіотермометрії у 13,4% випадків було додатково діагностовано ФКХ, не виявлену при УЗД, при цьому збіг результатів обох діагностик відзначено в 49,2% випадків.

У 1-й підгрупі кожній другій пацієнтці (52,0%) був встановлений діагноз гіперпролактинемії. Гормональні параметри характеризувались зниженням рівня ФСГ, ЛГ, естрадіолу, причому ступінь пригнічення секреції цих гормонів збільшувалась залежно від підвищення рівня пролактину. У пацієнток з гіперпролактинемією у 2,4 разу частіше фіксували різні форми ФКХ. Гормонально-імунологічне дослідження виявило зниження активності Т-хелперів, імунорегуля-

торного індексу, циркулюючих імунних комплексів в обох групах, при цьому достовірних розбіжностей між групами не виявлено.

Заключення. При вивченні особливостей характеру менструальної функції пацієнок було встановлено, що у більшості обстежуваних мали місце приховані порушення гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи, які компенсувались до певного моменту і проявилися під впливом несприятливих факторів. При НЛФ частіше, ніж при ановуляції, було діагностовано змішані форми ФКХ і дифузні форми з превалюванням кістозного компоненту. Вірогідно, ці зміни в грудних залозах (ГЗ) можна пояснити недостатнім впливом прогестерону і відносним підвищенням рівня естрогенів, які підтримують проліферацію сполучнотканинного та епітеліального компонентів ГЗ. Внаслідок зазначеного вище розвивається обструкція проток, що у низки хворих призводить до збільшення альвеол і формування кістозних порожнин. Із дефіцитом прогестерону значною мірою пов'язані і зміни імунного статусу в пацієнток з ендокринними формами безпліддя, але імунні порушення розвиваються вторинно і не є специфічними для тієї чи іншої патології.

Ключові слова: грудні залози, фіброзно-кістозна хвороба, пролактин, гіперпролактинемія, аменорея, олігоменорея, недостатність лютеїнової фази, ановуляція.

Сьогодні привертає увагу висока частота поєднання дисгормональної патології грудних залоз (ГЗ) з гінекологічними захворюваннями, особливо при ендокринних порушеннях менструально-репродуктивної функції [1]. У жіночому організмі ГЗ, так само як матка, шийка матки, піхва і труби, є органами-мішенями, на які впливають гонадотропні і стероїдні гормони. Циклічні процеси, що відбуваються в ГЗ протягом менструального циклу (МЦ), тісно пов'язані з нейроендокринними змінами на всіх рівнях гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи [2]. Завдяки такому широкому спектру гормональних впливів ГЗ має високу схильність щодо розвитку різних патологічних дисгормональних процесів – мастопатій (синоніми: дисгормональні захворювання грудних залоз – ДЗГЗ, фіброзно-кістозна хвороба), які можуть слугувати чинником ризику для розвитку раку ГЗ [3].

Деякі фахівці вважають мастопатію клінічним дзеркалом, в якому відображаються нейроендокринні та метаболічні негаразди жіночого організму, і саме від ступеня вираженості цих негараздів залежить форма захворювання ГЗ, можливість її прогресування та переходу до злоякісної стадії [4]. До дисгормональних дисплазій ГЗ належать її дифузна та локальна (вузлова) форми. До дифузної форми можна зарахувати всі види так званих мастопатій, а до вузлової – доброякісні пухлини. Багаторічними дослідженнями щодо захворюваності на ДЗГЗ доведено, що дифузні форми становлять 77,9% від загальної кількості жінок із патологією ГЗ, вузлові – 8%, кісти – 5,6%, фіброаденоми – 3,7%, новоутворення – 4,4% [1, 3, 5].

Маніфестація дисгормональних порушень відбувається переважно в активному репродуктивному віці. Поштовхом до цього можуть бути субклінічні порушення ще з періоду статевого дозрівання. Несвоєчасна діагностика, як і неадекватна корекція цих функціональних змін в період становлення репродуктивної системи, призводять до переходу в стійку органічну патологію [1].

Найчастішим наслідком дисгормональних порушень є порушення процесів повноцінної овуляції, що так само лежить в основі ендокринних форм безпліддя і невиношування вагітності незалежно від причин, що викликали первинні злами репродуктивної системи [1]. Ановуляція стає причиною аномальних маткових кро-

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

вотеч, а в 40% випадків – олігоменореї або аменореї. Недостатність лютеїнової фази діагностується в кожній другій пацієнтки з безпліддям на тлі регулярних менструацій.

Серед причин дефіциту прогестерону слід зазначити:

- порушення на рівні гіпоталамо-гіпофізарної регуляції,
- гіперпролактинемію,
- захворювання щитоподібної залози,
- гіперандрогенію,
- первинну недостатність гонад (спадкову або набуту),
- запальні захворювання жіночих статевих органів,
- інтенсивні фізичні навантаження у поєднанні з низькокалорійною дієтою,
- психогенні і неврогенні розлади,
- дефіцит вітаміну D,
- ожиріння тощо.

Хронічний стрес і супутні йому вторинний імунodefіцит та розлади адаптації значно погіршують прогноз гінекологічних дисгормональних захворювань у зв'язку з підвищенням ризику розвитку гормонозалежної пухлинної патології і метаболічних порушень [3, 6].

Вивчаючи механізми розвитку патологічних гінекологічних станів, дослідники наголошують на існуванні їхнього патогенетичного зв'язку. Фізіологічні процеси, що відбуваються в ГЗ, тісно пов'язані з циклічними змінами в репродуктивній системі. Це дає можливість припустити високу ймовірність виникнення патологічних змін у ГЗ при різних гінекологічних захворюваннях, які розвиваються в результаті порушень гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи. Загальне утягування і єдність реакції органів репродуктивної системи на гормональний дисбаланс – головна передумова розвитку доброякісних гіперпластичних і ризикують злякисних процесів [7].

У 76–98% жінок репродуктивного віку з нейроендокринними гінекологічними захворюваннями виявлена патологічна перебудова ГЗ.

У хворих, які мають нерегулярний МЦ переважно за типом олігоменореї, фіксують:

- ураження ГЗ – у 64,5% випадків;
- при гінекологічних захворюваннях, які супроводжуються матковими кровотечами, – у 57,6%;
- при вторинній аменореї – у 43,6%,
- серед жінок зі склерополікістозним ураженням яєчників (СПКЯ) – у 25%;
- у хворих на ендометріоз – у 76,7%,
- з доброякісними пухлинами яєчників – у 69% [8].

Клінічна практика підтверджує той факт, що більшість жінок з гінекологічними, а особливо з дисгормональними розладами, страждають на ті чи інші захворювання ГЗ. Найбільшу групу ризику тяжкої патології ГЗ становлять пацієнтки з гіперпластичними процесами статевих органів [9]. Ізольованих захворювань ГЗ взагалі не існує: їх діагностують у 76–81% гінекологічних хворих, і навпаки – гінекологічна захворюваність цього контингенту становить 115%, тобто на кожну жінку із захворюваннями ГЗ припадає більше одного гінекологічного діагнозу [10].

У патогенезі розвитку патології ГЗ особливе місце посідає пролактин. Цей гормон не тільки безпосередньо впливає на розвиток проліферативних процесів у ГЗ, а й збільшує в них кількість рецепторів до естрогенів, підвищує їхню чутливість до

найбільш активної фракції естрогенів – естрадіолу, що так само може сприяти розвитку проліферативних процесів у тканинах залози [3].

Єдність патогенезу процесів в органах-мішенях зумовлює пошук терапевтичних методів, які впливають на механізми, що запускають розвиток патологічного процесу. Тому лікування і профілактика поєднаних дисгормональних порушень повинні бути комплексними, включати немедикаментозну, медикаментозну негормональну і гормональну терапію [11]. Крім того, зважаючи на особливості патогенезу і клінічної симптоматики, підхід до лікування таких пацієнток повинен бути індивідуальним, після визначення клінічної форми, тяжкості перебігу і тривалості захворювання з урахуванням віку хворої, фази МЦ та наявності екстрагенітальної патології.

Мета дослідження: вивчити особливості патологічного стану ГЗ залежно від характеру МЦ, особливостей гормонального й імунологічного статусу у жінок з порушеннями менструальної функції ендокринного генезу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

При обстеженні пацієнток з порушеннями МЦ до даного дослідження було включено 130 жінок, яких за характером порушень розподілили на дві підгрупи.

До 1-ї підгрупи увійшли жінки із вторинною аменореєю і олігоменореєю на фоні хронічної ановуляції (n=73).

До 2-ї підгрупи включені жінки з регулярним ритмом МЦ і НЛФ (n=57).

Усі хворі скаржились на відсутність вагітності в середньому протягом $4 \pm 1,2$ року. Період спостереження (дослідження) тривав від 1 до 3 років.

Критерії включення у дослідження:

- репродуктивний вік від 21 до 37 років,
- порушення репродуктивної функції, а саме: ендокринне безпліддя, зумовлене ановуляцією; ендокринні форми безпліддя при регулярному ритмі менструацій у поєднанні з НЛФ.

Критерії виключення:

- чоловічий фактор безпліддя,
- імунний фактор безпліддя,
- пухлини статевих органів неуточненого генезу,
- маткові кровотечі неуточненого генезу,
- гострі запальні захворювання органів малого таза в період обстеження,
- вагітність і лактація,
- соматична й ендокринна патологія.

Загальноклінічний метод включав оцінювання скарг пацієнток, даних анамнезу, наявність супутньої гінекологічної патології, огляд, пальпацію лімфатичних вузлів та ГЗ. Усім пацієнткам проводили УЗД ГЗ і радіотермометрію (РТМ). Огляд доповнювали вагінальним гінекологічним обстеженням, УЗД органів малого таза для оцінювання стану матки та її додатків і діагностики гінекологічних захворювань. Для визначення стану гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи проводили рентгенологічне, гормональне й імунологічне обстеження.

Математичне і статистичне оброблення отриманих даних проводили за допомогою пакету статистичних програм Microsoft Office Excel і «Statistica 6.0».

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Порушення МЦ у всіх хворих були зумовлені ендокринною патологією. Зафіксовано, що 73 пацієнтки (1-а підгрупа) одночасно пред'являли скарги на вторинну аменорею (44 жінки) і олігоменорею (29 жінок) на фоні хронічної ановуляції, що становило 56,2% від загальної кількості обстежуваних; 57 пацієнток (2-а підгрупа) фіксували регулярний ритм у поєднанні з НЛФ, що становило 43,8% від загальної кількості обстежуваних.

Аналіз спадкового анамнезу виявив:

- 13,0% випадків порушень менструально-репродуктивної функції у найближчих родичів,
- 7,7% – захворювань ГЗ,
- 3,8% – онкологічних захворювань жіночих статевих органів.

Отримані дані підтверджують думку авторів про те, що порушення менструально-репродуктивної функції, доброякісні і злроякісні захворювання ГЗ можна розглядати як генетично детерміновані захворювання [10].

Порушення МЦ з періоду менархе відзначали 28 (21,5%) хворих, у інших 102 (78,5%) пацієнток цикл порушився через 2–8 років після встановлення регулярного ритму.

Скарги на рясні менструації пред'являли 24 (18,5%) пацієнтки, на дисменорею з менархе – 37 (28,5%), на довготривалі (понад 8 днів) менструації – 5 (3,8%).

Болісність і нагубання ГЗ за 3–7 днів до менструації відзначали 67 (51,5%) жінок, причому до цієї групи увійшли практично всі пацієнтки з регулярним ритмом менструацій (2-а підгрупа) – 54 жінки, і 13 жінок 1-ї підгрупи – з олігоменореєю.

Первинне безпліддя діагностовано у 87 (66,9%) пацієнток, вторинне – у 43 (33,1%). Збільшення частоти первинного безпліддя в 1,5–2 рази порівняно з вторинним характерно для групи хворих з ендокринними формами безпліддя.

Згідно з проведеним аналізом, серед факторів, які, вірогідно, могли вплинути на порушення менструально-репродуктивної функції обстежуваних жінок і виникненню безпліддя, слід зазначити:

- тяжкі стресові ситуації, зокрема в дитинстві (45,6%);
- ускладнені аборти і мимовільні викидні (11,7%);
- оперативні втручання на органах малого таза (10,7%);
- вживання оральних контрацептивів (5,4%);
- різка втрата маси тіла понад 10% (4,4%),
- різка прибавка маси тіла понад 10% (3,7%).

Практично у кожній другій пацієнтки з ендокринними формами безпліддя виявлена нездатність нейроендокринних структур, які регулюють менструально-репродуктивну функцію, тому особливості впливу шкідливих факторів на ці механізми відіграють певну негативну роль впродовж їхнього життя, зумовлюючи розвиток порушень МЦ.

При УЗД органів малого таза у 63 (48,7%) пацієнток діагностовано:

- СПКЯ – у 32,
- гіпоплазія матки – у 7,
- гіперплазія і поліпи ендометрія – у 24.

У 67 (51,3%) жінок патологічних змін не виявлено. За результатами гістеросальпінгографії у всіх 57 пацієнток 2-ї підгрупи (регулярний ритм МЦ і НЛФ) і у 20 жінок 1-ї підгрупи (хронічна ановуляція) виявлено порушення прохідності маткових труб за типом вентильних гідросальпінксів з одного чи обох боків у поєднанні зі спайко-

вим процесом, в інших 53 обстежуваних із вторинною аменореєю та олігоменореєю (1-а підгрупа) патології не виявлено.

За даними проведеної краніограми, у 44 пацієнтки із вторинною аменореєю змін турецького сідла, характерних для макроаденоми, не спостерігалось. За результатами комп'ютерної томографії, яку провели 38 з 44 пацієнток з підвищеним рівнем пролактину $2341,4 \pm 854,2$ мМО/мл ($p < 0,05$ порівняно з нормою), у 8 (21,0%) жінок діагностовано мікроаденому гіпофіза, в інших 30 (79,0%) пацієнток патології з боку турецького сідла не виявлено, що підтверджувало функціональний генез гіперпролактинемії.

З метою оцінювання стану ГЗ при ендокринному безплідді було проведено об'єктивне й інструментальне обстеження. У всіх обстежуваних при огляді ГЗ сформовані правильно, вогнищевих утворень при пальпації не виявлено. У 22 (16,9%) жінок із вторинною аменореєю і олігоменореєю ГЗ недорозвинені (2 ступінь), що підтверджено вираженою гіпоестрогенією. В інших 108 (83,1%) пацієнток ГЗ відповідали 3 і 4 ступеням розвитку за шкалою Tanner (1962).

Одним із інформативних сучасних методів оцінки стану ГЗ вважається УЗД, результати якого виявили зміни в цих органах у пацієнток з ендокринним безпліддям майже в 66,9% випадків. Найчастіше діагностували змішану форму дифузної ФКХ (38,5%), дифузну форму: з переважанням кістозного компоненту – 26,9%, з переважанням залозистого компоненту – 21,1%, з переважанням фіброзного компоненту – 13,5%. Вогнищеві утворення (фіброаденоми) виявлені в 3,1% випадків, недорозвиток структурних елементів ГЗ – 16,9%, інволютивні зміни, які не відповідають віку – 6,9%.

Порівняльний аналіз стану ГЗ у групах хворих з різними ендокринним порушеннями МЦ виявив, що різні форми ФКХ діагностують в 1,2 разу рідше серед пацієнток з регулярним ритмом і НЛФ, ніж при ановуляції (35,1% і 43,8% відповідно). Так, дифузна форма з переважанням кістозного компоненту в 1,6 разу частіше діагностували при НЛФ, ніж при ановуляції. Аналогічно виявилась тенденція при аналізі частоти змішаної форми дифузної ФКХ – в 1,6 разу частіше у пацієнток зі збереженою овуляцією і НЛФ, ніж при ановуляції. Протилежно виявилась ситуація з дифузною формою з переважанням фіброзного компоненту як ознака ранніх змін, характерних для довготривалої гіпоестрогенії і пременопаузального віку: в 1,6 разу частіше виявлялась при ановуляції, ніж при НЛФ (15,7% і 10,0% відповідно).

Суттєву різницю було виявлено у групі пацієнток з дифузною формою з переважанням залозистого компоненту – у 6 разів частіше при хронічній ановуляції, ніж при НЛФ (31,2% і 5,0% відповідно). До цієї групи увійшли переважно пацієнтки з олігоменореєю, в тому числі СПКЯ і відносно гіперестрогенією, що розвинулась за рахунок тривалого і неповноцінного дозрівання численних фолікулів.

Вогнищеві зміни ГЗ (фіброаденома) у 4 рази частіше діагностовано у пацієнток з регулярним ритмом МЦ і збереженою овуляцією порівняно з групою ановуляції. Пояснити цей факт тільки гормональними порушеннями не можна, вірогідно тут мали місце і спадкові фактори.

Недорозвинення структурних елементів ГЗ практично з однаковою частотою виявлено як при НЛФ, так і при ановуляції. Інволютивні зміни, які не відповідають віку, виявлено у жінок з хронічною ановуляцією як ознака довготривалого дефіциту естрогенів в умовах ановуляції.

З метою проведення додаткової диференціальної діагностики дифузної і вогнищеві патології ГЗ використовували метод радіотермометрії, в основі якого лежать зміни теплового випромінювання при патологічних станах ГЗ. Усім 67 пацієнткам,

які скаржились на болісність і нагубання ГЗ напередодні менструації, проведено радіотермометрію ГЗ. Ознаки ФКХ за даними РТМ виявлено у 21 (31,3%) хворой, в яких згідно з експертною оцінкою спостерігалось незначне збільшення термоасиметрії (на відміну від норми) в межах 0,3–0,5 °С між залозами і відсутність локальних вогнищ підвищення температури.

Порівняльне оцінювання діагностичної значимості двох методів дослідження (УЗД і РТМ) у пацієнок з ендокринними порушеннями МЦ довела, що збіг результатів відзначено в 49,2% (майже половина) випадків. У 13,4% випадків при РТМ була додатково діагностована ФКХ, не виявлена раніше при УЗД.

Розбіжності отриманих результатів при використанні даних методів діагностики зафіксовані в 37,4% випадків. Важливо відзначити той факт, що метод РТМ не дозволив виявити зміни за типом фіброаденоми і недорозвинення ГЗ, що було діагностовано при УЗД. Ці результати можна пояснити відсутністю теплового випромінювання, що може свідчити про доброякісний характер виявлених змін.

Враховуючи, що УЗД ГЗ є більш інформативним методом щодо виявлення патологічних змін, метод РТМ може бути рекомендований в якості додаткового при підозрі на вогнищеве утворення, яке характеризується змінами теплового випромінювання, в комплексі з мамографією.

Аналіз гормональних порушень в обох групах досліджуваних засвідчив, що у пацієнок 2-ї підгрупи (НЛФ) спостерігалось достовірне зниження середнього рівня прогестерону в лютеїновій фазі МЦ, при цьому базальний рівень естрадіолу в обох фазах циклу достовірно не відрізнявся від норми або був дещо підвищеним, що слугувало фоном для розвитку відносної гіперестрогенії в даній групі.

У групі пацієнок із вторинною аменореєю і олігоменореєю (1-а підгрупа) майже у кожній другій хворой (52,0%) діагностовано гіперпролактинемію. Гормональні параметри у всіх пацієнок із вторинною аменореєю характеризувались достовірним зниженням рівня ФСГ, ЛГ і естрадіолу, причому ступінь пригнічення секреції цих гормонів збільшувалась залежно від підвищення рівня пролактину.

У пацієнок з нормопролактинемією розбіжності в секреції гонадотропних гормонів і естрадіолу були виявлені залежно від характеру порушень МЦ. Так, у всіх хворих на олігоменорею був підтверджений діагноз СПКЯ (підвищений тестостерон, ЛГ/ФСГ > 2), у той час як рівень естрогенової насиченості достовірно відповідав нормі, створюючи умови для розвитку відносної гіперестрогенії. Отже, можна припустити, що гіпергормональний фон при аденозі є пусковим моментом у розвитку патологічних змін ГЗ як дифузного, так і вузлового типу, водночас аденоз є початковою фазою для всіх форм ФКХ.

Також було встановлено певну залежність між характером порушень секреції пролактину і станом менструальної функції. У всіх 38 пацієнок з підвищеним рівнем пролактину було діагностовано вторинну аменорею, в інших пацієнок з регулярним ритмом МЦ і НЛФ та олігоменореєю рівень пролактину відповідав нормі. Це свідчить про вірогідну залежність тяжкості порушення менструально-репродуктивної функції від ступеня гіперпролактинемії.

Порівняльний аналіз стану ГЗ залежно від рівня пролактину у пацієнок з порушеннями МЦ за типом ановуляції виявив, що різні форми ФКХ у 2,4 рази частіше виявлялись у пацієнок з гіперпролактинемією.

Отже, залежно від характеру порушень МЦ і гормонального статусу виявлено групу «ризик» щодо розвитку виражених гіперпластичних процесів ГЗ за типом

аденозу. До цих пацієток відносяться хворі з вторинною аменореєю і олігоменореєю, в яких хронічна ановуляція розвивалась на фоні нормального або підвищеного рівня естрогенів.

Для оцінювання клініко-імунологічних порушень у пацієток з ДЗГЗ при ендокринному безплідді досліджувались показники клітинного і гуморального ланцюгів імунітету, а також параметри цитокинового профілю. Проводили порівняльну оцінку параметрів імунного статусу Т-клітин, Т-хелперів, Т-супресорів, імунорегуляторного індексу (Т-хелпери/Т-супресори), інтерлейкінів у пацієток з нормальною будовою ГЗ, з ФКХ і фіброаденомою. Достовірних відмінностей від норми і між групами не виявлено.

Порівняльний аналіз показників імунітету у 62 пацієток з порушенням МЦ за типом ановуляції (26) і НЛФ (36) продемонстрував достовірне зниження рівня Т-клітин в обох групах пацієток, але переважно на фоні хронічної ановуляції (розбіжності між групами статистично достовірні). В обох групах відзначено достовірне зниження Т-хелперів, імунорегуляторного індексу, циркулюючих імунних комплексів (достовірних розбіжностей між групами не виявлено). Під час оцінювання параметрів цитокинового профілю в обох групах обстежуваних виявлено достовірне підвищення рівнів інтерлейкінів, але різниця показників між групами статистично недостовірна.

Наведене вище свідчить, що порівняльний аналіз не виявив достовірних розбіжностей у змінах параметрів імунологічних порушень. У пацієток з ановуляцією відзначали більш суттєве зниження Т-клітин і підвищення Т-супресорів порівняно з групою пацієток з регулярним ритмом менструацій, що вказує на взаємозв'язок імунних і гормональних факторів, які розвиваються в умовах дефіциту прогестерону і зниження його рецепторів на поверхні лімфоцитів.

Отже, вивчення фізіологічних процесів у ГЗ доводить, що вони тісно пов'язані з циклічними змінами в репродуктивній системі, з МЦ – через систему нейрогуморальної регуляції, що пояснює високу ймовірність виникнення патологічних змін у ГЗ при різних гінекологічних захворюваннях ендокринного генезу.

Патогенез проліферативних дисплазій безпосередньо пов'язаний із гормональним дисбалансом: відносна гіперестрогенія, дефіцит прогестерону, підвищений рівень пролактину. Наслідком цього є морфофункціональна перебудова залозистого і стромального компонентів у ГЗ, яка вважається одним з надчутливих органів-мішеней. Проведення інвазивної діагностики проліферативних процесів у ГЗ у жінок із порушеннями менструального циклу сприятиме покращенню тактики ведення таких пацієток.

ВИСНОВКИ

1. Вивчення особливостей характеру менструальної функції пацієток репродуктивного віку з ендокринним безпліддям виявило, що у більшості обстежуваних виявлено приховані порушення гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи, які компенсувались до певного моменту і проявилися під впливом несприятливих факторів.

2. У 43,7% випадків ендокринне безпліддя зумовлене НЛФ на фоні регулярного ритму менструацій при достовірному зниженні рівня прогестерону і нормальному рівні естрогенів; у 57,3% випадків причиною порушення репродуктивної функції стала ановуляція у поєднанні з різним ступенем гіпоестрогенії. Частота гіперпролактинемії при ановуляції становила 29%.

3. При НЛФ частіше, ніж при ановуляції було діагностовано змішані форми ФКХ і дифузні форми з превалюванням кістозного компоненту, що вірогідно, пов'язано з

дефіцитом прогестерону і відносним підвищенням рівня естрогенів, які підтримують проліферацію сполучнотканинного та епітеліального компонентів грудної залози. У результаті обструкція проток у низки хворих призводить до збільшення альвеол і формування кістозних порожнин.

4. Із дефіцитом прогестерону значною мірою пов'язані і зміни імунного статусу в пацієнок з ендокринними формами безпліддя, але імунні порушення розвиваються вторинно і не є специфічними для цієї чи іншої патології.

Влияние нарушений менструальной функции эндокринного генеза на функциональное состояние грудных желез **С.Е. Гладенко**

Цель исследования: изучить особенности патологического состояния грудных желез (ГЖ) в зависимости от характера менструального цикла (МЦ), особенностей гормонального и иммунологического статуса у женщин с нарушениями менструальной функции эндокринного генеза.

Материалы и методы. Для исследования отобрана группа 130 больных (n=130) репродуктивного возраста (средний возраст – $27 \pm 2,3$ года), которых по характеру нарушений менструальной функции разделили на две подгруппы. В 1-ю подгруппу вошли 73 женщины с вторичной аменореей и олигоменореей на фоне хронической ановуляции, во 2-ю подгруппу включены 57 женщин с регулярным ритмом МЦ и недостаточностью лютеиновой фазы (НЛФ). Все больные предъявляли жалобы на отсутствие беременности в среднем в течение $4 \pm 1,2$ года. Для оценки состояния репродуктивной системы и гормонально зависимых органов женщинам проводили комплексное клиничко-гормональное, ультразвуковое, радиотермометрическое, рентгенологическое и иммунологическое обследование.

Результаты. Нарушения менструального цикла у всех больных обусловлены эндокринной патологией: вторичная аменорея и олигоменорея на фоне хронической ановуляции – 56,2%, регулярный ритм в сочетании с НЛФ – 43,8%. При обследовании ГЖ у 88,9% пациенток диагностированы различные варианты фиброзно-кистозной болезни (ФКБ), недоразвитие структурных элементов, инволютивные изменения, не соответствующие возрасту, очаговые образования. Так, частота ФКБ при ановуляции в 1,3 раза выше, чем при НЛФ (43,9% и 35,1% соответственно), в то же время очаговые образования в грудных железах по типу фиброаденомы в 4 раза чаще выявлены у пациенток с НЛФ, чем с аменореей (5,3% и 1,4% соответственно). При радиотермометрии в 13,4% случаев дополнительно диагностирована ФКБ, не выявленная при УЗИ, при этом совпадение результатов обеих диагностик отмечено в 49,2% случаев.

В 1-й подгруппе каждой второй пациентке (52,0%) поставлен диагноз гиперпролактинемии. Гормональные параметры характеризовались снижением уровня ФСГ, ЛГ, эстрадиола, причем степень угнетения секреции этих гормонов увеличивалась в зависимости от повышения уровня пролактина. У пациенток с гиперпролактинемией в 2,4 раза чаще выявлялись разные формы ФКБ. Гормонально-иммунологическое обследование выявило снижение активности Т-хелперов, иммунорегуляторного индекса, циркулирующих иммунных комплексов в обеих группах, при этом достоверных отличий между группами не выявлено.

Заключение. При изучении особенностей характера менструальной функции пациенток было установлено, что у большинства обследуемых выявлены скрытые нарушения гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, которые компенсировались до определенного момента и проявились под воздействием неблагоприятных факторов. При НЛФ чаще, чем при ановуляции, диагностировали смешанные формы ФКБ и диффузные формы с преобладанием кистозного компонента. Вероятно, эти изменения в грудных железах можно объяснить недостаточным влиянием прогестерона и относительным повышением уровня эстрогенов, которые поддерживают пролиферацию соединительнотканного и эпителиального компонентов грудных желез. Вследствие этого развивается обструкция протоков, что у ряда больных приводит

к увеличению альвеол и формированию кистозных полостей. С дефицитом прогестерона в значительной степени связаны и изменения иммунного статуса у пациенток с эндокринными формами бесплодия, но иммунные нарушения развиваются вторично и не являются специфическими для той или иной патологии.

Ключевые слова: грудные железы, фиброзно-кистозная болезнь, пролактин, гиперпролактинемия, аменорея, олигоменорея, недостаточность лютеиновой фазы, ановуляция.

Influence of menstrual disorders of endocrine genesis on functional state of the mammary glands **S.E. Gladenko**

The objective: to study the features of the pathological state of the mammary glands, depending on the nature of the menstrual cycle, the characteristics of the hormonal and immunological status in women with menstrual disorders of endocrine genesis.

Materials and methods. For the study, a group of 130 patients (n=130) of reproductive age (mean age 27±2,3 years) was selected, who were divided into 2 subgroups by the nature of menstrual dysfunction: 1 subgroup (n=73) – women with secondary amenorrhea and oligomenorrhea background of chronic anovulation, 2 subgroup (n=57) – women with a regular rhythm of the menstrual cycle and insufficiency of the luteal phase (ILP). All patients complained about the absence of pregnancy for an average of 4±1,2 years. To assess the state of the reproductive system and hormone-dependent organs, women underwent complex clinical-hormonal, ultrasound, radiothermometric, X-ray and immunological examinations.

Results. Menstrual irregularities in all patients are caused by endocrine pathology: secondary amenorrhea and oligomenorrhea against the background of chronic anovulation – 56,2%, regular rhythm in combination with ILP – 43,8%. When examining the mammary glands, 88,9% of patients were diagnosed with various variants of fibrocystic disease (FCD), underdevelopment of structural elements, involutive changes that do not correspond to age, focal formations. Thus, the frequency of FCD with anovulation is 1,3 times higher than with ILP (43,9% and 35,1%, respectively), while focal formations in the mammary glands of the type of fibroadenoma are 4 times more likely to be detected in patients with ILP than with amenorrhea (5,3% and 1,4%, respectively). With radiothermometry, in 13,4% of cases FCD was additionally diagnosed, which was not detected by ultrasound, while the coincidence of the results of both diagnostics was noted in 49,2%.

In 1 subgroup, every 2nd patient (52,0%) was diagnosed with hyperprolactinemia. The hormonal parameters were characterized by a decrease in the level of FSH, LH, estradiol, and the degree of inhibition of the secretion of these hormones increased depending on the increase in the level of prolactin. In patients with hyperprolactinemia, different forms of FCD were detected 2,4 times more often. Hormonal and immunological examination revealed a decrease in the activity of T-helpers, immunoregulatory index, circulating immune complexes in both groups, while no significant differences were found between the groups.

Conclusion. When studying the characteristics of the nature of the menstrual function of the patients, it was found that the majority of the subjects had latent disorders of the hypothalamic-pituitary-ovarian system, which were compensated until a certain point and manifested themselves under the influence of unfavorable factors. With ILP more often than with anovulation, mixed forms of FCD and diffuse forms with a predominance of the cystic component were diagnosed. Probably, these changes in the mammary glands can be explained by the insufficient effect of progesterone and a relative increase in the level of estrogens, which support the proliferation of the connective tissue and epithelial components of the mammary gland. As a result, obstruction of the ducts develops, which in some patients leads to an increase in alveoli and the formation of cystic cavities. Progesterone deficiency is also largely associated with changes in the immune status in patients with endocrine infertility, but immune disorders develop secondarily and are not specific for a particular pathology.

Keywords: mammary glands, fibrocystic disease, prolactin, hyperprolactinemia, amenorrhea, oligomenorrhea, insufficiency of the luteal phase, anovulation.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Корнацька АГ, Татарчук ТФ, Дубенко ОД. 2017. Безплідність та доброякісні захворювання молочної залози. Київ: 271.
2. Рожкова НИ, Боженко ВК, Каприн АД. 2016. Маммология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа: 496.
3. Радзинский ВЕ. 2017. Медицина молочной железы и гинекологические болезни. Изд. 2-е, перераб. и доп. М.: StatusPraesens: 345.
4. Жабченко ІА. 2018. Фіброзно-кістозна хвороба молочних залоз: самостійне захворювання чи віддзеркалення не-гараздів жіночого організму? Слово о здоровье <http://ozdorovie.com.ua/fibroznno-kistozna-hvoroba-molochnih-zaloz-samostiynne-zahvoryuvannya-chi-viddzerkalennya-negarazdiv-zhinochogo-organizmu/>
5. Шурпяк СО. 2018. Оцінка коморбідності в менеджменті пацієнок з дисгормональною доброякісною поєднаною проліферативною патологією репродуктивних органів. Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. 1 (36): 67-72.
6. Гилязутдинов ИА. 2016. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве: Руководство для врачей. М.: МЕДпресс-информ: 416.
7. Татарчук ТФ, Калугина ЛВ. 2013. К вопросу о профилактике и терапии гормонозависимых гиперпролиферативных заболеваний у женщин. Здоровье женщины. 7: 51-7.
8. Резніченко П, Резніченко НЮ, Потебня ВЮ. 2016. Лікування дисгормональних дисплазій грудних залоз. Здоровье женщины. 3(109): 93-102.
9. Zafrakas M, Grimbizis G, Timologou A, Tarlatzis BC. 2018. Endometriosis and ovarian cancer risk: a systematic review of epidemiological studies. Front. Surg. 1: 14.
10. Радзинский ВЕ, Ордиянц ИМ, Масленникова МН, Павлова ЕА, Карданова ВВ. 2017. Возможности терапии сочетания миомы матки и доброкачественных дисплазий молочных желез. Репродуктивная эндокринология. 4(36): 86-9.
11. Суханова АА, Мельник ЮМ, Карлова ОО. 2016. Сучасні підходи до лікування мастопатії у пацієнок репродуктивного віку. Здоровье женщины. 5(111):101-8.

Стан оваріального резерву після оперативного лікування апоплексії яєчника

О.М. Іщак

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
м. Київ

Мета дослідження: вивчити вплив різних варіантів оперативного лікування апоплексії яєчників на стан оваріального резерву.

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

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

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

Ключові слова: апоплексія яєчника, гемостаз, оваріальний резерв.

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

Мета дослідження: вивчити вплив різних варіантів оперативного лікування апоплексії яєчників на стан оваріального резерву.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено клініко-лабораторне обстеження 140 жінок, з яких – 65 пацієнток з АЯ, що вперше піддалися лапароскопічним

операціям. Ці пацієнтки були включені в проспективне дослідження і розподілені на дві групи «сліпим» методом залежно від використаного під час операції методу гемостазу.

До 1-ї групи увійшли 35 хворих, гемостаз яким здійснювали за допомогою біполярної коагуляції, в 2-у групу включено 30 хворих, кровотеча з яєчника в яких була зупинена за допомогою накладення швів. Усі операції були виконані однією і тією самою хірургічною бригадою.

Критерії включення у дослідження:

- стабільні показники гемодинаміки перед втручанням;
- тривалість госпіталізації не більше 24 год.

Критерії виключення з дослідження:

- внутрішньочеревна кровотеча внаслідок розриву доброякісної пухлини або ендометріодної кістки яєчника;
- наявність в анамнезі оперативних втручань на яєчниках;
- вживання комбінованих оральних контрацептивів або застосування методів стимуляції суперовуляції екзогенними гонадотропінами менш ніж за 3 міс до операції.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік пацієнток у 1-й і 2-й досліджуваних групах статистично не відрізнявся ($30,8 \pm 3,2$ та $31,35 \pm 2,95$ року відповідно; $p > 0,05$).

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

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

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

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

Аналізуючи дані анамнезу у пацієнток з АЯ, можна зробити деякі висновки. Не було виявлено будь-яких відмінностей між групами у середньому віці жінок,

частоті перенесені і супутньої екстрагенітальної патології. Для всіх жінок була характерною наявність несприятливого преморбідного фону, особливо щодо інфекційних захворювань, перенесених в дитячому віці, гострих респіраторно-вірусних захворювань і ангіні, а також куріння. Значних відмінностей у менструальній функції між групами виявлено не було.

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

Для уточнення характеру вільної рідини, виявленої в черевній порожнині при трансвагінальному ультразвуковому дослідженні (ТВУЗД) у кількості менше 100 мл, 8 (22,8%) хворим 1-ї групи і 8 (26,6%) пацієнткам 2-ї групи виконано кульдоцентез. У всіх випадках у пунктаті була виявлена кров.

У пацієнок обох груп апоплексію правого яєчника спостерігали значно частіше, ніж лівого.

Остаточний діагноз у всіх хворих досліджуваних груп і групи порівняння був встановлений у ході діагностичної лапароскопії. Показаннями до проведення діагностичної лапароскопії вважали:

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

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

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

При оцінюванні тривалості операції та тривалістю етапу здійснення гемостазу були виявлені статистично значущі відмінності між досліджуваними групами. Так, тривалість оперативного втручання у 1-й групі варіювала від 20 до 45 хв (у середньому – $26,9 \pm 8,7$ хв), тоді як у 2-й групі вона коливалась від 25 до 60 хв (у середньому – $39,5 \pm 9,5$ хв) ($p < 0,05$).

Слід зазначити, що середня тривалість здійснення гемостазу в 2-й групі, що становила $11,3 \pm 2,8$ хв, також була більшою, ніж у 1-й групі ($6,6 \pm 3,5$ хв), що і відобразилось на відмінностях в загальній тривалості операції ($p < 0,05$).

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

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

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

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

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

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

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

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

Дані про втрату оваріального резерву (ОР), отримані в процесі дослідження АМГ, повністю підтвердилися і під час аналізу кількості антральних фолікулів (ЧАФ), найменшим цей показник був у 1-й групі (3–7, у середньому – 5,3±1,1 у 1 циклі; 2–7, у середньому – 4,6±1,1 у 3 циклі; 2–7, у середньому – 4,3±1,1 у 6 циклі) ($p < 0,05$).

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

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

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

ВИСНОВКИ

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

Отримані результати необхідно враховувати як під час оперативного лікування жінок репродуктивного віку з апоплексією яєчника, так і для відновленні репродуктивної функції, у тому числі і з використанням допоміжних репродуктивних технологій.

Состояние овариального резерва после оперативного лечения апоплексии яичника

О.Н. Ищак

Цель исследования: изучить влияние различных вариантов оперативного лечения апоплексии яичников на состояние овариального резерва.

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

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

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

Ключевые слова: апоплексия яичника, гемостаз, овариальный резерв.

The condition of ovariale reserve after operative treatment of apoplexy of ovarium

O.N. Ishchak

The objective: to study influence of various options of expeditious treatment of apoplexy of ovaries on a condition of ovariale reserve.

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

Results. Results of the conducted researches testify, that hemostasis exercise at operations at patients with it was carried out by an apoplexy of the ovary, whatever way (bipolar current or suture), leads to loss of part of an ovariale reserve. To larger losses of ovariale reserve leads use for a stopping of bleeding of bipolar electro-surgery.

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

Keywords: ovary apoplexy, hemostasis, ovariale reserve.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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

Перинатальні наслідки розродження жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді

О.А. Ковалишин

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
м. Київ

Питання збереження репродуктивного здоров'я жінки протягом багатьох років не втрачає своєї актуальності. Фундаментальні дослідження останніх десятиліть дозволили визначити основні механізми функціонування жіночої репродуктивної системи, але поодинокими залишаються дослідження щодо особливостей перебігу вагітності, ускладнень пологів і стану новонароджених у жінок із порушеннями менструальної функції в пубертатному періоді.

Мета дослідження: за даними лабораторних та інструментальних методів дослідження вивчити особливості пологів і стану новонароджених у жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді.

Матеріали та методи. За характером порушень основну групу вагітних ($n=120$), які мали розлади менструальної функції в пубертатному періоді, було розподілено на три підгрупи: 1-а підгрупа – 40 вагітних з первинною олігоменореєю в анамнезі, 2-а підгрупа – 40 вагітних з пізнім віком менархе, 3-я підгрупа – 40 вагітних з пубертатними кровотечами. У контрольну групу увійшли 40 вагітних з правильним ритмом менструацій у пубертаті.

Результати. У ході клінічного дослідження відзначали достовірні розбіжності біологічної неготовності організму до пологів у всіх підгрупах основної групи вагітних порівняно з контрольною групою. У 35 (29,2%) вагітних, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді, в передбачуваний термін пологів відзначено «незрілу» або недостатньо «зрілу» шийку матки, що мало значення у порушенні пологової діяльності при мимовільних пологах у потиличному передлежанні і збільшенні частоти розродження шляхом кесарева розтину (КР). Кесарів розтин проведено у 51 (42,5%) вагітної основної групи: плановий КР – у 39 (32,5%), терміновий у пологах – у 12 (10,0%) жінок. У групі вагітних із правильним ритмом менструацій мимовільні пологи відбулися у 37 (92,5%) жінок, плановий КР через звужений таз і великий плід – у 2 (5,0%), екстрений КР – в 1 (2,5%) випадку.

Частота ускладнень у пологах (порушення пологової діяльності, передчасний розрив плодових оболонок, кровотечі) в основній групі у 4 рази вище, ніж у групі контролю ($p<0,001$), у порівняльному аспекті між підгрупами розбіжності недостовірні. Виявлено, що 95,2% новонароджених від матерів, які мали по-

рушення менструальної функції у пубертатному періоді, були у задовільному стані. Оцінка за шкалою Апгар достовірно вища у новонароджених від матерів, які отримали прегравідарну підготовку. Частота окремих станів, що виникають у перинатальному періоді, найвища у новонароджених від матерів із первинною олігоменореєю в анамнезі.

Заклучення. Результати проведених досліджень підтверджують наявність біологічної неготовності організму до нормального перебігу пологів у жінок, які мали порушення менструальної функції у пубертатному періоді, про що свідчать порушення пологової діяльності, основним предиктором яких слід відзначити плацентарну дисфункцію. Частота окремих станів, що виникають у перинатальному періоді, достовірно вище, ніж у новонароджених від матерів, що мали правильний ритм менструацій.

Знизити частоту акушерських і перинатальних ускладнень у жінок зі зниженим репродуктивним потенціалом можливо шляхом оптимізації програми прегравідарної підготовки та впровадження науково обґрунтованого комплексу лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: пубертатний період, менархе, олігоменорея, пубертатні кровотечі, вагітність, пологи, перинатальні наслідки.

Основна функція репродуктивної системи жінки – настання вагітності і народження здорового потомства, тому питання збереження її репродуктивного здоров'я впродовж багатьох років не втрачає своєї актуальності. Фундаментальні дослідження останніх десятиліть дозволили визначити основні механізми функціонування жіночої репродуктивної системи, але поодинокими залишаються дослідження щодо особливостей перебігу вагітності, ускладнень пологів і стану новонароджених у жінок з порушеннями менструальної функції в пубертатному періоді.

Пологи – це кінцевий, кульмінаційний етап розвитку вагітності. Будучи невід'ємною частиною цього процесу, пологи залежать від функціонування окремих складових етапів розвитку вагітності, а також від початкового стану як материнського організму, так і окремих його ефektorних органів [1]. У жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді, відзначають понад 70% ускладнень вагітності, при цьому перебіг пологів частіше ускладнювався аномаліями пологової діяльності (57,0%) та патологією післяпологового періоду (15,8%). Відсоток оперативного розродження достовірно вищий (25,4%) проти даних у жінок із фізіологічним пубертатом (4,6%). Природним шляхом закінчилися пологи у 74,6% жінок, більше народжувалось дітей з ознаками хронічної внутрішньоутробної гіпоксії (28,1%) та асфіксії у пологах (67,5%) [2–4].

Фізіологічний перебіг пологів можливий лише за наявності сформованої родової домінанти, яка приходить на зміну виснаженій домінанті вагітності і об'єднує в єдину динамічну систему як вищі нервові центри, так і виконавчий орган [1]. Клінічну діагностику до пологів проводять шляхом вивчення певних характерних змін, які відбуваються в організмі жінки. По-перше, це зміни в шийці матки. Протягом усього періоду гестації шийка матки зберігає щільну консистенцію, функціонує як замок, що закриває вихід із порожнини матки. Це сприяє виношуванню вагітності до пологів. Однак ближче до кінця вагітності в шийці матки відбуваються морфологічні, біо- та гістохімічні процеси, які змінюють структуру органа. У результаті цих змін шийка вкорочується і розм'якшується, що полегшує процес народження плода

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

і плаценти. Розм'якшення і вкорочення прийнято називати «дозріванням» шийки матки. Протягом останніх 40 років клінічну оцінку «зрілості» шийки матки проводять за шкалою Бішопа [5].

Готовність організму до пологів можна визначити також за іншими ознаками:

- використовуючи спеціальну апаратуру, вивчають тонус, збудливість і скоротливість активності міометрія;
- для оцінювання функціонального стану матки проводять окситоциловий тест;
- при наближенні терміну пологів у вагінальних мазках відбувається «естрогенізація» у вигляді наростання кількості поверхневих клітин і зменшення базофільних клітин багатоядерного плоского епітелію [5].

Отже, визначення ступеня готовності організму до пологів має велике практичне значення, оскільки дозволяє певною мірою прогнозувати особливості перебігу пологів і передбачати можливість настання аномалій пологової діяльності, особливо, якщо на етапі прекоцепційного обстеження було виявлено передумови для їхнього розвитку.

Причини або стани, які сприяють виникненню аномалій пологової діяльності, різноманітні. Їх можна систематизувати в декілька основних груп:

1. Патологія материнського організму (соматичні і нейроендокринні захворювання, порушення регулюючого впливу ЦНС і вегетативної системи; ускладнений перебіг вагітності (гестози, загроза переривання); патологічна зміна міометрія (фіброміома, перенесений запальний процес); занадто розтягнута матка (великий плід, багатоводдя, багатопліддя); генетична патологія та ін.
2. Патологія плода і плаценти (вади розвитку нервової системи плода; аплазія наднирників плода; передлежання плаценти та низьке розташування; прискорене або запізніле дозрівання плаценти тощо).
3. Механізми перешкоди для просування плода (вузький таз, пухлини малого таза; неправильне положення плода (косе або поперекове); неправильні вставлення голівки; анатомічна ригідність шийки матки).
4. Неодночасна готовність організму матері і плода до пологів.
5. Стресовий фактор (джерела стресу різні для кожної жінки, але підвищення при такому стані рівня стресових гормонів може призвести до слабкості пологової діяльності).
6. Ятрогенний чинник.

Кожний із даних факторів може діяти як самостійно, ускладнюючи перебіг пологів, так і в різних поєднаннях [5]. Тому основною метою надання допомоги під час пологів є забезпечення безпеки для жінки та дитини при мінімальній втручанні у фізіологічний процес шляхом:

- ретельного моніторингу стану матері, плода та прогресування пологів;
- створення умов для надання невідкладної допомоги породіллі та новонародженому;
- проведення заходів, що спрямовані на попередження інфекційних та гнійно-запальних ускладнень;
- впровадження та суворе дотримання принципів «теплого ланцюжка» [6].

І хоча на сьогодні остаточно не визначені патогенетичні аспекти порушення репродуктивного здоров'я жінок із патологічним перебігом пубертату, але впевнено можна стверджувати, що практично всі соматичні і гінекологічні захворювання цього періоду, які в майбутньому можуть впливати на зачаття, виношування і пологи, асоціюються із розладами менструального циклу. Без сумніву, попередити

зниження репродуктивного потенціалу не завжди є можливим, але знання факторів, що сприяють його пошкодженню, дозволяють формувати групи ризику ще на доклінічному етапі, а проведення грамотної прегравідарної підготовки у жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді, дозволить знизити частоту акушерських і перинатальних ускладнень.

Мета дослідження: за даними лабораторних та інструментальних методів дослідження вивчити особливості перебігу пологів і стану новонароджених у жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Клінічне дослідження перебігу вагітності проведено у 120 жінок репродуктивного віку, що мали порушення менструальної функції в пубертаті (основна група). За характером порушень в основній групі виділено три підгрупи:

- 1-а підгрупа – 40 вагітних з первинною олігоменореєю в анамнезі;
- 2-а підгрупа – 40 вагітних з пізнім віком менархе;
- 3-я підгрупа – 40 вагітних з пубертатними кровотечами.

До контрольної групи увійшли 40 вагітних із правильним ритмом менструацій в пубертатному періоді. Середній вік жінок контрольної групи становив $24,3 \pm 0,5$ року ($p < 0,05$).

Критерії включення до основної групи:

- жінки репродуктивного віку (середній вік – $25,8 \pm 0,9$ року) з порушеннями становлення менструальної функції в анамнезі;
- одноплідна вагітність;
- обстеження в I триместрі вагітності;
- письмова згода пацієнтки на участь у дослідженні.

Критерії виключення з основної групи:

- екстрагенітальні захворювання в стадії суб- і декомпенсації, в тому числі хвороби ендокринної системи, розлади харчування і порушення обміну речовин;
- наявність вродженої патології та/або аномалії жіночих статевих органів;
- хронічні інфекційні захворювання і загострення під час вагітності;
- відмова від участі у дослідженні.

В основній групі 23 (19,2%) жінки до планування вагітності з метою контрацепції приймали низькодозовані монофазні КОК, 7 (5,8%) – гестагени. Прегравідарну підготовку отримали 72 (0,0%) жінки в основній групі, з них 36 (50,0%) – із застосуванням гестагенів. У контрольній групі прегравідарну підготовку отримали 16 (40,0%) жінок.

Збір анамнезу тривав за загальноприйнятною схемою, результати клініко-лабораторного обстеження на прекоцепційному етапі, показники динамічного клініко-лабораторного моніторингу, випадки ускладнень реєстрували в індивідуально розроблених картах спостереження. Ехографічне дослідження вагітних відбувалось у термінах 11–14, 18–21, 30–34 і 36–40 тиж. У 11–16 тиж проведено оцінювання росту плода (кардіотокографія) і його життєдіяльності, а в термінах 18–21 і 30–34 тиж визначали фетометричні показники, оцінювали розташування і товщину плаценти, об'єм амніотичної рідини.

Для об'єктивного судження про ступінь достовірності результатів дослідження застосовували варіаційно-статистичний метод аналізу отриманих даних за до-

помогою пакета статистичних програм Microsoft Office Excel 2007, «Statistica 6.0». Оцінювання статистичної значущості відмінностей проводили за параметричним t-критерієм Стюдента для незалежних вибірок ($M \pm \sigma$). Відмінності в усіх випадках оцінювали як статистично значущі при $p < 0,05$. Силу кореляційного зв'язку між досліджуваними ознаками визначали за критерієм кореляції Спірмена.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Усі вагітні з порушеннями менструальної функції в пубертатному періоді були розроджені. В основній групі одноплідні мимовільні пологи у потиличному передлежанні відбулися у 69 (57,5%) жінок. Розродження шляхом кесарева розтину (КР) у нижньому матковому сегменті проведено у 51 (42,5%) вагітної, в тому числі: плановий КР – у 39 (32,5%), терміновий у пологах – у 12 (10,0%).

У групі контролю одноплідні мимовільні пологи у потиличному передлежанні відбулися у 37 (92,5%) жінок, шляхом планового КР (звужений таз і великий плід) – у 2 (5,0%), екстремий КР при утруднених пологах внаслідок випадіння ручки плода – в 1 (2,5%) випадку.

В основній групі у 35 (29,2%) вагітних у передбачуваний термін пологів було виявлено «незрілу» або недостатньо «зрілу» шийку матки, у контрольній групі – 1 випадок (2,5%; $p < 0,001$).

Достовірні розбіжності біологічної неготовності організму до пологів («зрілість» шийки матки) відзначали в усіх підгрупах основної груп порівняно з контрольною групою:

- у групі з олігоменореєю в анамнезі – 14 випадків (35,0%; $p < 0,001$);
- з пізнім віком менархе – 10 випадків (25,0%; $p < 0,01$);
- з пубертатними кровотечами – 11 випадків (27,5%; $p < 0,01$).

Найчастішими показаннями до розродження шляхом планового КР були:

- 1) «незріла» шийка матки у передбачуваний термін пологів і невдала спроба стимуляції пологів інструментальними методами (13,3%);
- 2) безпліддя, пов'язане з відсутністю овуляції в анамнезі і «незріла» шийка матки у передбачуваний термін пологів (10,0%);
- 3) прееклампсія і невдала спроба стимуляції пологів (5,0%).

Між підгрупами основної групи частота розродження шляхом планового КР достовірно не відрізнялась.

Самостійні пологи при одноплідній вагітності у потиличному передлежанні планувалися у 81 (67,5%) вагітної основної групи, у групі контролю – у 38 (2 випадки КР у зв'язку з невідповідністю розмірів таза і плода у жінок із вузьким тазом і великим плодом), що становило 95,0% від числа вагітних контрольної групи. Частота ускладнень у пологах в основній групі в 4 рази вище порівняно з контрольною групою ($p < 0,001$). У порівняльному аспекті між підгрупами достовірних розбіжностей не встановлено.

Привертає увагу той факт, що порушення пологової діяльності було зафіксовано у 17 (21,0%) жінок основної групи. Первинну слабкість пологової діяльності і дискоординовану пологову діяльність діагностовано в усіх підгрупах, вторинну слабкість пологової діяльності – у двох жінок з первинною олігоменореєю в анамнезі. У 12 (70,6%) із 17 жінок основної групи медикаментозне лікування порушень пологової діяльності було неефективним. Розродження проведено шляхом термінового КР, у тому числі: при дискоординованій пологовій діяльності ($n=9$) і первинній слабкості пологової діяльності ($n=3$). У підгрупах основної групи терміновий КР було проведено у 5, 4 і 3

випадках відповідно. У двох жінок із первинною олігоменореєю в анамнезі при вторинній слабкості пологової діяльності у другому періоді пологів і появі ознак дистресу плода розродження проведено із застосуванням вакуум-екстрактора.

Кровотеча в ранній післяпологовий період при мимовільному розродженні спостерігалась у 4 (4,9%) породіль основної групи. Заходи щодо зупинки кровотечі і адекватна інфузійно-трансфузійна терапія були ефективними.

Отже, у 29,2% жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді, у передбачуваний термін пологів відзначено «незрілу» або недостатньо «зрілу» шийку матки, що мало значення в порушенні пологової діяльності при мимовільних пологах у потиличному передлежанні і збільшенні частоти розродження шляхом КР.

У матерів, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді, народилось 120 малюків (основна група), у матерів із правильним ритмом менструацій (контрольна група) – 40 немовлят. Розподіл новонароджених за підгрупами відповідав підгрупам їхніх матерів. Усі діти народились у передбачуваний термін пологів.

Із 120 новонароджених основної групи 115 (95,8%) народились з оцінкою за шкалою Апгар на 1-й і 5-й хвилині 7–10 балів, 5 (4,2%) – у помірній асфіксії з оцінкою за шкалою Апгар 6 балів. У матерів із первинною олігоменореєю в анамнезі (1-а підгрупа) у помірній асфіксії було 2 (5,0%) новонароджених, з пізнім віком менархе (2-а підгрупа) – 1 (2,5%), з пубертатними кровотечами (3-я підгрупа) – 2 (5,0%). Реанімаційні заходи в усіх випадках були ефективними.

У групі контролю всі новонароджені за шкалою Апгар на 1-й і 5-й хвилині були оцінені у 7–10 балів. У новонароджених основної групи від матерів, які планували вагітність і отримували прегравідарну підготовку, оцінка за шкалою Апгар на 1-й хвилині була вище, ніж у тих, хто її не отримав ($p < 0,01$). Така закономірність простежувалась у новонароджених від матерів 1-ї і 2-ї підгруп ($p < 0,05$). На 5-й хвилині після народження вона зберігалась у немовлят 2-ї підгрупи ($p < 0,01$), що свідчило про гарну адаптацію новонароджених (табл. 1).

При інтегральному аналізі міжсистемних взаємовідносин між оцінкою новонароджених за шкалою Апгар на 1-й хвилині і товщиною плаценти при ехографічному

Таблиця 1

Оцінка новонароджених за шкалою Апгар у матерів обстежуваних груп

Група		На 1-й хвилині		На 5-й хвилині	
		1	2	1	2
Контрольна, n=40		8,25±0,25	7,94±0,20	8,38±0,26	8,48±0,14
Основна, n=120		8,08±0,10	7,56±0,11 $p < 0,01$	8,67±0,09	8,28±0,09 $p < 0,01$
Підгрупа	1-а, n=40	8,00±0,14	7,25±0,25 $p < 0,05$	8,50±0,14	8,25±0,25
	2-а, n=40	8,17±0,17	7,68±0,15 $p < 0,05$	8,92±0,13	8,36±0,12 $p < 0,01$
	3-я, n=40	8,10±0,35	7,56±0,24	8,60±0,22	8,11±0,11

Примітка: p – ступінь достовірності відмінностей показників між новонародженими від матерів, які отримували прегравідарну підготовку, і тих, хто її не отримував.

¹ – новонароджені від матерів, які отримували прегравідарну підготовку.

² – новонароджені від матерів, які не отримували прегравідарну підготовку.

Розподіл новонароджених за масою тіла від матерів обстежуваних груп

Група		Маса тіла, г							
		2500–2999		3000–3499		3500–3999		≥4000	
		Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Контрольна, n=40		1	2,5	23	57,5	12	30,0	4	10,0
Основна, n=120		11	9,2	54	45,0	46	38,3	9	7,5
Підгрупа	1-а, n=40	5	12,5	15	37,5	17	42,5	3	7,5
	2-а, n=40	4	10,0	20	50,0	13	32,5	3	7,5
	3-я, n=40	2	5,0	19	47,5	16	40,0	3	7,5

дослідженні в терміні вагітності 30–34 тиж у матерів із первинною олігоменореєю в анамнезі і пізнім віком менархе встановлено середню пряму кореляційну залежність ($r=0,335$; $p=0,019$ і $r=0,505$; $p=0,020$ відповідно), у матерів із пубертатними кровотечами була пряма кореляційна залежність ($r=0,778$; $p=0,023$). У новонароджених від матерів із пізнім віком менархе між оцінкою за шкалою Апгар на 5-й хвилині і товщиною плаценти в терміні вагітності 30–34 тиж встановлена середня пряма кореляційна залежність ($r=0,504$; $p=0,020$).

Середня маса тіла новонароджених від матерів, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді, відповідала гестаційному віку і достовірно не відрізнялась від контрольної групи (табл. 2). В основній групі 11 (9,2%) новонароджених були «маловаговими» для гестаційного віку, у групі контролю – 1 (2,5%). У матерів із первинною олігоменореєю в анамнезі у 2,5 разу частіше фіксували «маловагових» новонароджених, ніж у матерів із пубертатними кровотечами.

Під час інтегрального аналізу міжсистемних взаємовідносин між показниками маси тіла новонародженого і параметрами ультразвукової фотометрії в терміні вагітності 18–21 тиж у жінок з порушеннями менструальної функції в пубертаті визначалась середня пряма кореляційна залежність між масою тіла новонародженого і біпаріетальним розміром (БПР) голівки ($r=0,571$; $p=0,006$); довжиною стегна (ДС) ($r=0,465$; $p=0,034$), окружністю голівки (ОГ), ($r=0,498$; $p=0,018$), що свідчило про відповідність розмірів плода у 18–21 тиж гестаційному віку.

Частота окремих станів, що виникали в перинатальному періоді (табл. 3), у новонароджених від матерів основної групи у 3 рази вище, ніж у новонароджених контрольної групи ($p<0,05$) і найвища у немовлят від матерів із первинною олігоменореєю в анамнезі ($p<0,05$).

Дихальні розлади в ранньому неонатальному періоді були у новонароджених від матерів основної групи у помірній асфіксії (2,5%). У групі контролю і 2-й підгрупі новонароджених дихальні розлади не виявлені. Порушення церебрального статусу новонародженого в основній групі спостерігалися у 2,3 разу частіше, ніж у групі контролю, між підгрупами розбіжності статистично незначущі.

Під час аналізу величини плацентарно-плодового коефіцієнту встановлено, що у жінок 2-ї і 3-ї підгруп він був статистично значуще вищий порівняно з контрольною

**Частота і структура окремих станів, які виникли в перинатальному періоді
у новонароджених від матерів обстежуваних груп**

Група		Дихальні розлади у новонародженого		«Маловаговий» для гестаційного віку плід		Порушення церебрального статусу новонародженого		Усього	
		Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Контрольна, n=40		-	-	1	2,5	2	5,0	3	7,5
Основна, n=120		3	2,5	11	9,2	14	11,7	28	23,4 p<0,05
Підгрупа	1-а, n=40	2	5,0	5	12,5	5	12,5	12	30,0 p ₁ <0,05
	2-а, n=40	-	-	4	10,0	5	12,5	9	22,5
	3-я, n=40	1	2,5	2	5,0	4	10,0	7	17,5

Примітки: p – ступінь достовірності відмінностей показників основної і контрольної груп;
p₁ – між контрольною групою і підгрупами основної групи.

групою (p<0,01 і p<0,05 відповідно). Збільшення плацентарно-плодового коефіцієнту у 2-й і 3-й підгрупах виникало за рахунок маси плаценти. Збільшення маси плаценти за відсутності достовірних відмінностей середньої маси тіла новонароджених від матерів із пізнім віком менархе і з пубертатними кровотечами, можливо, зумовлено гіперваскуляризацією венозних судин ворсин, що слугувало компенсаторно-приспосувальною реакцією і предиктором хронічної компенсованої плацентарної недостатності.

Отже, 95,2% новонароджених від матерів з порушеннями менструальної функції в пубертатному періоді народились у задовільному стані. Оцінка за шкалою Апгар достовірно вища у новонароджених від матерів, які отримували прегравідарну підготовку порівняно з новонародженими від матерів, які її не отримали. Частота окремих станів, що виникли в перинатальному періоді, найвища у новонароджених від матерів із первинною олігоменореєю в анамнезі.

ВИСНОВКИ

1. Усі вагітні з порушеннями менструальної функції в пубертатному періоді були розроджені у передбачуваний термін пологів, з них 57,5% – мимовільні пологи, 42,5% – шляхом кесарева розтину. Основні показання під час вагітності, які спричинили порушення пологової діяльності:

- «незріла» шийка матки у передбачуваний термін пологів і невдала спроба стиmulяції пологів із застосуванням інструментальних методів;
- звужений таз і великий плід при передбачуваній невідповідності розмірів таза та плода.

2. У 29,2% жінок основної групи у передбачуваний термін пологів діагностовано «незрілу» шийку матки, у підгрупах найвищий показник (35,0%) – у жінок в олігоменореєю в анамнезі. Саме в цій групі обстежуваних жінок найвищий відсоток хронічної плацентарної недостатності – фактор, який має значення у зниженні гормональної функції плаценти і процесі дозрівання шики матки.
3. Невідповідність розмірів таза і плода, спричинена вузьким тазом, виявлена в кожному третьому випадку у вагітних з первинною олігоменореєю в анамнезі і пізнім віком менархе, тобто у жінок, що мали в пубертаті клінічні ознаки гіпоестрогенії – фактор, який впливає на антропометричні показники.
4. Порушення пологової діяльності при мимовільних пологах у потиличному передлежанні діагностовано у 21,0% жінок з порушеннями менструальної функції в пубертаті, в тому числі: у 9,9% – первинна слабкість пологової діяльності; у 8,6% – дискоординувана пологова діяльність, при якій частіше відзначали невдалу спробу застосування медикаментозних засобів, тому розродження проводили шляхом термінового кесарева розтину.
5. У матерів з порушеннями менструальної функції в пубертатному періоді у передбачуваний термін пологів народилось 120 живих дітей, з них 4,2% в помірній асфіксії. Оцінка новонароджених за шкалою Апгар вище у тих, хто народився від матерів, які отримували прегравідарну підготовку, порівняно з матерями, які не планували вагітність (8,08±0,10 бала проти 7,56±0,11; $p < 0,01$).
6. Прегравідарну підготовку отримали 60,0% жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді, що знизило ризики розвитку хронічної плацентарної недостатності у вагітних з 0,75 до 0,49 (абсолютна різниця ризиків становила 0,26) та хронічної гіпоксії плода з 0,67 до 0,35 (абсолютна різниця ризиків становила 0,32), що безсумнівно свідчить на користь надання медичної допомоги жінкам під час підготовки до вагітності.
7. Оптимізація програми прегравідарної підготовки та впровадження науково обгрунтованого комплексу лікувально-профілактичних заходів дозволить значно знизити частоту акушерських і перинатальних ускладнень у жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді, і сприятиме нормальному перебігу в них вагітності, пологів і народженню здорових дітей.

Перинатальные исходы родоразрешения женщин с нарушениями менструальной функции в пубертатном периоде

О.А. Ковалишин

Вопрос сохранения репродуктивного здоровья женщины в течение многих лет не теряет своей актуальности. Фундаментальные исследования последних десятилетий позволили определить основные механизмы функционирования женской репродуктивной системы, но единичными остаются исследования особенностей течения беременности, осложненной в родах и состояния новорожденных детей у женщин с нарушениями менструальной функции в пубертатном периоде.

Цель исследования: по данным лабораторных и инструментальных методов исследования изучить особенности родов и состояния новорожденных у женщин с нарушениями менструальной функции в пубертатном периоде.

Материалы и методы. По характеру нарушений основную группу беременных ($n=120$) с патологией менструальной функции в пубертатном периоде разделили на три подгруппы: 1-я подгруппа – 40 беременных с первичной олигоменореей в

анамнезе, 2-я подгруппа – 40 беременных с поздним возрастом менархе, 3-я подгруппа – 40 беременных с пубертатными кровотечениями. В контрольную группу вошли 40 беременных с правильным ритмом менструаций в пубертате.

Результаты. В ходе клинического исследования отмечались достоверные отличия биологической неготовности организма к родам во всех подгруппах основной группы беременных по сравнению с контрольной группой. У 35 (29,2%) беременных с нарушениями менструальной функции в пубертатном периоде в предполагаемый срок родов отмечалась «незрелая» или недостаточно «зрелая» шейка матки, что является причиной нарушения родовой деятельности при самопроизвольных родах в затылочном предлежании и увеличения частоты родоразрешения с применением кесарева сечения (КС). КС проведено у 51 (42,5%) беременной основной группы: плановое КС – у 39 (32,5%), срочное в родах – у 12 (10,0%). В группе беременных с правильным ритмом менструаций самопроизвольные роды произошли у 37 (92,5%) женщин, плановое КС из-за суженного таза и большого плода – у 2 (5,0%), экстренное КС – в 1 (2,5%) случае.

Частота осложнений при родах (нарушение родовой деятельности, преждевременный разрыв плодовых оболочек, кровотечения) в основной группе в 4 раза выше, чем в группе контроля ($p < 0,001$), в сравнительном аспекте между подгруппами отличия недостоверны. Выявлено, что 95,2% новорожденных от матерей с нарушениями менструальной функции в пубертатном периоде родились в удовлетворительном состоянии. Оценка по шкале Апгар достоверно выше у новорожденных от матерей, получавших прегравидарную подготовку. Частота отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, самая высокая у новорожденных от матерей с первичной олигоменореей в анамнезе.

Заключение. Результаты проведенных исследований подтверждают наличие биологической неготовности организма к нормальному течению родов у женщин с нарушениями менструальной функции в пубертатном периоде, о чем свидетельствуют нарушения родовой деятельности, основным предиктором которых следует отметить плацентарную дисфункцию.

Частота отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, достоверно выше, чем у новорожденных от матерей, имевших правильных ритм менструаций. Снизить частоту акушерских и перинатальных осложнений у женщин со сниженным репродуктивным потенциалом возможно путем оптимизации программы прегравидарной подготовки и внедрения научно обоснованного комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: пубертатный период, менархе, олигоменорея, пубертатные кровотечения, беременность, роды, перинатальные исходы.

Perinatal outcomes in women with menstrual dysfunction in the puberty **O.A. Kovalishin**

The issue of preserving the reproductive health of women for many years does not lose its relevance. Fundamental studies of recent decades have made it possible to determine the basic mechanisms of functioning of the female reproductive system, but studies of the characteristics of pregnancy, complications in childbirth and the condition of newborn children in women with menstrual dysfunction in the puberty remain single.

The objective: according to laboratory and instrumental methods of research, to study the characteristics of childbirth and the condition of newborns in women with menstrual dysfunction in the puberty.

Materials and methods. According to the nature of the disorders, the main group of pregnant women ($n=120$) who had a menstrual pathology in the puberty were divided into 3 subgroups ($n=40$): the first – pregnant women with primary oligomenorrhea in the

anamnesis, the second – with a late age menarche, the third – with puberty bleeding. The control group included pregnant women (n=40) with the correct rhythm of menstruation in puberty.

Results. During the clinical study, significant differences in the biological readiness of the body for childbirth in all subgroups of the main group of pregnant women were noted compared with the control group. In 35 (29,2%) pregnant women with menstrual dysfunction during the puberty, an «unripe» or insufficiently «mature» cervix was observed in the expected period of labor, which was important in the violation of labor activity during spontaneous labor in the occipital presentation and an increase in the frequency of delivery using cesarean section (CS) operation. Cesarean section was performed in 51 (42,5%) pregnant women of the main group: planned CS in 39 (32,5%), urgent delivery in 12 (10,0%). In the group of pregnant women with the correct rhythm of menstruation, spontaneous delivery occurred in 37 (92,5%) women, planned CS due to the narrowed pelvis and large fetus in 2 (5,0%), emergency CS – 1 (2,5%) case.

The frequency of complications during childbirth (violation of labor, premature rupture of the membranes, bleeding) in the main group is 4 times higher than in the control group ($p < 0,001$), in a comparative aspect, the differences between the subgroups are not significant. 95,2% of newborns from mothers with menstrual dysfunction in the puberty were born in a satisfactory condition. The Apgar score is significantly higher in newborns from mothers receiving pregravid preparation. The frequency of individual conditions that occur in the perinatal period is the highest in newborns from mothers with a history of primary oligomenorrhea.

Conclusions. The results of the studies confirm the presence of the biological unpreparedness of the body for the normal course of labor in women with menstrual dysfunction in the puberty, as evidenced by violations of labor, the main predictor of which is placental dysfunction.

The frequency of individual conditions that occur in the perinatal period is significantly higher than in newborns from mothers who had the correct rhythm of menstruation. It is possible to reduce the frequency of obstetric and perinatal complications in women with reduced reproductive potential by optimizing the pregravid preparation program and introducing a scientifically based complex of treatment and preventive measures.

Keywords: *puberty, menarche, oligomenorrhea, pubertal bleeding, pregnancy, perinatal outcomes.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Сюсюка В. 2018. Медико-психологічні аспекти вагітності. Особливості становлення материнської сфери. З турботою про жінку. 5(89):19-22.
2. Макарчук ОМ, Дзьомбак ВБ. 2017. Порушення становлення менструальної функції та його вплив на репродуктивний потенціал жінки. Галицький лікарський вісник. 3:36-8.
3. Начетова ТН. 2014. Перинатальный анализ и особенности функции репродуктивной системы матерей девочек-подростков с вторичной аменореей. Здоровье ребенка. 2(53):50-3.
4. Макарчук ОМ, Дзьомбак ВБ. 2017. Характеристика репродуктивного потенциала у женщин с нарушениями становления менструальной функции в пубертате, методы профилактики и коррекции. Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 7(4):522-9.
5. Болотна МА, Бойко ВІ, Бабар ТВ. 2018. Акушерство та гінекологія: навч. посіб. Суми: Сумський державний університет, 307
6. Літвінов СК. 2008. Сучасні погляди на проблему аномалій пологової діяльності (лекція). Частина 1. Жіночий лікар. 5:18-20.

Репродуктивна функція жінок після хірургічних методів лікування шийки матки

І.Ю. Костюк

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
м. Київ

Після деструктивних методів лікування шийки матки (ШМ) жінки входять у групу високого ризику щодо виникнення гестаційних ускладнень як одного з чинників репродуктивних втрат, що зумовлює соціальне значення проблеми.

Мета дослідження: провести порівняльний аналіз репродуктивної функції у жінок, які перенесли різні оперативні втручання на ШМ, вивчити вплив деструктивних методів лікування патології ШМ на перебіг вагітності для вдосконалення принципів допологового спостереження.

Матеріали та методи. Усі обстежувані жінки (n=201), які перенесли органозберігаючі операції (електроконізація, кріодеструкція, лазерна вапоризація або радіохвильова ексцизія) на ШМ з приводу дисплазії I–III ступеня, були розподілені на три групи: 1-а група (ретроспективна, n=114) – пацієнтки, в яких особливості менструальної і репродуктивної функції вивчались анамнестично; 2-а група (проспективна, n=57) – жінки, яких включено у дослідження одразу після хірургічного лікування; 3-я група (контрольна, n=30) – практично здорові жінки. Хворі порівняльних груп були співставні за віком (середній вік – 25,7±4,4 року) і перебігом патологічного процесу в ШМ.

Результати. У ході 5-річного дослідження було вивчено менструальну і генеративну функції у пацієнток після проведеного хірургічного лікування. Менструальна функція збережена в усіх пацієнток, але найчастіше жінки скаржились на альгодисменорею і появу кров'янистих виділень до і після менструації: найбільший відсоток – у жінок після електроконізації, найменший – після кріодеструкції, після лазерної вапоризації і радіохвильової ексцизії зміни не відзначені.

Під час аналізу ускладнень вагітності найбільш значущими виявились достовірні розбіжності між відсотком вагітних із загрозою переривання у перших двох групах (47,9% і 26,0% відповідно) і групою контролю (14,8%), що можна пояснити розвитком істміко-цервікальної недостатності у пацієнток, які перенесли оперативні втручання на ШМ, а також наявністю плацентарної дисфункції, підтвердженої порушеннями доплерометричних індексів.

Заключення. Сучасні деструктивні методи лікування патології шийки матки, найменш травматичними з яких є лазерна вапоризація і радіохвильова ексцизія, дозволяють вилікувати основне захворювання і зберегти як менструальну, так і генеративну функції. Враховуючи клінічну картину захворювання і встановлений діагноз, необхідно розробляти індивідуальну тактику ведення для кожної хворої, проводити

активний моніторинг протягом року після операції та спостереження впродовж року після вагітності незалежно від її результату.

Ключові слова: патологія шийки матки, дисплазія, деструктивні методи лікування, невиношування вагітності, істміко-цервікальна недостатність, плацентарна дисфункція.

Під час вагітності відбуваються зміни в усіх органах і системах жіночого організму, але максимальна перебудова спостерігається у статевих органах, у тому числі й на шийці матки (ШМ) [1]. Перспективи повноцінного запліднення, успішного виношування вагітності і своєчасних пологів багато в чому визначаються структурно-функціональними особливостями ШМ. Важливим при обстеженні ШМ під час вагітності є той факт, що виконання діагностичних процедур може ускладнюватись і впливати на клінічну інтерпретацію даних [2].

У сучасному світі спостерігається тенденція відкладати народження дітей до віку 30+. На тлі збільшення числа тих, хто народжує вперше в цьому віці, думка про те, що лікування доброякісних захворювань ШМ потрібно проводити жінкам лише після пологів, призводить до збільшення кількості вагітних із різноманітними захворюваннями ШМ і чинить негативний вплив на перебіг вагітності та пологів [3].

Частота змін ШМ у вагітних становить близько 80%. За даними різних авторів, у структурі захворювань ШМ провідне місце посідають запальні процеси (екзо- й ендocerвіцити) – 76–90%, дисплазії – 33%, ектопії – 22–25%, поліпоподібні утворення – 10% [3, 4].

Причини виникнення патології ШМ у вагітних різноманітні:

- ранній початок статевого життя,
- часті аборти,
- травматичні пошкодження ШМ,
- інфікування вірусно-бактеріальними асоціаціями мікроорганізмів,
- гормональний дисбаланс,
- екстрагенітальні захворювання,
- вік,
- соціальні та професійні чинники,
- відсутність адекватного лікування у прегравідарний період [5].

Науковими дослідженнями встановлено, що розвиток доброякісних і передракових захворювань ШМ як до, так і під час вагітності спричиняють хронічні запальні захворювання статевих органів [6].

Останніми роками запропоновано багато методів лікування захворювань ШМ – як консервативних, так і оперативних [7]. Радикальними вважаються ті, які забезпечують руйнування (деструкцію) патологічного вогнища з наступним відновленням функціонального повноцінного багат шарового плоского епітелію. Серед методів деструкції набули поширення хімічна коагуляція, кріодеструкція, діатермокоагуляція (діатермоексцизія), лазерна вапоризація та радіохвильова деструкція. Кожен метод лікування має свої переваги і недоліки. Проте деякі методи супроводжуються значною кількістю ускладнень, травматизмом і викликають порушення анатомо-функціональної цілісності ШМ, що в майбутньому може чинити негативний вплив на перебіг вагітності та пологів [8].

Найчастіше з гестаційних ускладнень у пацієнток з оперованою ШМ виділяють загрозу переривання вагітності, загрозу передчасних пологів, анемію, плацентарну дисфункцію, маловоддя, гестаційний пієлонефрит [3]. У вагітних після радіохвильо-

вої деструкції загрозу переривання вагітності і загрозу передчасних пологів діагностують у 3,3 разу рідше порівняно з вагітними після діатермокоагуляції і в 2,4 разу рідше порівняно з пацієнтками після криодеструкції. Близько у 8% пацієнток після криодеструкції виявляють істміко-цервікальну недостатність (ІЦН) і в 1,9 разу частіше – плацентарну дисфункцію [3, 8].

За даними клінічних досліджень, максимальна частота ускладнень відзначається у вагітних з дисплазією ШМ і після оперативного лікування ШМ до вагітності. Порівняльний аналіз засвідчив, що у жінок після діатермокоагуляції і криодеструкції ШМ частіше діагностували ускладнення вагітності і пологів порівняно з пацієнтками після радіохвильової коагуляції. Частота несприятливих наслідків вагітності у жінок із патологією ШМ у 4 рази вища, ніж у вагітних без змін ШМ [8]. Ці факти доводять необхідність своєчасного виявлення і лікування захворювань ШМ до вагітності.

Враховуючи високу частоту гестаційних ускладнень у жінок після хірургічного лікування, необхідно вибирати найбільш оптимальні методи деструкції в комплексному лікуванні у прегравідарний період.

Мета дослідження: провести порівняльний аналіз репродуктивної функції у жінок, які перенесли різні оперативні втручання на ШМ, вивчити вплив деструктивних методів лікування патології ШМ на перебіг вагітності для вдосконалення принципів допологового спостереження.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження включено 201 пацієнтку у віці від 18 до 35 років, яких спостерігали протягом 5 років. Кожній з них проведено органозберігаюче хірургічне лікування з приводу дисплазії I–III ступеня. При вивченні стану репродуктивної системи пацієнток обстежуваних груп для оцінки менструальної функції і виявлення особливостей перебігу вагітності застосовували комплекс діагностичних (інструментальних і лабораторних) методик.

До 1-ї групи (ретроспективної) увійшли 114 жінок (середній вік на момент хірургічного втручання становив $25,3 \pm 4,3$ року), в яких особливості менструальної і репродуктивної функції вивчались анамнестично. У 47 (41,25) жінок акушерський анамнез був обтяжений штучним перериванням вагітності, при цьому у 32 (28,1%) від загальної кількості пацієнток було по 2 або 3 аборти, нормальні пологи – у 15 (13,2%) жінок, в 1 пацієнтки в анамнезі зафіксована позаматкова вагітність, у 2 – мимовільне переривання вагітності.

До 2-ї групи (проспективної) увійшли 57 жінок (середній вік на момент хірургічного втручання становив $26,8 \pm 4,1$ року), яких включено в дослідження одразу після хірургічного лікування. У 33 (57,9%) жінок акушерський анамнез був обтяжений штучним перериванням вагітності, нормальні пологи – у 9 (15,8%) жінок, у 3 (5,3%) в анамнезі зафіксовано мимовільне переривання вагітності.

До 3-ї групи (контрольної) увійшли 30 практично здорових жінок, середній вік яких становив $24,9 \pm 4,8$ року.

Ехографічне дослідження органів малого таза (ОМТ) проводили за двома методиками ультразвукового обстеження – трансабдомінальної і трансвагінальної, які доповнювали одна одну. Для вивчення стану гемодинаміки в малому тазі переважачим був трансвагінальний доступ при комплексному використанні колірного і спектрального доплерівських режимів. Для встановлення діагнозу ІЦН враховувались: вкорочення шийки, розширення каналу ШМ, збільшення передньо-заднього розміру ШМ, а також пролабування плодового міхура. Оцінювання біофізичного

профілю плода проводили за загальноприйнятною методикою із визначенням ди-хального руху, рухової активності, м'язового тонуусу, кількості навколоплідних вод, кардіотокографії, ступеня зрілості плаценти.

Головною метою дослідження впливу патологічного процесу в ШМ на систему гемостазу було виявлення коагулопатій і тромбофілічних станів, які загрожували розвитком тромбозів і тромбоемболій. Для цього застосовувались методи і тести, які характеризували прокоагулянтний і тромбоцитарно-судинні ланцюги системи гемостазу (молекулярні маркери тромбофілії).

Статистичне оброблення отриманих даних проводили за допомогою пакета статисти-чних програм Microsoft Office Excel.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Після проведеного органозберігаючого лікування менструальна функція була збережена в усіх пацієнток. Найчастіше після оперативного втручання жінки скар-жились на альгодисменорею і появу виділень, що мастьять, до і після менструації.

У 1-й групі обстежуваних альгодисменорею зареєстровано у 10 (8,8%) жінок, частіше у пацієнток після електроконізації ШМ (8 із 10), що можливо пов'язано із стенозом каналу ШМ. При цьому альгодисменорея поєднувалась із появою виді-лень, що мастьять (у 3 пацієнток). Розвиток олігоменореї зафіксовано в 1 пацієнт-ки, що перенесла кріодеструкцію. Нормалізація менструального циклу відбулась у 2 пацієнток (після кріодеструкції та електроконізації ШМ відповідно). Привертає увагу той факт, що змін менструального циклу у жінок після лазерної вапоризації і радіохвильової ексцизії не відзначено.

У 2-й групі хворих альгодисменорея також була найчастішим варіантом зміни менструального циклу: у 5 пацієнток – після електроконізації, у 2 – після ампутації ШМ, в одному випадку – після кріодеструкції. Послання альгодисменореї з виді-леннями, що мастьять, було зафіксовано у 4 пацієнток. Олігоменорея виникла після проведеної ампутації ШМ у 2 жінок. Нормалізацію менструального циклу фіксували в 1 пацієнтки після ампутації ШМ.

При вивченні репродуктивної функції жінок після деструктивних методів ліку-вання дисплазії різного ступеня привертає увагу значний відсоток загрози пере-ривання вагітності у пацієнток 1-ї (ретроспективної) групи – 56 (57,7%) випадків. Із 13 жінок після лазерної вапоризації дане ускладнення виникло у 4 (30,7%), після радіохірургічної ексцизії – у 3 з 9 (33,3%). У пацієнток після ампутації ШМ загрозу було констатовано в 66,6% випадків (26 пацієнток із 39), а після електроконізації – у 76,5% (13 із 17 жінок). Після кріодеструкції загрозу діагностовано в 4 (30,8%) випадках.

Токсикоз вагітності відзначено у 15 (15,5%) пацієнток. При цьому у вагітних, які раніше перенесли ампутацію і конізацію ШМ, відсоток осіб із токсикозами ва-гітності становив 6 (15,4%) і 3 (17,6) жінки, а з гестозами – 5 (12,8%) і 2 (11,8%) жінки відповідно. У вагітних після кріодеструкції токсикоз розвинувся у 3 (15,8%) пацієнток, а прееклампсія – у 2 (10,5%). Жінки після операцій вапоризації і ексцизії страждали від токсикозу в 2 (15,4%) і 1 (11,1%) випадках, а від гестозу – в 3 (23,1%) і 0% відповідно.

Плацентарну дисфункцію було діагностовано у 13 (13,4%) жінок: після елек-троконізації ШМ – у 4 (23,5%) пацієнток, після ампутації і вапоризації показники однакові – по 6 (15,4%) пацієнток, після ексцизії – в 1 (11,1%) пацієнтки, після кріо-деструкції – 0%.

Відсоток прееклампсії і плацентарної дисфункції достовірно не відрізнявся від результатів, отриманих для групи контролю.

У пацієнток 2-ї групи (проспективної) найчастішим ускладненням також зазначають загрозу переривання вагітності, спричинену істміко-цервікальною недостатністю (13 пацієнток – 26,0%), і плацентарною дисфункцією (10 пацієнток – 20,0%). Із 7 жінок після лазерної вапоризації дане ускладнення виникло в 1 (14,3%), після радіохірургічної ексцизії – в 1 із 3 (33,3%), після ампутації ШМ – у 7 пацієнток з 20 (35,0%), після електроконізації – у 2 з 11 (18,8%), після кріодеструкції – у 2 (22,2%) жінок.

Токсикоз вагітності зафіксовано у 7 (14,0%) пацієнток, такий самий відсоток ускладнень припадав на прееклампсію – 7 (14,0%) жінок. При цьому у вагітних, які раніше перенесли ампутацію й електроконізацію ШМ, відсоток осіб із токсикозами становив 15,0% (3 жінки) і 18,2% (2 жінки), а з гестозами – 10,0% (2 жінки) і 27,3% (3 жінки) відповідно. У вагітних після кріодеструкції токсикоз розвинувся в 11,1% випадків (1 пацієнтка), а ускладнень прееклампсії взагалі не відзначено (0%). Жінки після операцій вапоризації та ексцизії страждали від токсикозу в 14,3% (1 жінка) і 0% випадків, від гестозу – в 14,3% (1 пацієнтка) і 33,3% (1 пацієнтка) відповідно.

Плацентарну дисфункцію діагностовано у 10 (20,0%) жінок. У пацієнток після електроконізації дане ускладнення виявлено у 27,3% випадків (3 жінки), після ампутації – у 20,0% (4 жінки), після вапоризації – у 28,6% (2 пацієнтки), після кріодеструкції – в 11,1% (1 жінка). Після радіохірургічної ексцизії плацентарну дисфункцію не діагностовано.

Отже, у 2-й групі, як і в групі ретроспективного дослідження, відзначали високий відсоток загрози переривання вагітності. Інші ускладнення вагітності за частотою виникнення суттєво не відрізнялись від контрольної групи.

Частота загрози переривання вагітності у жінок контрольної групи становила 13,3% (4 пацієнтки). Токсикоз вагітності було зафіксовано у 4 жінок (13,3%), а прееклампсія – у 3 (10,0%). Плацентарну дисфункцію діагностовано у 16,7% вагітних. Результати, отримані при дослідженні контрольної групи, співпадають із даними літератури, наведеними для здорових жінок.

При проведенні аналізу ускладнень вагітності в усіх трьох групах жінок найбільш значущою виявилась наявність достовірних розбіжностей між відсотком вагітних із загрозою переривання в перших двох групах (47,9% у 1-й і 26,0% у 2-й групах) і групою контролю (14,8%). Дослідження у разі підозри щодо загрози переривання вагітності включало огляд і пальпаторне обстеження ШМ та істмічного відділу. При УЗД у випадку загрози спостерігалось локальне потовщення міометрія і зміни конфігурації плодового яйця.

Подібні розбіжності між трьома групами можна пояснити розвитком ІЦН у пацієнток, які перенесли оперативні втручання на ШМ, а також наявністю плацентарної дисфункції. Крім того, загроза переривання вагітності у деяких пацієнток 1-ї і 2-ї груп може бути наслідком деяких ендокринних порушень (цукровий діабет, захворювання щитоподібної залози), а також наявністю хронічних урогенітальних інфекцій та пов'язаних з ними вторинних імунодефіцитних станів.

Частота ІЦН у контрольній групі соматично здорових жінок із загрозою переривання вагітності становила близько 14,0%, а серед пацієнток 1-ї і 2-ї груп – понад 90,0%.

Привертає увагу той факт, що у більшості випадків максимальний відсоток загрози переривання зафіксовано саме у жінок, які перенесли більш радикальне втручання – ампутацію і конізацію ШМ.

Отже, можна зробити висновок, що такі операції, як лазерна вапоризація і радіохірургічна ексцизія, як менш травматичні, не призводять до розвитку загрози переривання вагітності, на відміну від конізації та ампутації ШМ. Результатом останніх завжди є дефект або повна відсутність піхвової частини ШМ, і, як наслідок, виникнення функціональної недостатності внутрішнього вічка і порушень захисних функцій слизової пробки.

Тактика ведення жінок із загрозою переривання вагітності полягала у призначенні максимально дбайливого лікувально-охоронного режиму, застосуванні спазмолітичної терапії, токолітиків, седативних препаратів. Для профілактики розвитку самовільного викидня 3 пацієнткам із 2-ї групи було накладено шви на ШМ. Надалі розродження у них проводили шляхом кесарева розтину.

Матково-плацентарний і плодово-плацентарний кровоток вивчали у 25 вагітних із 2-ї групи і в 10 жінок із групи контролю. У 1-й групі дослідження не проводили.

У 6 пацієток 2-ї групи (24,0% від кількості обстежуваних) і в 1 жінки з групи контролю (10,0%) було виявлено підвищення доплерометричних індексів. При цьому зміни кровотоку в маткових і спіральних артеріях у 83,3% випадків поєднувались із розвитком прееклампсії. Зміни доплерометричних показників у радіальних артеріях зафіксовано як у пацієток із прееклампсією, так і без неї.

Отже, порушення доплерометричних індексів вже у I триместрі вагітності є важливою прогностичною ознакою можливого розвитку прееклампсії, що дозволяє своєчасно проводити профілактику даного ускладнення.

Під час вивчення фетоплацентарного кровотоку була підтверджена наявність компенсованої плацентарної дисфункції у 10 (20,0%) пацієток 2-ї групи, що не набагато перевищує кількість вагітних із цим ускладненням у групі контролю – 5 (16,7%) жінок. Для корекції даного ускладнення проводили антигіпоксичні заходи і забезпечення клітинних процесів пластичним та енергетичним матеріалом (глюкоза, аскорбінова кислота, амінокислоти, естрогени).

Порушень розвитку плода не виявлено в жодній вагітній з усіх трьох обстежуваних груп.

ВИСНОВКИ

1. Сучасні деструктивні методи лікування шийки матки (ШМ), а саме: криодеструкція, лазерна вапоризація, радіохірургічна ексцизія дозволяютьвилікувати основне захворювання і зберегти як менструальну, так і генеративну функції. Наявність у жінки в анамнезі органозберігаючої операції на ШМ не є протипоказанням до вагітності, а вагітність не має критичного впливу на прогноз основного захворювання.

2. Пацієнтки, які перенесли органозберігаюче хірургічне лікування патології ШМ, належать до групи високого ризику щодо виникнення можливих гестаційних ускладнень порівняно із соматично здоровими жінками: частота невиношування вагітності в групі обстежуваних майже у 3 рази вища, ніж у групі контролю (20,3% і 7,4% відповідно).

3. Основною причиною невиношування вагітності у пацієток після деструктивних методів лікування ШМ є істміко-цервікальна недостатність, тому для профілактики розвитку мимовільного викидня рекомендується накладання швів за загальноприйнятними методиками.

4. Вивчення показників гемодинаміки і гемостазу у вагітних, які перенесли органозберігаючі операції на ШМ, дає змогу комплексно оцінити вплив пролікованої раніше патології ШМ на стан провідних функціональних систем організму і провести своєчасну корекцію задля профілактики акушерських та перинатальних ускладнень.

5. Отримані дані доводять необхідність виявлення і лікування захворювань ШМ до вагітності. Отже, враховуючи високу частоту гестаційних ускладнень у жінок після хірургічного лікування, необхідно застосовувати найбільш дбайливі методи деструкції в комплексному лікуванні у прегравідарний період.

Репродуктивна функція после хирургических методов лечения шейки матки И.Ю. Костюк

После деструктивных методов лечения шейки матки (ШМ) женщины относятся к группе высокого риска по развитию гестационных осложнений как одной из причин репродуктивных потерь, что определяет социальное значение проблемы.

Цель исследования: провести сравнительный анализ репродуктивной функции у женщин, перенесших различные оперативные вмешательства на ШМ, изучить влияние деструктивных методов лечения патологии ШМ на течение беременности для усовершенствования принципов родового наблюдения.

Материалы и методы. Все обследуемые женщины (n=201) после органосохраняющих операций (электрокоагуляция, криодеструкция, лазерная вапоризация или радиоволновая эксцизия) на ШМ по поводу дисплазии I–III степени были разделены на три группы: 1-я группа (ретроспективная, n=114) – пациентки, у которых особенности менструальной и репродуктивной функции изучались анамнестически; 2-я группа (проспективная, n=57) – женщины, включенные в исследование сразу после хирургического лечения; 3-я группа (контрольная, n=30) – практически здоровые женщины. Больные сравнительных групп были сопоставимы по возрасту (средний возраст – 25,7±4,4 года) и течению патологического процесса в ШМ.

Результаты. В ходе 5-летнего исследования были изучены менструальная и генеративная функции у пациенток после проведенного хирургического лечения. Менструальная функция сохранена у всех пациенток, но чаще всего женщины жаловались на альгодисменорею и появление кровянистых выделений до и после менструации: наибольший процент фиксировали у женщин после электрокоагуляции, наименьший – после криодеструкции, после лазерной вапоризации и радиоволновой эксцизии изменения не отмечены.

При анализе осложненной беременности наиболее значимыми оказались достоверные различия между процентом беременных с угрозой прерывания в первых двух группах (47,9% и 26,0% соответственно) и группой контроля (14,8%), что можно объяснить развитием истмико-цервикальной недостаточности у пациенток, перенесших оперативные вмешательства на ШМ, а также наличием плацентарной дисфункции, подтвержденной нарушениями доплерометрических индексов.

Заключение. Современные деструктивные методы лечения патологии шейки матки, наименее травматичными из которых являются лазерная вапоризация и радиоволновая эксцизия, позволяют вылечить основное заболевание и сохранить как менструальную, так и генеративную функции. Учитывая клиническую картину заболевания и установленный диагноз, необходимо разрабатывать индивидуальную тактику ведения для каждой больной, проводить активный мониторинг в течение года после операции и наблюдение в течение года после беременности независимо от ее результата.

Ключевые слова: патология шейки матки, дисплазия, деструктивные методы лечения, невынашивание беременности, истмико-цервикальная недостаточность, плацентарная дисфункция.

Reproductive function of woman after destructive methods of the cervix

I. Yu. Kostyuk

After destructive methods of treatment of the cervix, women are at high risk for the development of gestational complications as one of the causes of reproductive losses, which determines the social significance of the problem.

The objective: to carry out a comparative analysis of the reproductive function in women who have undergone various surgical interventions on the cervix, to study the effect of destructive methods of treating cervical pathology on the course of pregnancy to improve the principles of antenatal care.

Materials and methods. All examined women (n=201) who underwent organ-sparing operations (electrocoagulation, cryodestruction, laser vaporization or radiowave excision) on the cervix for dysplasia of I-III degree, were divided into 3 groups: 1 group (retrospective, n=114) – patients in whom the features of menstrual and reproductive function were studied anamnestically; group 2 (prospective, n=57) – women who were included in the study immediately after surgery; group 3 (control, n=30) – almost healthy women. Patients in the comparative groups were comparable in age (mean age 25,7±4,4 years) and the course of the pathological process in the cervix.

Results. In a 5-year study, menstrual and generative functions in patients after surgery were studied. Menstrual function is preserved in all patients, but most women complain of algodysmenorrhea and bleeding before and after menstruation: the highest percentage – in women after electrocoagulation, the lowest – after cryodestruction, after laser vaporization and radiowave excision changes were not observed.

In the analysis of pregnancy complications, the most significant were significant differences between the percentage of pregnant women at risk of abortion in the first two groups (47,9% and 26,0%, respectively) and the control group (14,8%), which can be explained by the development of isthmic-cervical insufficiency. patients who underwent surgery on the cervix, as well as the presence of placental dysfunction, confirmed by violations of doppler indices.

Conclusions. Modern destructive methods of treatment of cervical pathology, the least traumatic of which are laser vaporization and radiowave excision, can cure the underlying disease and preserve both menstrual and generative functions. Taking into account the clinical picture of the disease and the established diagnosis, it is necessary to develop individual management tactics for each patient, to conduct active monitoring during the year after surgery and observation during the year after pregnancy, regardless of its outcome.

Keywords: cervical pathology, dysplasia, destructive treatments, miscarriage, isthmic-cervical insufficiency, placental dysfunction.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дубоссарская ЗМ, Дубоссарская ЮА. 2018. Репродуктивная эндокринология: перинатальные, акушерские и гинекологические аспекты. Днепропетровск: Лира ЛТД, 415.
2. Лигирда НФ. 2014. Кольпоскопія у вагітних. Особливості норми. Здоровье женщины. 3:57-9.
3. Скурятіна НГ. 2016. Аналіз перебігу вагітності і пологів у жінок із патологією шийки матки. Акушерство. Гінекологія. Генетика. 1:39-43.
4. Корнацька АГ, Цвігун МВ. 2015. Ретроспективний аналіз пологів у жінок з оперованою шийкою матки. Здоровье женщины. 4(100):109-11.
5. Комісаренко ЮІ, Михальчишин ГП [редактори] 2020. Ендокринологія: підручник для студентів вищих мед. навч. закладів, 5-е вид., оновл. і доп. Вінниця: Нова книга, 536.
6. Туманова ЛЄ, Коломієць ОВ, Бадзюк НР. 2014. Сучасні погляди на етіологію та патогенез фонової і передракових захворювань шийки матки у вагітних (огляд літератури). Здоровье женщины. 6(92):29-32.
7. Суханова АА. 2013. Фізіохірургічні методи в комплексному лікуванні дисплазії епітелію шийки матки у вагітних і невагітних жінок фертильного віку. Здоровье женщины. 4:48-51.
8. Скурятіна НГ. 2017. Наслідки вагітності в жінок після деструктивних методів лікування шийки матки. Акушерство. Гінекологія. Генетика. 3(2):38-44.

Тактика прогнозування плацентарної дисфункції у жінок після допоміжних репродуктивних технологій

І.М. Кошова

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
м. Київ

Результати проведених досліджень свідчать, що найбільш діагностично значущими у формуванні первинної плацентарної недостатності є показники резервного запасу яєчників АМГ, інгібіну В і підвищенні значення маркера плацентарної дисфункції TGF- α 1. Провідним патогенетичним механізмом розвитку плацентарної дисфункції після допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) було виявлення трьох профілів активності ендометрія: високоекспресивного, середньоекспресивного і низькоекспресивного. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму прогностичних і діагностичних заходів після застосування ДРТ.

Ключові слова: допоміжні репродуктивні технології, плацентарна дисфункція.

Частота безплідних браків у третьому тисячолітті збільшилася до 20% і має тенденцію до подальшого зростання [1, 2]. У зв'язку з цим сучасні репродуктивні технології дозволяють сьогодні вирішити проблему безпліддя родинним парам з низькими показниками репродуктивного здоров'я [3, 4]. Проте невдалі спроби допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), збільшення частоти втрат бажаної вагітності призводять до вимушеної зміни гормонального фону і зниження імунітету [5, 6]. До того ж більшість жінок, маючи спочатку виражені порушення в репродуктивній сфері, не здатні без кваліфікованої медичної допомоги виносити вагітність і до 40% маткових вагітностей не вдається врятувати [1–6].

Вагітності, що настали в результаті застосування ДРТ, мають вищу частоту невиношування, багатоводдя, ризик формування вад розвитку плода, підвищений інфекційний індекс, формування плацентарної дисфункції. Це впливає на перинатальне благополуччя, а переходячи в гостру клінічну форму – загрожує життю матері і дитині [1, 2, 3, 6].

Не дивлячись на значну кількість наукових публікацій, присвячених проблемі вагітності і пологів після застосування ДРТ, не можна вважати всі питання повністю вирішеними.

Мета дослідження: визначити можливості прогнозування плацентарної дисфункції на прегравідарному етапі після застосування ДРТ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

В основу дослідження покладено комплексне обстеження 100 вагітних після застосування ДРТ та їх новонароджених (основна група). До групи порівняння увійшли 50 жінок аналогічного віку, в яких вагітність настала природним шляхом.

Середній вік вагітних у групах після застосування ДРТ становив $29,0 \pm 4,1$ року і $33,1 \pm 3,3$ року для чоловіків. Тривалий безплідний період призводить до того, що проходить найсприятливіший вік для настання вагітності, і вона настає в пізньому репродуктивному періоді на тлі перенесених соматичних і гінекологічних захворювань.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проаналізувавши перебіг вагітності, пологів і стан ранньої адаптації новонароджених у жінок після застосування ДРТ, встановлено, що основна проблема несприятливих перинатальних результатів обумовлена формуванням плацентарної дисфункції. Для обґрунтування патогенезу даного ускладнення гестації ми провели додатковий етап дослідження, до якого увійшли 30 жінок з невдалими спробами ДРТ (основна підгрупа). Критерієм виключення для них став чоловічий чинник безпліддя.

На етапі прегравідарної підготовки в цій підгрупі оцінювали вихідний рівень оваріального резерву, маркер плацентарної дисфункції – трансформуючий фактор росту (TGF- β 1), причому паралельно був досліджений ендометрій, оцінена сила рецептивності і локальний імунітет. Для оцінювання оваріального резерву використовували два показники: інгібін В (ІВ) і антимюллерів гормон (АМГ), які дають інформацію про якісний стан фолікулярного апарату в яєчниках. Концентрація ІВ вимірювалася на 3-й день циклу.

У даній підгрупі жінок рівень ІВ був значно знижений (від 10 до 35 пг/мл при нормі 40–100 пг/мл). Під час оцінювання рівня АМГ як непрямого маркера оваріальної відповіді, оваріальної дисфункції і оваріального старіння, було відзначено його зниження (від 2,3 до 1 нг/мл при нормі 2,1–7,3 нг/мл). За літературними джерелами, про зниження функціонального резерву яєчників свідчить рівень АМГ < 1,1; а при АМГ < 0,8 вірогідність настання вагітності у край низька [5].

Окрім визначення яєчникового резерву була проведена оцінка рівня TGF- β 1 у сироватці крові досліджуваних жінок. Включення у дослідження даного показника було необхідне для доказу ролі TGF- β 1 як маркера плацентарної дисфункції і діагностичного критерію акушерських проблем після ДРТ. Референсне значення для TGF- β 1 становило 0–3,6 нг/мл. Діапазон набутих значень значно перевищує норму і варіює в межах 20–90 нг/мл. Настільки високий рівень може свідчити про розвиток плацентарної дисфункції як в результаті репродуктивних недоліків даних жінок, так і на тлі стимуляції яєчників.

Крім того, в досліджуваній підгрупі було проведено кореляційний аналіз між показниками ІВ, АМГ і TGF- β 1. Так, на тлі високих значень TGF- β 1 спостерігалось зниження ІВ і АМГ. Виявлені закономірності дозволяють передбачати роль маркерів оваріального резерву і трансформуючого фактора росту у формуванні анатомічно і функціонально неповноцінного хоріону і, як наслідок, розвитку плацентарної дисфункції, що призводить до порушення матково-плодової перфузії і внутрішньоутробної гіпоксії плода.

З'ясувавши роль ІВ, АМГ і TGF- β 1 як маркерів плацентарної дисфункції, залишилася необхідність визначення початкового стану ендометрія, його рецепторного апарату і локального імунітету. Відомо, що порушення в рецепторному апараті можуть призвести до недостатньої сприйнятливості ендометрія до екзогенної гормональної дії,

проте немає чітких даних про рівні експресії стероїдних рецепторів, необхідних для нормальної імплантації і розвитку хоріону. Для з'ясування цього, всім 30 жінкам з невдалими спробами ДРТ проводили гістологічне і імуногістохімічне дослідження біоптатів ендометрія, які отримували шляхом біопсії під контролем гітроскопії на 15–17-й день менструального циклу під внутрішньовенним знеболенням.

Для інтерпретації результатів експресії прогестеронових і естрогенових рецепторів використовували 8-бальну систему класифікації, що узагальнювала як кількісні характеристики, так і інтенсивність розподілу рецепторів в ендометрії. Експресію білка KI-67 оцінювали за відсотком маркірованих клітин. Нормальна кількість HLA-DR (клон TAL.1B5) у досліджуваній лабораторії становила до 10 в полі зору. Також визначалися деякі кластери диференціації антигенів.

У результаті проведених досліджень була виявлена цікава ознака. Жінки були розподілені на три профілі активності за силою експресії прогестеронових і естрогенових рецепторів в ендометрії і локального імунітету:

- вискоекспресивний,
- середньоекспресивний,
- низкоекспресивний.

Проведено аналіз особливостей анамнезу пацієнток кожного профілю. До вискоекспресивного профілю (I група) увійшли жінки, які мали схильність до гіперпластичного синдрому у формі доброякісних пухлин матки і яєчників, залізистої гіперплазії ендометрія з дисменореєю. За результатами імуногістохімії була відзначена висока експресія і прогестеронових і естрогенових рецепторів, як у стромі, так і в залозах +7, +8. Середньоекспресивний профіль (II група): жінки молодшого віку з необтяженим соматичним анамнезом, з нормальним менструальним циклом.

За результатами імуногістохімії експресія прогестеронових рецепторів у стромі становила 5+, 6+, у залозах 6+, 7+; естрогенових – від 4+ до 6+ і в стромі, і в залозах, тобто експресія прогестеронових рецепторів дещо вище, ніж естрогенових. Пацієнток низкоекспресивного профілю (III група) характеризувала висока частота цивільних шлюбів, ранній початок статевого життя, часта зміна статевих партнерів, хворобливі і нерегулярні менструації, високий рівень запальних захворювань органів малого таза, хронічна внутрішньоматкова інфекція. Для них було характерне частіше первинне безпліддя тривалістю від 2 до 10 років. У даному профілі експресія рецепторів була найбільш низька (менше 4+), причому в двох випадках рецептори були відсутні зовсім.

Окрім експресії стероїдних рецепторів було проаналізовано локальний імунітет ендометрія. Найбільш доступними для дослідження були кластери диференціації антигенів CD16, CD20, CD56, що відповідають за фагоцитоз, продукцію цитокінів, клітинну цитотоксичність; антигени тканинної сумісності (human leucocyte antigens – HLA) найбільш важливого II класу (сублокус DR) і маркер швидкої проліферації Ki-67.

У разі підвищення даних показників можна судити про активність запального процесу в ендометрії. Значні відхилення від референсних показників було виявлено в середньоекспресивному профілі, був зафіксований високий рівень CD16 і CD 56 і HLA-DR.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що найбільш діагностично значущими у формуванні первинної плацентарної недостатності є показники резервного запасу яєчників АМГ, інгібіну В і підвищені значення маркера плацентарної

дисфункції TGF- β 1. Провідним патогенетичним механізмом розвитку плацентарної дисфункції після застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) було виявлення трьох профілів активності ендометрія: високоекспресивного, середньоекспресивного і низькоекспресивного.

Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму прогностичних і діагностичних заходів після застосування ДРТ.

Тактика прогнозування плацентарної дисфункції після вспомогательных репродуктивных технологий

И. М. Кошова

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что наиболее диагностически значимыми в формировании первичной плацентарной недостаточности являются показатели резервного запаса яичников АМГ, ингибина В и повышенные значения маркера плацентарной дисфункции TGF- β 1. Ведущим патогенетическим механизмом развития плацентарной дисфункции после применения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) стало выявление трех профилей активности эндометрия: высокоэкспрессивного, среднеэкспрессивного и низкоэкспрессивного.

Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма прогностических и диагностических мероприятий после применения ВРТ.

Ключевые слова: *вспомогательные репродуктивные технологии, плацентарная дисфункция.*

Tactics of forecasting of placental dysfunction after auxiliary reproductive technologies

I. M. Koshova

Results of the spent researches testify that most diagnostical in formation of primary placental insufficiency indicators of reserve stock ovariums AMG, ingibina-in and the raised values of a marker of placental dysfunction TGF- β 1 are significant. The leading pathogenetic mechanism of development of placental dysfunction after auxiliary reproductive technologies was revealing of 3 profiles of activity endometrium: highexpressive, middleexpressive and lowexpressive.

The received results are necessary for considering by algorithm working out prognostических and diagnostic actions after auxiliary reproductive technologies.

Keywords: *auxiliary reproductive technologies, placental dysfunction.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бесплодный брак : Руководство для врачей / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: Гэотар-медиа, 2016. – 611 с.
2. Бурдули Г.Н. Репродуктивные потери / Г.Н. Бурдули, О.Г. Фролова/ – М.: "Триада –Х", 2017. – 188 с.
3. Вовк І.Б. Корекція гормональних порушень при поєднаних формах неплідності / І.Б. Вовк, А.Г. Корнацька // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2013. – № 4. – С. 147–149.
4. Гойда Н.Г. Стан репродуктивного здоров'я населення України на межі тисячоліть / Н.Г. Гойда // Журн. практ. лікаря. – 2019. – № 5. – С. 2–6.
5. Грищенко В. И. Лечение и реабилитация больных с трубно-перитонеальным бесплодием / В.И. Грищенко, Н.И. Козуб, А.И. Довгаль // Междунар. мед. журнал. – 2018. – № 2. – С. 34–37.
6. Данкович Н. А. Проблема бесплодия и пути ее решения / Н.А. Данкович // Семейна медицина. – 2018. – № 1. – С. 10–13.

Дисплазія грудних залоз і міоми матки у жінок перименопаузального віку: сучасні питання патогенезу

О.Ю. Крук

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

Мета дослідження: вивчення аспектів патогенезу дисплазії грудних залоз (ДГЗ) у поєднанні з міомою матки (ММ) у жінок перименопаузального віку.

Матеріали та методи. Була сформована група із 50 хворих на ДГЗ (25 жінок з дифузною та 25 жінок із локалізованими формами) та ММ. Була розроблена програма досліджень, що передбачає проведення клініко-статистичного аналізу; комплексу гормональних досліджень; рентгенологічного дослідження ГЗ; сонографічних досліджень статевих органів і ГЗ; цитологічного і гістологічних методів із застосуванням біопсії пункції та математичної обробки.

Результати. Основними моментами патогенезу ДГЗ та ММ є клініко-анамнестичні дані, а також зміна співвідношення рівнів гіпоталамо-гіпофізарних гормонів, яєчникових гормонів у вигляді абсолютної або відносної гіперстрогогенії, більш виражені у пацієнок з локалізованими формами. Порушення нормального менструального циклу виявляються у 76% хворих, дисбіотичні процеси статевих органів – у 46% жінок з ДГЗ.

Заклучення. Отримані результати необхідно використовувати при розробці комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: дисплазія грудних залоз, міома матки, патогенез, перименопаузальний вік.

Вивчення механізмів розвитку, своєчасна діагностика і лікування дисплазії грудних залоз (ДГЗ) у поєднанні з міомою матки (ММ) важливі через дві основні обставини:

- 1) у частини пацієнок розвиток захворювання супроводжується вираженою клінічною симптоматикою, що знижує якість їхнього життя;
- 2) проліферативні форми ДГЗ є чинниками ризику для розвитку раку ГЗ, а ММ може трансформуватися у рак тіла матки [1–4].

Дана інформація формує психологічну напруженість пацієнок, приводить до проведення багаточисельних обстежень, повторних курсів комплексного консервативного лікування, оперативних втручань. Усі ці обставини слугують причиною дезадаптації хворих соціально активного віку [5–7]. Водночас дані про патогенез

ДГЗ у поєднанні із ММ є недостатніми і суперечливими, що диктує необхідність вивчення цього дуже важливого наукового завдання.

Мета дослідження: вивчення аспектів патогенезу ДГЗ у поєднанні з ММ в жінок перименопаузального віку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети сформована група із 50 хворих на ДГЗ (25 жінок з дифузною формою ДГЗ та 25 жінок із локалізованими формами ДГЗ) та ММ. Крім того, здійснений аналіз історій хвороби та амбулаторних карт даного контингенту хворих.

Була розроблена програма досліджень, що передбачає проведення:

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

Критерії включення у дослідження:

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

Критерії виключення з дослідження:

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

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

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

- більш пізній початок статевого життя у віковому інтервалі 21–25 років;
- прихильність внутрішньоматковим методам контрацепції та мале число пологів в анамнезі (1 пологи).

Найбільш характерними особливостями жінок перименопаузального віку з локалізованими формами ДГЗ і міомою матки ($p < 0,05$) були:

- більш ранній початок статевого життя у віковому інтервалі 18–20 років;
- фізіологічній і бар'єрній контрацепції;

- двоє та більше пологів в анамнезі;
- висока частота репродуктивних втрат (артифіційні переривання вагітності 1 або 2 рази);
- висока частота екстрагенітальної захворюваності (хвороби серцево-судинної системи і ожиріння).

Результати функціональних і лабораторних методів дослідження дозволили встановити наступне:

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

ВИСНОВКИ

Отримані результати свідчать, що основними моментами патогенезу дисплазії грудних залоз (ДГЗ) у поєднанні з міомою матки є клініко-анамнестичні дані, а також зміна співвідношення рівнів гіпоталамо-гіпофізарних гормонів, яєчникових гормонів у вигляді абсолютної або відносної гіперестрогенії, більш виражені у пацієток з локалізованими формами ДГЗ. Порушення нормального менструального циклу виявляються у 76% хворих, дисбіотичні процеси статевих органів – у 46% жінок з ДМЗ.

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

Дисплазия грудных желез и миомы матки у женщин перименопаузального возраста: современные вопросы патогенеза О.Ю. Крук

Цель исследования: изучить актуальные аспекты патогенеза дисплазии грудных желез (ДГЖ) в сочетании с миомой матки (ММ) у женщин перименопаузального возраста.

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

Результаты. Основными моментами патогенеза ДГЖ и ММ являются клиничко-анамнестические данные, а также изменение соотношения уровней гипоталамо-гипофизарных гормонов,

яичниковых гормонов в виде абсолютной или относительной гиперэстрогении, более выраженные у пациенток с локализованными формами. Нарушения нормального менструального цикла выявляются у 76% больных, дисбиотические процессы половых органов – у 46% женщин с ДГЖ.

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

Ключевые слова: дисплазия грудных желез, миома матки, патогенез, перименопаузальный возраст.

Dysplasia of mammary glands and hysteromyoma at women of perimenopause age: modern questions of pathogenesis **O. Yu. Kruk**

The objective: to study actual aspects of pathogenesis of dysplasia of mammary glands in combination with hysteromyoma at women of perimenopause age.

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

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

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

Keywords: dysplasia of mammary glands, hysteromyoma, pathogenesis, perimenopause age.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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

Багатоплідна вагітність після допоміжних репродуктивних технологій: гормональні аспекти фетоплацентарного комплексу

О.В. Мельник

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
м. Київ

Мета дослідження: вивчення гормональної функції фетоплацентарного комплексу при багатоплідній вагітності після допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів вагітності та оцінка гормональної функції фетоплацентарного комплексу у 50 жінок з багатоплідною вагітністю, яка настала після ДРТ.

Результати. Було встановлено, що концентрація прогестерону, плацентарного лактогену і альфа-фетопротеїну при багатоплідній вагітності після застосування ДРТ не подвоюється, як вважалося раніше, а збільшується на 30–50% від норми. Згідно з проведеним дослідженням, при підвищенні концентрації прогестерону на 80% від рівня, характерного для одноплідної вагітності, зростає ризик розвитку передчасних пологів. При несприятливому результаті вагітності концентрація прогестерону і плацентарного лактогену відповідає нормі при одноплідній вагітності або перевищує її на 10%. Проте вміст кортизолу та естрадіолу знижено незалежно від результату вагітності.

Заключення. Отримані результати необхідно враховувати при розробці тактики ведення багатоплідної вагітності після допоміжних репродуктивних технологій та удосконалення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: багатоплідна вагітність, допоміжні репродуктивні технології, гормональна функція фетоплацентарного комплексу.

У більшості європейських країн протягом останніх років частота багатоплідних пологів коливається в межах 11–14 на 1000 [1, 2]. І хоча в абсолютних числах це значення не дуже велике, діти від багатоплідних вагітностей становлять більшість серед тих, що потребують інтенсивної терапії в неонатальному періоді і що мають неврологічні відхилення різного ступеня вираженості надалі. Перинатальна смертність при багатоплідді більш ніж у 6 разів перевищує таку при одноплідній вагітності [3, 4, 5, 6]. Тяжкі неврологічні відхилення у віці одного року фіксують у 10–25% близнят [7, 8].

На думку більшості дослідників, основною причиною перинатальних втрат при багатоплідді є глибока недоошеність і низькі вагово-зростові показники

при народженні, причому недоношеність серед причин стоїть на першому місці [9, 10, 11, 12].

Не дивлячись на високий інтерес сучасних дослідників до багатоплідної вагітності, не можна вважати всі питання даної проблеми повністю вивченими, особливо в аспекті оцінки гормональної функції фетоплацентарного комплексу при багатоплідній вагітності після допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).

Мета дослідження: вивчення гормональної функції фетоплацентарного комплексу при багатоплідній вагітності після застосування ДРТ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження базується на аналізі результатів вагітності у 50 жінок з багатоплідною вагітністю, яка наступила після застосування різних методів ДРТ.

Серед основних аспектів клінічної характеристики пацієнток можна виділити наступні:

- середній вік жінок становив $31,2 \pm 0,6$ року;
- у 76,0% пацієнток діагностована супутня соматична патологія;
- гінекологічна захворюваність становила 92,0%, що призводило до первинного безпліддя у 46,0% випадків;
- обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез був виявлений у 92,0% випадків;
- висока частота оперативних втручань на органах репродуктивної системи (80,0%) стала причиною вторинного безпліддя в 52,0% випадках;
- тривалість лікування первинного безпліддя становила $5,9 \pm 0,7$ року, вторинного – $8,1 \pm 0,7$ року і призводила до того, що жінки пізно зверталися до застосування ДРТ.

З першої спроби програм ДРТ вагітність настала у 90,0% жінок, з 2–4 спроби – у 8,0%, з шостої спроби – у 2,0% жінок.

Найбільш точним і об'єктивним методом оцінки функції плаценти і стану плода є визначення концентрацій фетоплацентарних гормонів у крові вагітної. Зміни цих показників відображають адаптаційний процес при вагітності, що розвивається, а також захисно-адаптаційні реакції, що виникають при дії ушкоджувальних чинників матері на функцію ФПК.

До специфічних гормонів ФПК відносяться плацентарний лактоген (ПЛ), естріол (Е), прогестерон (ПГ) і кортизол (К). Важливим продуктом комплексу є альфа-фетопротеїн (АФП) – специфічний білок плода. Відомо, що під впливом несприятливих материнських і зовнішніх чинників змінюється продукція основних гормонів ФПК, що відображає рівень адаптаційних процесів у системі мати–плацента–плід.

Дослідження гормональної функції ФПК дозволяє виявити функціональні порушення на різних термінах вагітності [5, 7, 9].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вивчення репродуктивного анамнезу у вагітних основної групи виявило залежність між захворюваністю і частотою невиношування. Частота загрози переривання при індукованому багатоплідді становила 74,0% випадків. У терміни вагітності 7,8 \pm 0,6 тиж загроза переривання спостерігалася в 74,0% випадках.

Усім пацієнткам основної групи перед застосуванням ДРТ проведено повне клінічне обстеження, санацію хронічних осередків інфекції, виявлення і лікування хронічної екстрагенітальної патології. У I триместрі вагітним призначали гормональне

лікування (утрожестан, дюфастон), антиоксиданти, седативні засоби. Лікування загрози переривання індукованої вагітності проводили комплексно і в стаціонарі. При виявленні причин невиношування проводили етіотропну і патогенетичну терапію. З метою дії на ендокринні причини невиношування всі вагітні після застосування ДРТ отримували гормональне лікування: утрожестан 300–600 мг/добу з поступовим зниженням дози до 20 тиж і до 29–30 тиж гестації.

Як у II, так і в III триместрах частота загрози переривання вагітності в основній групі залишалася на високому рівні і становила 72,0% і 76,0% відповідно. Причиною загрози переривання вагітності у 50,0% випадків була істміко-цервікальна недостатність, в 46,0% жінки потребували хірургічної корекції.

У III триместрі вагітні із загрозою переривання перебували у відділенні патології і отримували адекватну зберігаючу терапію, що дозволило пролонгувати вагітність на $16,2 \pm 2,1$ доби. Аналіз кореляційних зв'язків продемонстрував прямий зв'язок середньої сили між терміном виникнення загрози переривання в III триместрі і частотою передчасних пологів ($r=0,56$; $p<0,001$).

Ускладнений перебіг вагітності (загроза переривання вагітності, прееклампсія, анемія) призводив до розвитку ПД, яка зустрічалася частіше при монохоріальних двійнях і трійнях, ніж при дихоріальних двійнях ($p>0,05$). ПД була діагностована при УЗД з доплерометрією під час вагітності і підтверджена гістологічним дослідженням плаценти. Результати даного дослідження засвідчили, що при індукованому багатоплідді ПД зустрічалася у 70,0% випадків, з них при дихоріальному типі плацентації – у 62,5%, при монохоріальному – у 88,8%, при трихоріальній триамніотичній трійні – у 80,0% випадків.

За нашими даними, гемодинамічні порушення (ГДП) 1А ступеня зміни матково-плацентарного кровотоку в основній групі виявлені в 33–34 тиж з 15 у 8 (15,3%) пацієнток, при дихоріальній діамніотичній двійні – 5 спостережень; монохоріальній діамніотичній двійні – 2 випадки і трихоріальній триамніотичній трійні – 1 спостереження.

При монохоріальній діамніотичній двійні зафіксовано фето-фетальний синдром, відзначено критичне порушення кровотоку (ГДП 3-го ступеня) у 2,0% випадків, при цьому виявлений патологічний тип КТГ другого плода і підозрілий тип КТГ першого плода.

Для оцінювання серцевої діяльності плода проводили кардіотокографію (КТГ) в 32 і 36 тиж вагітності. Разом з показниками серцевої діяльності плода даний метод дозволяє реєструвати рухову активність плода і скоротливу активність матки.

При КТГ виявляли патологічний тип КТГ в 2,0% випадків, підозрілий – в 4,0%, нестабільний – у 2,0% випадків. В останніх випадках 92,0% був діагностований нормальний тип КТГ.

У жінок при багатоплідді з обтяженим акушерсько-гінекологічним і соматичним анамнезом розвивається ПД, проявами якої є ЗРП і дисоційований розвиток плодів.

При індукованому багатоплідді ПД виявлена в 70,0% випадків і клінічно виявлялася ЗРП у 16,0%, дисоційованим розвитком плодів – у 16,0%, а у 18,0% випадків дисоційований розвиток плодів супроводжувався ЗРП. У 42,0% ПД мала компенсований характер, і діагноз був підтверджений лише морфологічним дослідженням плаценти.

Отримані дані є підставою для оцінювання гормональної функції фетоплацентарного комплексу при багатоплідній вагітності після ДРТ.

При дослідженні гормональної функції плаценти залежно від хоріальності виявлені наступні особливості. У групі з монохоріальним типом плацентації зареєстро-

вано значне підвищення вмісту ПГ та ПЛ щодо норми для одноплідної вагітності ($p < 0,01$), при цьому відзначено зниження вмісту К до 90% від норми. Як відомо, зниження К у крові найчастіше пов'язують з розвитком ПД, яка частіше зустрічається при монохоріальних двійнятах, ніж при дихоріальному типі плацентазії [5, 7].

У групі з дихоріальним типом плацентазії вміст ПЛ відповідав середньому вмісту при одноплідній вагітності. Рівень П, АФП і К перевищував норми при одноплідній вагітності на 10–30%. Даний факт, ймовірно, пов'язаний із сприятливішим перебігом вагітності при дихоріальній двійні і меншою кількістю ускладнень при даній вагітності порівняно з монохоріальним типом плацентазії.

Аналіз гормональної функції залежно від терміну розродження виявив, що в групі з передчасними пологами відзначено різке зниження кількості К ($p < 0,01$) і зростання ПГ ($p < 0,01$).

Як відомо, велика частина ПГ, що виробляється плацентою, прямує до матки, як до основного органу-мішені, знижуючи її збудливість [9, 10]. Можливо, з цим пов'язано його підвищений вміст при передчасних пологах.

Під час аналізу зв'язку перинатальних результатів і кількості вмісту гормонів фетоплацентарного комплексу виявлено, що у пацієнток, діти яких переведені на етапне виходжування, понижений вміст ПГ, ПЛ і К, порівняно з пацієнтками, діти яких виписані додому у задовільному стані.

Аналіз зв'язку маси дітей при народженні і гормональної функції плаценти продемонстрував значне зниження К у крові матерів, в яких народилися діти з масою тіла менш 2500 г ($p < 0,01$), на 40% підвищення концентрації ПГ. У пацієнток з масою тіла дітей більше 2500 г відзначене на 40% від норми підвищення вмісту ПГ у крові. При дисоційованому розвитку плодів на 25% підвищувалася концентрація ПГ і на 21% – АФП. У кількості останніх гормонів достовірної різниці не було виявлено.

За даними дослідження, вміст ПЛ на початку III триместра вагітності перевищує норми одноплідної вагітності на 80–100%. Надалі відзначено плавне підвищення показників, з відсутністю різкого стрибка у 28–30 тиж (як при одноплідній вагітності). У зв'язку з цим, починаючи з 30 тиж гестації показники при одноплідній і багатоплідній вагітності відрізняються на 20–30%. Наприкінці III триместра гестації при одноплідній вагітності спостерігалось деяке уповільнення зростання концентрації гормону, а при багатоплідній вагітності темпи збільшення концентрації ПЛ залишаються незмінними, що ймовірно пов'язане з великим об'ємом і площею плаценти, яка виробляє даний гормон.

Вміст АФП у III триместрі при одноплідній вагітності має тенденцію до зростання з максимальною концентрацією в 30–32 тиж гестації, з подальшим поступовим зниженням вмісту до вихідного рівня. При багатоплідній вагітності на початку III триместра концентрація АФП перевищує норми при одноплідній вагітності на 180–200%. Надалі відбувається лише зниження концентрації гормону, без піку наростання у 30–32 тиж гестації. При цьому в термін 30–32 тиж вагітності різниця у вмісті гормону при багатоплідній і одноплідній вагітності становить 20–30%, а до 38 тиж гестації знову досягає 150–180%. Таку динаміку вмісту АФП можна пов'язати з більш раннім старінням плаценти і порушенням її функції та дозріванням плодів при багатоплідній вагітності.

Вміст Е при одноплідній вагітності має чітку тенденцію до зростання протягом всього III триместра, збільшуючи свою концентрацію на 80–100%. При багатоплідній вагітності, за нашими даними, початковий вміст Е на початку III триместра гестації

тації знижений на 50% від норми і надалі має незначне зростання, збільшуючись до 38 тиж на 10–15% від початкового рівня. Оскільки до кінця III триместра 90% Е виробляється плодом, то такі зміни при багатоплідній вагітності, можливо, пов'язані з частішою гіпоксією плодів при багатоплідді і розвитком ПД.

Вміст К при багатоплідді так само знижено на 30–50% щодо одноплідної вагітності. Даний факт можна пов'язати з найбільшим стресом, випробовуваним організмом матері за наявності багатоплідної вагітності.

Було встановлено, що вміст у крові АФП, ПГ і ПЛ у пацієток з багатоплідною вагітністю становить 100–130% від вмісту при одноплідній вагітності, при цьому вміст К і Е знижений на 20–30%.

Отже, концентрація ПГ, ПЛ і АФП при багатоплідній вагітності після ДРТ не подвоюється, як вважалося раніше, а збільшується на 30–50% від норми [3, 7, 10]. Згідно з проведеними дослідженнями, при підвищенні концентрації ПГ на 80% від рівня, характерного для одноплідної вагітності, зростає ризик розвитку передчасних пологів. При несприятливому результаті вагітності концентрація ПГ і ПЛ відповідає нормі при одноплідній вагітності або перевищує її на 10%. Проте вміст К і Е знижений незалежно від результату вагітності. Отримані результати необхідно враховувати при розробці тактики ведення багатоплідної вагітності після застосування ДРТ.

Ускладнений перебіг вагітності впливає не лише на характер перебігу пологів, але і на терміни розродження. Чинниками ризику передчасних пологів є соціально-гігієнічні чинники (вік, невлаштованість родинного життя), медичні – обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез.

Частота передчасних пологів при індукованому багатоплідді становила 86,0% випадків, і вони сталися в гестаційні терміни: при трихоріальній триамніотичній трійні – в $32,9 \pm 1,1$ тиж, при моно- і дихоріальній діамніотичній двійні – в $35,1 \pm 1,1$ тиж. При дихоріальному типі плацентазії передчасні пологи відзначені у 26 (81,3%) з 32 спостережень, при монохоріальному – у 8 (88,9%) з 9 жінок, при трихоріальній триамніотичній трійні – у 10 (100%) жінок.

Термінові пологи спостерігалися лише при дихоріальній діамніотичній двійні у 14,0% випадків.

Плановий кесарів розтин проводили за показаннями з урахуванням віку ($31,2 \pm 0,6$ року), обтяженого акушерського і гінекологічного анамнезу, тривалого безпліддя, ускладненого перебігу даної вагітності ДРТ і відмови жінки від вагінальних пологів. Розродження шляхом кесарева розтину виконано в 98,0% при передчасних пологах і в 100% – при термінових пологах, причому в плановому порядку – в 52,0% і в 48,0% випадках – в екстреному порядку. Основними показаннями до екстреного розродження при передчасних пологах є допологове вилиття навколоплідних вод, прееклампсія, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.

Основними показаннями до кесарева розтину є ДРТ і багатопліддя. Провідне місце посідає неправильне передлежання першого плода (тазове) у 40,0% випадках, на другому місці – поєднана прееклампсія у 34,0%, первинне або вторинне безпліддя – у 16,0%, дисоційований розвиток плодів, ЗРП – в 10,0% випадків. Середня крововтрата при оперативному розродженні становила $730,4 \pm 46,7$ мл.

ВИСНОВКИ

Отже, вагітні з індукованим багатопліддям входять до групи високого ризику щодо розвитку акушерських ускладнень: загрози переривання, прееклампсії, залізодофіцитної анемії і плацентарної дисфункції. Для адекватної оцінки функціональ-

ного стану фетоплацентарного комплексу необхідно динамічне вивчення основних показників гормональної функції: естріол, прогестерон, плацентарний лактоген, кортизол та альфа-фетопротеїн.

Отримані результати дозволяють удосконалити алгоритм діагностичних та лікувально-профілактичних заходів для покращення перинатальних наслідків розродження жінок групи високого ризику.

Многплодная беременность после вспомогательных репродуктивных технологий: гормональные аспекты фетоплацентарного комплекса **О.В. Мельник**

Цель исследования: изучить гормональную функцию фетоплацентарного комплекса при многоплодной беременности после применения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

Материалы и методы. Проведены анализ результатов беременности и оценка гормональной функции фетоплацентарного комплекса у 50 женщин с многоплодной беременностью, которая наступила после применения ВРТ.

Результаты. Было установлено, что концентрация прогестерона, плацентарного лактогена и альфа-фетопротеина при многоплодной беременности после применения ВРТ не удваивается, как считалось ранее, а увеличивается на 30–50% от нормы. Согласно проведенным исследованиям, при повышении концентрации прогестерона на 80% от уровня, характерного для одноплодной беременности, возрастает риск развития преждевременных родов. При неблагоприятном исходе беременности концентрация прогестерона и плацентарного лактогена соответствует норме при одноплодной беременности или превышает ее на 10%. Однако содержание кортизола и эстрадиола снижено независимо от исхода беременности.

Заключение. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке тактики ведения многоплодной беременности после вспомогательных репродуктивных технологий и совершенствования алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: многоплодная беременность, вспомогательные репродуктивные технологии, гормональная функция фетоплацентарного комплекса.

Multipara pregnancy after auxiliary genesial technologies: hormonal aspects of fetoplacental complex **O. V. Melnik**

The objective: to study hormonal function fetoplacental complex at multipara pregnancy after auxiliary genesial technologies.

Materials and methods. The analysis of results of pregnancy and an assessment of hormonal function of fetoplacental complex at 50 women with multipara pregnancy which came after auxiliary genesial technologies is carried out.

Results. By us it is established that concentration of progesteronum, placental lactogen and an alpha-fetoprotein at multipara pregnancy after auxiliary genesial technologies doesn't double as was considered earlier, and is enlarged by 30–50% of norm. It agrees to the researches conducted by us, when rising concentration of progesteronum to 80% of level, characteristic for one-fetal pregnancy, the risk of development of premature births increases. At pregnancy failure concentration of progesteronum and a placental lactogen meets standard at one-fetal pregnancy or exceeds it for 10%. However the maintenance of hydrocortisone and oestradiolum is lowered irrespective of a pregnancy outcome.

Conclusions. The received results need to be considered when developing tactics of conducting multipara pregnancy after auxiliary genesial technologies and improvement of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Keywords: multipara pregnancy, auxiliary genesial technologies, is hormonal function of fetoplacental complex.

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Bryan E.M. 2019. Support for families with multiple births. Course manual, Diploma in Fetal Medicine:2:39-48.
2. Keith L. 2018. Multiple pregnancy: epidemiology, gestation and perinatal outcome. Parthenon:1:721-730.
3. MacGillivray I. 2019. Epidemiology of twin pregnancy. Semin. Perinatol.:10: 4-8.
4. Fux M.A. 2018. Multipara pregnancy. Kiev: Health: 243.
5. Hack K.E. 2019. The natural course of monochorionic and dichorionic twin pregnancies: a historical cohort. Twin Res. Hum. Genet.:9:450 -455.
6. Gul A. 2019. Perinatal outcomes of twin pregnancies discordant for major fetal anomalies. Fetal Diagn. Ther.:20:244-248.
7. Asztalos E. 2020. Evaluating 2 year outcome in twins < or = 30 weeks gestation at birth: a regional perinatal unit's experience. Twin Res.:4: 431-438.
8. Adegbite A.L. 2019. Prevalence of cranial scan abnormalities in preterm twins in relation to chorionicity and discordant birth weight. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.:1: 47-55.
9. Fitzsimmons B.P. 2018. Perinatal and neonatal outcomes in multiple gestations: assisted reproduction versus spontaneous conception. Am. J. Obstet. Gynecol.:9: 1162 - 1167.
10. Hack K.E. 2020. The natural course of monochorionic and dichorionic twin pregnancies: a historical cohort. Twin Res. Hum. Genet.:9: 450 - 455.
11. Ferreira I. 2019. Chorionicity and adverse perinatal outcome. Acta Med. Port:3: 183-188.
12. Cordero L. 2019. Mean arterial pressure in very low birth weight (801 to 1500 g) concordant and discordant twins during the first day of life. J. Perinatal.:7: 545 - 551.

Клінічні аспекти гіперпластичних процесів ендометрія у жінок перименопаузального віку

Ю.М. Садигов

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
м. Київ

Мета дослідження: вивчення клініко-анамнестичних особливостей гіперпластичних процесів ендометрія у жінок перименопаузального віку.

Матеріали та методи. Було обстежено 100 жінок з гіперпластичними процесами ендометрія в період перименопаузи (основна група). Критерієм відбору пацієнток і розподілу їх за підгрупами слугувала морфологічна форма гіперпластичного процесу ендометрія. Серед обстежених у 54% пацієнток була діагностована залозиста гіперплазія ендометрія, у 24% – поліпи ендометрія, у 22% – аденоматозна гіперплазія ендометрія. До контрольної групи увійшли 30 пацієнток аналогічного віку без гіперпластичних процесів ендометрія.

Результати. Порівняльний аналіз основних клініко-анамнестичних характеристик жінок із гіперпластичними процесами ендометрія у перименопаузальному віці виявив наступні чинники ризику: екстрагенітальні захворювання, в тому числі хвороби ендокринної системи, хвороби системи кровообігу, захворювання органів травлення; супутні гінекологічні захворювання, а саме: запальні процеси малого таза, дисплазія грудних залоз, гіперпластичні захворювання ендометрія і шийки матки, міома матки, а також перенесені гінекологічні операції – тубектомія, аднексектомія. Також були виділені чинники ризику розвитку аденоматозної гіперплазії ендометрія, до яких належить пізніше менархе і ранній початок статевого життя.

Заключення. Отримані результати необхідно враховувати при розробці тактики ведення жінок перименопаузального віку з гіперпластичними процесами ендометрія.

Ключові слова: гіперпластичні процеси ендометрія, перименопаузальний вік, клінічні аспекти.

Протягом останніх двох десятиліть формулювалася виразна тенденція до зростання поширення гормонозалежних захворювань, і насамперед це відноситься до гіперпластичних процесів ендометрія (ГПЕ). Виникненню і розвитку ГПЕ, а також передраку і раку ендометрія сприяють збільшення середньої тривалості і зміна образу життя жінок, використання деяких видів контрацепції, про-абортна культура, збільшення частоти соматичних захворювань [1–3]. Можливості консервативного лікування обмежують незавершені відомості про патогенез ГПЕ, ефективність будь-яких видів дії, відсутність доказової бази і, нарешті, збільшений перелік протипоказань до гормонотерапії [4, 5].

ГПЕ становлять 15–40% у структурі всіх гінекологічних захворювань, а при поєднанні з міомою матки (найпоширенішою пухлиною жіночих статевих органів) цей показник збільшується до 76% [6, 7].

Одним із маловивчених питань проблеми ГПЕ є вікові особливості клінічного перебігу і тактика лікувально-профілактичних заходів, особливо у жінок перименопаузального віку.

Мета дослідження: вивчення клініко-анамнестичних особливостей гіперпластичних процесів ендометрія у жінок перименопаузального віку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети даного дослідження було обстежено 100 жінок із ГПЕ у період перименопаузи (основна група). Критерієм відбору пацієнток і розподілу їх за підгрупами слугувала морфологічна форма ГПЕ. Серед обстежених у 54% пацієнток була діагностована залозиста гіперплазія ендометрія (ЗГЕ), у 24% – поліпи ендометрія (ПЕ), у 22% – аденоматозна гіперплазія ендометрія (АГЕ).

До контрольної групи увійшли 30 пацієнток аналогічного віку без ГПЕ.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Обстежені пацієнтки основної групи були зіставні за віком залежно від наявності і форми ГПЕ. Згідно з отриманими даними, вік обстежених жінок становив від 46 до 55 повних років, у середньому – $49,9 \pm 4,5$ року (95% ДІ: 49,3–50,7 року). Згідно з результатами проведеного дослідження, вік пацієнток із ЗГЕ коливався від 46 до 55 років і становив у середньому $49,2 \pm 3,5$ року, що обумовлено переважанням жінок молодшої вікової групи від 46 до 50 років (63,4%).

ПЕ загалом виявляли після 50 років – частка пацієнток даної вікової категорії становила 62%, середній вік жінок у цій групі – $50,6 \pm 3,3$ року. У підгрупі пацієнток з АГЕ також відзначено збільшення чисельності зі збільшенням віку, у зв'язку з чим в ній також переважали жінки у віці від 51 до 55 років (63,2%).

У контрольній групі вік обстежених жінок перименопаузального віку у середньому становив $50,7 \pm 4,3$ року (95% ДІ: 49,1–52,3 року). При порівнянні віку жінок з різними формами ГПЕ і контрольної групи статистично значущі відмінності були відсутні ($p > 0,05$ у всіх випадках).

Порівнювали індекс маси тіла (ІМТ) в обстежених жінок залежно від наявності і форми ГПЕ. Виходячи з отриманих даних, середнє значення ІМТ в основній групі обстежених пацієнток становив $28,2 \pm 2,3$ кг/м² (95% ДІ: 27,1–28,7 кг/м²), у контрольній групі – $27,5 \pm 2,7$ кг/м² (95% ДІ: 26,5–28,5 кг/м²). Відмінності були статистично незначущими ($p = 0,371$). Також не було виявлено істотних відмінностей між значеннями ІМТ при порівнянні пацієнток з різними формами ГПЕ і контрольною групою ($p > 0,05$).

При вивченні анамнестичних даних пацієнток особлива увага була приділена стану органів репродуктивної системи. Вік менархе у пацієнток варіював від 10 до 18 років і в середньому становив $13,5 \pm 1,3$ року. Також середній вік менархе у жінок перименопаузального періоду був зіставний залежно від наявності і форми ГПЕ. Отримані дані свідчать, що пізніше менархе статистично значущо частіше наголошувалося у пацієнток з АГЕ – у 47,4% випадків порівняно з контрольною групою (23,3%) і при інших формах ГПЕ ($p < 0,001$).

Середній вік менархе у даній підгрупі обстежених жінок становив $15,8 \pm 1,6$ року.

У результаті проведеного дисперсійного аналізу були встановлені статистично значущі відмінності віку початку статевого життя у пацієнток перименопаузаль-

ного періоду з ПЕ і жінок контрольної групи ($p < 0,001$), що вказувало на істотно пізніший вік вступу до статевого життя при даній формі ГПЕ. Інші підгрупи обстежених жінок не мали статистично значущих відмінностей з контрольною групою ($p > 0,05$). Згідно з отриманими даними, найчастіше ранній початок статевого життя відзначали у підгрупі пацієток з АГЕ (23,7%). За наявності ПЕ і ЗГЕ у жінок перименопаузального періоду частка даної категорії пацієток мала менше значення (19,0 і 10,8% відповідно), проте при порівнянні підгруп досліджуваних з різними формами ГПЕ їхня структура за віковими періодами початку статевого життя була зіставна ($p = 0,152$).

Водночас при порівнянні між собою розподілу основної і контрольної груп за даною ознакою відмінності були істотними ($p < 0,001$), що перш за все було пов'язане з високою долею випадків раннього початку статевого життя у жінок з ГПЕ (15,6%), відсутніх у контрольній групі.

Згідно з проведеним аналізом репродуктивної функції обстежених жінок, 86% пацієток з ГПЕ мали в анамнезі вагітності, причому у переважній більшості обстежених пацієток була одна-дві вагітності (62%), три і більше вагітності відзначено майже у чверть жінок (24%). Пологи в анамнезі наголошувалися у більшості пацієток (84,9%), найбільше їх число було у жінок з ПЕ: 1–2 пологів фіксували у 69,0% жінок, 3 і більше – у 21,4% пацієток.

Мимовільні аборти були відзначені у 39% пацієток. Частота мимовільних абортів у групі пацієток з АГЕ була найвищою (55,3%), у тому числі 3 і більше викиднів в анамнезі – у 31,6%.

Слід зазначити, що 74,0% пацієток із ГПЕ переривали вагітність артифіційним абортom за бажанням на терміні до 12 тиж вагітності. У контрольній групі аборти зафіксовані в анамнезі лише в 53,3% випадків, що було істотно нижче порівняно з основною групою ($p = 0,042$).

Були проаналізовані дані про наявність гінекологічних захворювань у групі жінок перименопаузального віку. Різні гінекологічні захворювання наголошувалися в анамнезі у більшості жінок основної групи. У переважній більшості обстежених (71%) було одне гінекологічне захворювання; поєднання двох захворювань було виявлено у 34,8% пацієток, три і більше – у 13,9% жінок. Частота всіх захворювань, що вивчаються, за винятком доброякісних утворень яєчника, була істотно вищою в основній групі ($p < 0,05$).

Найчастіше жінки когорти, що вивчається, страждали запальними захворюваннями статевих органів (сальпінгоофорит, ендометрит) – 74% в основній і 33,3% у контрольній групі. Також високою частотою відрізнялися доброякісні захворювання грудної залози – 76% пацієток з ГПЕ і 30,0% контрольної групи.

У кожній третій пацієтці в основній групі (33%) фіксували поєднання міоми матки і аденоміозу. Привертає увагу той факт, що пацієтки з АГЕ, на відміну від пацієток з іншими формами ГПЕ, істотно частіше страждали доброякісними захворюваннями грудних залоз – 92,1% (кісти, мастопатія, фіброаденоми). Безпліддя у пацієток цієї групи також відзначали у 2,9 разу частіше, ніж у пацієток з ЗГЕ, і в 13,2 разу частіше, ніж у хворих з ПЕ.

Результати досліджень свідчать про низький індекс здоров'я жінок з різними типами ГПЕ у перименопаузальному періоді.

Несприятливим фоном та істотним чинником ризику розвитку, прогресу і високої частоти рецидиву ГПЕ слугували супутні екстрагенітальні захворювання, зафіксовані у 90% пацієток, причому кожна друга пацієтка з ГПЕ мала два або

декілька захворювань одночасно. Слід зазначити, що 90,3% пацієнок із ЗГЕ, 85,7% пацієнок з ПЕ і 94,7% з АГЕ страждали хоч би одним з екстрагенітальних захворювань. З числа найбільш поширених поєднаних екстрагенітальних захворювань в основній групі найчастіше зустрічалися гіпертонічна хвороба і ожиріння – 28,9%.

При зіставленні частоти екстрагенітальних захворювань в основній і контрольній групах були встановлені достовірні відмінності для захворювань ССС, органів травлення, ендокринної системи, варикозної хвороби ($p < 0,001$ у всіх випадках), при цьому у пацієнок з ГПЕ наголошувалися істотно вищі показники.

Аналіз структури перенесених пацієнтками операцій свідчить про високий відсоток холецистектомій (39,5%) у жінок з АГЕ, що істотно відрізнявся від інших підгруп ($p = 0,006$). Крім того, серед пацієнок, що спостерігалися з приводу даного захворювання, статистично значущо частіше зустрічалися операції на щитоподібній залозі – у 23,7% жінок ($p = 0,001$). Частота холецистектомій також істотно залежала від наявності ГПЕ, в основній групі показник становив 21%, тоді як в контрольній випадки даної операції були відсутні. Навпаки, частота тонзилектомій була істотно вища в контрольній групі (43,3%) порівняно з основою (10%).

Проведено порівняльну оцінку частоти гінекологічних операцій серед обстежених жінок когорти, що вивчається, залежно від наявності і форми ГПЕ. Згідно з результатами проведеного дослідження, у кожній другій пацієнтки (50%) в анамнезі було хоча б одне оперативне втручання з приводу гінекологічного захворювання, 33% пацієнок було прооперовано двічі, причому найчастіше оперативне втручання виконане з приводу доброякісних утворень яєчників. Майже шоста частина хворих (14,8%) були оперовані тричі.

Пацієнткам з АГЕ порівняно з жінками з іншими формами ГПЕ, статистично значущо частіше була виконана резекція яєчника ($p = 0,003$) і видалення придатків ($p = 0,004$). По інших видах оперативних втручань статистично значущих відмінностей у порівнюваних підгрупах пацієнок з різними формами ГПЕ виявлено не було ($p > 0,05$).

При порівнянні основної і контрольної групи були встановлені статистично значущі відмінності частоти таких оперативних втручань, як аднексектомія ($p = 0,034$) і тубектомія ($p = 0,033$), частота яких становила у пацієнок з ГПЕ 13%, тоді як в групі контролю не було виявлено жодного випадку даних операцій. При цьому серед обстежених жінок контрольної групи статистично значущо частіше фіксували випадки кесарева розтину (33,3%) порівняно з пацієнтками з ГПЕ (14%) ($p = 0,008$).

ВИСНОВКИ

Порівняльний аналіз основних клініко-анамнестичних характеристик жінок з ГПЕ в перименопаузальному періоді, виявив наступні чинники ризику: екстрагенітальні захворювання, у тому числі хвороби ендокринної системи, хвороби системи кровообігу, захворювання органів травлення; супутні гінекологічні захворювання, у тому числі запальні процеси малого таза, дисплазія грудних залоз, гіперпластичні захворювання ендометрія і шийки матки, міома матки, а також перенесені гінекологічні операції — тубектомія, аднексектомія. Також були виділені чинники ризику розвитку АГЕ, до яких відносили пізніше менархе і ранній початок статевого життя. Отримані результати необхідно враховувати при розробці тактики ведення жінок перименопаузального віку з ГПЕ.

Клинические аспекты гиперпластических процессов эндометрия у женщин перименопаузального возраста

Ю.М. Садыгов

Цель исследования: изучение клинико-anamnestических особенностей гиперпластических процессов эндометрия у женщин перименопаузального возраста.

Материалы и методы. Было обследовано 100 женщин с гиперпластическими процессами эндометрия в период перименопаузы (основная группа). Критерием отбора пациенток и распределения их по подгруппам служила морфологическая форма гиперпластического процесса эндометрия. Среди обследованных у 54% пациенток была диагностирована железистая гиперплазия эндометрия, у 24% – полипы эндометрия, у 22% – аденоматозная гиперплазия эндометрия. В контрольную группу вошли 30 пациенток аналогичного возраста без гиперпластических процессов эндометрия.

Результаты. Сравнительный анализ основных клинико-anamnestических характеристик женщин с гиперпластическими процессами эндометрия в перименопаузальном периоде выявил следующие факторы риска: экстрагенитальные заболевания, в том числе болезни эндокринной системы, болезни системы кровообращения, заболевания органов пищеварения; сопутствующие гинекологические заболевания, в том числе воспалительные процессы малого таза, дисплазия грудных желез, гиперпластические заболевания эндометрия и шейки матки, миома матки, а также перенесенные гинекологические операции – тубэктомия, аднексэктомия. Также были выделены факторы риска развития аденоматозной гиперплазии эндометрия, к которым относились позднее менархе и раннее начало половой жизни.

Заключение. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке тактики ведения женщин перименопаузального возраста с гиперпластическими процессами эндометрия.

Ключевые слова: гиперпластические процессы эндометрия, перименопаузальный возраст, клинические аспекты.

Clinical aspects of hyperplastic processes an endometrium of women of perimenopause age

Yu.M. Sadygov

The objective: studying of clinical-anamnesic features of hyperplastic processes an endometrium at women of perimenopause age.

Materials and methods. 100 women with hyperplastic processes an endometrium during the period perimenopause (the main group) were surveyed. As selection criterion of patients and their distributions on subgroups the morphological form of hyperplastic process an endometriya served. Among the patients surveyed at 54% the glandular hyperplasia an endometrium, was diagnosed for 24% – polyps an endometrium, for 22% – an adenomatous hyperplasia an endometrium. The control group was made by 30 patients of similar age without hyperplastic processes an endometrium.

Results. the comparative analysis of the main clinical-anamnesic characteristics of women with hyperplastic processes an endometrium in the perimenopause period, I taped the following risk factors: the extragenital diseases, including illnesses of endocrine system, illness of system circulations, diseases organs digestion; the accompanying gynecologic diseases, including inflammatory processes of genitals, dysplasia of mammary glands, hyperplastic diseases an endometrium and uterus cervix, hysteromyoma, and also transferred gynecological operations – a tubectomy, an adnexectomy. Also were allocated risk factors of development of an adenomatous hyperplasia an endometrium which treated a late menarche and early beginning of sexual life.

Conclusions. The received results needs to be considered when developing tactics ведения women of perimenopause age with hyperplastic processes an endometrium.

Keywords: hyperplastic processes an endometrium, perimenopause age, clinical aspects.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бенюк В.О., 2013. Сучасні аспекти діагностики гіперпластичних процесів ендометрія у жінок репродуктивного віку / Бенюк В.О., Курочка В.В., Виняський Я.М., Гончаренко В.М. // Таврический медико-биологический вестник : 15 : 2 :20-28.
2. Вдовиченко Ю. П., 2012. Сучасний менеджмент діагностики та лікування гіперпластичних процесів ендометрія: огляд літератури / Ю.П. Вдовиченко, О.В. Голяновський, І.В. Лопушан // Здоровье женщины : 9. : 45–53.
3. Сидорова И.С., 2017. Гиперпластические процессы эндометрия: особенности клиники и терапии // Врач : 3 : 40-42.
4. Чернуха Г.Е., 2018. Гиперплазия эндометрия: перспективы развития проблемы // Акушерство и гинекология : 4 : 11-16.
5. Amezcua C A., 2017. Apoptosis may be an early event of progestin therapy for endometrial hyperplasia.// USA. Gynecol-Oncol. : 79(2) : 169-176.
6. Buckley C.H., 2018. Biopsy pathology of endometriu. NY.:Arnold. : 126
7. Eckert L.O., 2018. Endometritis. The clinical-pathologic syndrome //Am. J. Obstet Gynecol : 186 (4): 690-5.

Абдомінальні ускладнення після гінекологічних ендоскопічних операцій: діагностика та лікування

В.А. Терехов

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Мета дослідження: проаналізувати результати повторних лапароскопій у пацієнток гінекологічного профілю з підозрою на внутрішньочеревні післяопераційні ускладнення.

Матеріали та методи. У дослідженні брали участь 42 пацієнтки (середній вік – 46±11,3 року), в яких післяопераційні абдомінальні ускладнення після хірургічного лікування різних гінекологічних захворювань потребували повторних операцій. Залежно від способу повторного втручання пацієнтки розподілені на дві групи: основна (n=20) – жінки, в яких для корекції післяопераційних ускладнень використовували тільки лапароскопію; контрольна (n=22) – жінки, в яких для корекції післяопераційних ускладнень у ході діагностичної лапароскопії були визначені показання до релапаротомії. У 8 пацієнток контрольної групи одразу виконано релапаротомію. Усім пацієнткам проводили комплексне обстеження із застосуванням клінічних, інструментальних і лабораторних методів дослідження. Групи були однорідними за віком і структурою операцій, проведених на органах малого таза, та статистично зіставними.

Результати. У ході дослідження проаналізовані результати повторних лапароскопій 34 пацієнток гінекологічного профілю з підозрою на внутрішньочеревне післяопераційне ускладнення. У всіх пацієнток основної групи (47,6%) лапароскопія була єдиним і кінцевим методом лікування післяопераційних ускладнень, при цьому у 7 жінок використовувались повторні релапароскопії від 2 до 4 разів, а у 13 осіб лапароскопію проведено однократно. У групі контролю (52,3%) 10 пацієнткам у ході діагностичної лапароскопії були визначені показання до релапаротомії, у 4 пацієнток можливості операційної бригади і лапароскопічної техніки дозволили виконати деякі елементи операції і завершити її мінілапаротомним доступом, а у 8 пацієнток одразу виконано релапаротомію.

У структурі ранніх абдомінальних ускладнень превалюють перитоніт і внутрішньочеревні кровотечі. Застосування відеолапароскопічної методики дозволило у 28,6% хворих з розлитим перитонітом успішно лікувати розвинене ускладнення, усунути його джерело і провести санацію черевної порожнини. Лапароскопічної техніки дозволило успішно виконано у 7 пацієнток.

Порівняно зі стандартною, використання відеоендоскопічної методики до-

зволило покращити показники діагностичної цінності: збільшити в 1,07 разу рівень чутливості, в 1,39 разу специфічності і в 1,11 разу точності діагностики. **Заключення.** У ранній післяопераційний період з приводу підозрюваних ускладнень виконано 47 релапароскопій, що пояснюється проведенням програмованих санацій черевної порожнини і застосуванням динамічної лапароскопії для контролю перебігу внутрішньочеревного ускладнення. На підставі аналізу досліджуваного матеріалу були запропоновані загальні показання і протипоказання до проведення релапароскопій у ранній післяопераційний період з метою діагностики і лікування післяопераційних ускладнень. Обґрунтовуючи кожний з пунктів, ми керувались реальними можливостями методу в загальній клінічній практиці, які у низці випадків поступають за своєю ефективністю релапаротомії.

Ключові слова: лапароскопія, лапаротомія, ендоскопічна хірургія, абдомінальні ускладнення, параметри діагностичної цінності.

Останніми десятиліттями лапароскопічна хірургія стрімко поширюється в сучасній гінекології. Основною перевагою малоінвазивних операцій є низька травматичність, що дозволяє зменшити число ускладнень, покращити перебіг післяопераційного періоду, знизити термін перебування у стаціонарі та тимчасової втрати працездатності [1]. Розвиток лапароскопічної хірургії в гінекології дозволяє значно розширити спектр втручань і покращити їх результати.

Сьогодні не викликає сумнівів діагностична цінність лапароскопії, а спектр гінекологічних операцій, які виконують за її допомогою, все більше розширюється. Сучасна лапароскопічна техніка дозволяє проводити дослідження як під час планового обстеження, так і виконувати операції при невідкладних загрозливих станах (позаматкова вагітність, апоплексія яєчника, запальні захворювання органів малого таза – ОМТ, перекрут ніжки пухлини чи пухлиноподібного ураження яєчника, субсерозна міома), а також з метою диференційної діагностики гострої хірургічної та гінекологічної патології.

Оскільки патологія часто виникає у жінок репродуктивного віку, ця проблема має не тільки медичне, але й соціальне значення, що диктує необхідність пошуку таких методів профільного хірургічного лікування, які б дозволили максимально зберегти уражений орган, запобігти розвитку вираженого спайкового процесу в черевній порожнині і, таким чином, зберегти репродуктивну функцію жінки [2].

Лапароскопія – огляд органів черевної порожнини за допомогою ендоскопу, введеного через передню черевну стінку. Незважаючи на те, що сучасні способи візуальної діагностики (ультразвук, комп'ютерна томографія) здебільшого можуть замінити лапароскопію, останніми роками спостерігають тенденцію до ширшого та більш раннього застосування лапароскопічної діагностики під час обстеження пацієнток гінекологічного профілю. Цей метод дає змогу провести диференційну діагностику захворювань жіночих статевих органів, максимально точно оцінити характер і поширеність патологічного процесу. За допомогою лапароскопії можна виявити патологію, яку неможливо запідозрити, орієнтуючись на скарги хворої, а інколи і на результати інших методів дослідження [3].

Ендоскопічне дослідження ОМТ складається з декількох етапів: пункція черевної порожнини та створення пневмоперитонеуму; введення троакарів і лапароскопа; огляд органів черевної порожнини; виконання різноманітних маніпуляцій; видалення лапароскопа та виведення газу з черевної порожнини. Для забезпечення

максимально ефективної діагностики лікар повинен знати принципи, переваги і обмеження кожного дослідження, щоб обирати метод відповідно до індивідуальних особливостей хворої.

Ендоскопічні лікувально-діагностичні методи належать до малоінвазивних напрямків у хірургії і є прикладом того, як досягнення в науці та технічний прогрес привели до кардинальних змін при лікуванні багатьох хвороб [4].

До сьогодні ендоскопічна хірургія нерідко піддається критиці, а противники лапароскопічного доступу як один з основних аргументів наводять відомості про більшу кількість ускладнень під час та після лапароскопічних втручань порівняно з операціями, виконаними шляхом лапаротомії. Ситуація, що склалася в галузі гінекологічної лапароскопії, диктує необхідність вирішення низки актуальних питань, пов'язаних з ускладненнями лапароскопії в гінекології.

Як свідчить статистика, порівняно з класичною хірургічною операцією відсоток ускладнень при лапароскопії значно нижчий [5–7]. Однак можливі все-таки поранення внутрішніх органів і пошкодження кровоносних судин із подальшою кровотечею, виникнення запальних процесів і непрохідність кишечника у післяопераційний період. Ці ускладнення фіксують за наявності масивного спайкового процесу в черевній порожнині і малому тазі.

Післяопераційним ускладненням вважають новий патологічний стан, нехарактерний для нормального перебігу післяопераційного періоду, який не є наслідком прогресування основного захворювання, з приводу якого відбувалось оперативне втручання і яке потребувало додаткового лікування (оперативного і медикаментозного), що подовжило термін перебування пацієнта у стаціонарі [4]. Післяопераційне ведення хворих ґрунтується на моніторингу серцево-судинної, дихальної, сечовивідної систем, лабораторних даних. Частота післяопераційних ускладнень зменшується при повноцінному обстеженні, правильно встановленому діагнозі, обґрунтованому об'ємі оперативного втручання, оцінки загального стану хворої, адекватній передопераційній підготовці [8].

Незважаючи на постійне вдосконалення діагностичного приладдя, лікарське забезпечення і новітні прийоми оперативних втручань, не завжди вдається уникнути розвитку післяопераційних абдомінальних ускладнень, які потребують виконання повторних операцій. Частота повторних втручань коливається, за даними різних авторів, від 0,9% до 14,3% від загального числа операцій на органах черевної порожнини [2, 7, 8].

Особливо важливо передбачити можливі ускладнення, прогнозувати їх до здійснення оперативного втручання. Знання причин ускладнень лапароскопії в гінекології сприятиме розробці дієвих заходів профілактики, а в разі виникнення ускладнень – своєчасній і раціональній тактиці дій хірурга під час діагностики та корекції. У зв'язку з цим представляється актуальним дослідження, присвячене вивченню й аналізу ускладнень лапароскопії в гінекології для підвищення ефективності та безпеки лапароскопічних втручань.

Мета дослідження: проаналізувати результати повторних лапароскопій у пацієнток гінекологічного профілю з підозрою на внутрішньочеревні післяопераційні ускладнення.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У ході дослідження проаналізовано результати хірургічного лікування 42 пацієнток, в яких післяопераційні абдомінальні ускладнення різних гінекологічних захворювань вимагали повторних операцій. До ранніх внутрішньочеревних ускладнень

належать ті, які виникли в післяопераційному періоді і були пов'язані з втручанням, проведеним з приводу основного захворювання. За терміном вони співпадали за часом відразу після оперативного втручання і до виписки зі стаціонару. Вік пацієнток коливався від 20 до 75 років (середній вік – $46 \pm 11,3$ року).

Залежно від способу повторного втручання пацієнтки були розподілені на дві групи:

- основна (n=20) – жінки, в яких для корекції післяопераційних ускладнень використовували тільки лапароскопію;
- контрольна (n=22) – жінки, в яких для корекції післяопераційних ускладнень у ході діагностичної лапароскопії були визначені показання до релапаротомії.

У 8 пацієнток контрольної групи одразу виконано релапаротомію.

Усім пацієнткам проводили комплексне обстеження із застосуванням клінічних, інструментальних і лабораторних методів дослідження. У всіх хворих комплексно вивчали історію хвороби, антропометричні показники, особливості виконання оперативного втручання, перебіг післяопераційного періоду, а також проводили додаткові дослідження щодо функціонального стану органів і систем. Групи були однорідними за віком і структурою операцій, виконаних на органах малого таза, та статистично зіставними.

Математичне і статистичне оброблення отриманих даних проводили за допомогою пакета статистичних програм Microsoft Office Excel і «Statistica». Оцінювання статистичної значущості відмінностей проводили із застосуванням параметричного t-критерію Стьюдента для незалежних вибірок.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Усі післяопераційні абдомінальні ускладнення серед 42 пацієнток гінекологічного профілю потребували повторних операцій. Було проаналізовано результати повторних лапароскопій у 34 пацієнток обох обстежуваних груп, у 8 пацієнток контрольної групи одразу виконано релапаротомію.

У зв'язку із внутрішньочеревними ускладненнями, що виникли, повторні операції виконували у різні терміни від їхнього діагностування (від декількох годин до 14 діб) після першої операції. Несприятливий перебіг післяопераційного періоду вимагав виконання додаткових лікувальних і діагностичних заходів. Екстремними показаннями до повторної операції вважались наявність поширеного післяопераційного перитоніту і внутрішньочеревної кровотечі, терміновими – за наявності абсцесів черевної порожнини і симптомів ранньої спайкової кишкової непрохідності.

Передопераційну підготовку у формі інтенсивної консервативної терапії проводили протягом 3–24 год. Структуру ранніх внутрішньочеревних ускладнень, з приводу яких виникла необхідність в активній хірургічній тактиці, представлено в табл. 1.

У всіх пацієнток основної групи (47,6%) лапароскопія виявилась єдиним і кінцевим методом лікування післяопераційних ускладнень. При цьому у 7 (16,6%) жінок проводили повторні релапароскопії від 2 до 4 разів, у 13 (30,9%) осіб лапароскопію проведено однократно. У 10 (23,8%) пацієнток контрольної групи у ході діагностичної лапароскопії були визначені показання до релапаротомії. У 4 пацієнток можливості операційної бригади і лапароскопічної техніки дозволили виконати деякі елементи операції і завершити її мінілапаротомним доступом, зменшуючи інвазивність повторної операції. У 8 пацієнток контрольної групи з виявленою післяопераційною патологією, яка вимагала хірургічного втручання, одразу виконано релапаротомію. Отже, у групі контролю однократну релапаротомію проведено у 16 (38,1%) хворих, двократну – у 5 (11,9%), трикратну – у 1 (2,4%) жінки.

Структура ранніх післяопераційних абдомінальних ускладнень

Характер ускладнень	Група			
	Основна, n=20		Контрольна, n=22	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Післяопераційний перитоніт	12	60,0	11	50,0
Абсцеси черевної порожнини	1	5,0	2	9,0
Рання кишкова непрохідність	2	10,0	3	13,6
Внутрішньочеревні кровотечі	5	25,0	6	27,2
Усього	20	100	22	100

У структурі ранніх абдомінальних ускладнень після операції найчастіше фіксували післяопераційний перитоніт – 23 (18,8%) випадки. Клінічно об'єктивних ранніх ознак післяопераційного перитоніту, що розвивався, нам виявити не вдалося. Діагностувати розлитий, прогресуючий післяопераційний перитоніт найчастіше вдавалось за допомогою ультразвукового і рентгенологічного методів. Відеолапароскопічну методику для діагностики і лікування післяопераційного перитоніту використовували у 20 пацієнток.

Отже, застосування лапароскопії дозволило у 28,6% хворих з розлитим перитонітом успішно ліквідувати розвинене ускладнення, усунути його джерело і провести санацію черевної порожнини.

Післяопераційні кровотечі зафіксовані в 11 (26,2%) спостереженнях. Серед кровотеч у ранній післяопераційний період частіше спостерігались кровотечі з культі придатків, троакарних ран і позачеревні кровотечі (10 спостережень). В одному випадку джерело кровотечі не встановлено. Лапароскопічний гемостаз успішно виконано у 7 пацієнток: 2 випадки кровотечі у позачеревну порожнину, 2 – із троакарної рани, 1 – з культі воронкотазової зв'язки, 2 – з культі яєчника.

Слід зазначити, що відеоендоскопічні технології застосовувались нами у пацієнток із малою і середньою інтенсивністю кровотеч. Профузну інтенсивну кровотечу, яка потребувала екстреної релапаротомії, відзначено в одному спостереженні (група контролю). У 2 випадках кровотеча зупинилась самовільно до моменту виконання лапароскопії і, таким чином, ендовідеохірургічне втручання дозволило уникнути даремної лапаротомії.

Клініка кишкової непрохідності у ранній післяопераційний період нашаровувалась на парез кишечника на тлі інтенсивної терапії, що значно погіршувало її прояви. Суттєво покращити результати діагностики і визначити показання до повторного хірургічного втручання дозволяє ультразвукова діагностика. Кишкова непрохідність у всіх 5 (11,9%) випадках мала спайковий характер. Лапароскопічні втручання при кишковій непрохідності виконані у 2 пацієнток. В однієї хворої після гінекологічної операції в анамнезі виникли технічні труднощі, пов'язані з наявністю нерухомого конгломерату, що вимагало переходу до лапаротомії. У 2 випадках одразу пішли на релапаротомію.

Загалом у ранній післяопераційний період з приводу післяопераційних ускладнень було виконано 47 релапароскопій 20 хворим. Така кількість релапароскопій пояснюється проведенням програмованих санацій черевної порожнини і застосуванням динамічної лапароскопії для контролю перебігу внутрішньочеревного ускладнення.

Успішному здійсненню релапароскопії у ранній післяопераційний період сприяло проведене до операції повноцінне обстеження, насамперед ультразвукове, яке дозволило найбільш повно оцінити можливість проведення малоінвазивного втручання і обрати точки доступу до черевної порожнини. Також необхідними умовами вважали проведення адекватного загального знеболення, яке передбачало інтубаційний наркоз, цілодобовий доступ до використання лапароскопічної стойки та інструментарію, склад хірургічної бригади, до якої увійшли гінеколог-хірург із достатнім досвідом в абдомінальній хірургії та лікар, який брав участь у першій операції.

На підставі аналізу досліджуваного матеріалу було запропоновано загальні показання і протипоказання до проведення релапароскопії у ранній післяопераційний період з метою діагностики і лікування післяопераційних ускладнень (табл. 2). Обґрунтовуючи кожний з пунктів, ми керувались реальними можливостями методу в загальній клінічній практиці, які у низці випадків поступають за своєю ефективністю релапаротомії.

Для визначення діагностичної значущості й ефективності лапароскопії в діагностиці абдомінальних ускладнень після порожнинних гінекологічних втручань були визначені чутливість (Se), специфічність (Sp) і точність (Ac) лапароскопії у 34 пацієнтках. Дані діагностичні показники розраховували за відповідними формулами (табл. 3) після визначення кількості істинопозитивних (TP), істинонегативних (TN), хибнопозитивних (FP) і хибнонегативних (FN) результатів виконання лапароскопії за загальноприйнятною методикою. Так, в основній групі істинопозитивними (TP) було визнано 22 результати. При лапароскопічній діагностиці виявлено внутрішньочеревне ускладнення з наступним переводом діагностичної лапароскопічної

Таблиця 2

Показання і протипоказання до проведення релапароскопії у ранній післяопераційний період за наявності післяопераційних ускладнень

Показання	Протипоказання
Наявність вільної рідини в черевній порожнині у поєднанні зі стійким больовим синдромом і клінічними ознаками розвитку післяопераційного інтраабдомінального ускладнення	Абсолютні
	Тяжкий і нестабільний стан хворої, зумовлений глибокими порушеннями функцій життєво важливих органів і систем
Наявність обмеженого внутрішньочеревного рідинного утворення з відповідною клінічною картиною при неможливій його санації під контролем УЗД	Наявність супутньої патології, яка є протипоказанням для інтубаційного наркозу і не дозволяє проведення пневмоперитонеуму
Наявність ознак ранньої внутрішньочеревної кровотечі середньої і малої інтенсивності	Інтенсивна внутрішньочеревна кровотеча, коли для швидкого виявлення її джерела і зупинки необхідна екстрена релапаротомія
	Відносні
Особливості первинного хірургічного втручання і необхідність здійснення візуального контролю при високому ризику розвитку ускладнень	Масивний спайковий процес у черевній порожнині
	Декомпенсована кишкова непрохідність

операції у лікувальну. Істинонегативними (TN) визнані десять результатів. У даних випадках при виконанні діагностичної лапароскопії не виявлено жодної патології в черевній порожнині. Цей факт підтверджено в ході подальшого динамічного спостереження за хворими. Хибнопозитивними (FP) визнані два результати діагностичних лапароскопій, у ході виконання яких у хворих діагностовано масивну внутрішньочеревну кровотечу. Дані стани виявились показанням до виконання розширеної діагностичної операції лапаротомним доступом з метою точного визначення характеру й обсягу пошкоджень з наступним їх усуненням. Під час проведення лапароскопічної діагностики хибнонегативних (FN) результатів не отримано.

При застосуванні стандартної лікувальної тактики обстеження (без використання ендовідеохірургічної методики) серед пацієнток контрольної групи істинопозитивними (TP) було визнано 14 результатів. У хворих з наявністю клінічних ознак післяопераційного ускладнення прийнято рішення щодо виконання операції шляхом лапаротомного оперативного доступу. Істинонегативними (TN) визнані три результати. У хворих діагностовано внутрішньочеревне ускладнення, хірургічне втручання виконано лапаротомним доступом, але в ході операції обсяг пошкоджень органів черевної порожнини перевищив попередньо діагностований. Хибнопозитивними (FP) визнані два результати. На підставі даних обстеження у пацієнток припущено внутрішньочеревне ускладнення і виконана лапаротомія, але при ревізії черевної порожнини діагноз не підтвердився. Хибнонегативним (FN) був визнаний один результат. При застосуванні стандартної схеми діагностики у хворої не виявлено будь-яких ускладнень з боку органів черевної порожнини. Однак в результаті динамічного спостереження зафіксовано розвиток клінічної картини кишкової непрохідності, що стало показанням до виконання хірургічного втручання шляхом лапаротомії.

Отже, враховуючи отримані результати, були розраховані параметри діагностичної цінності (чутливість, специфічність, точність) лапароскопії порівняно зі стандартною лікувальною тактикою в діагностиці внутрішньочеревних ускладнень після гінекологічних втручань (див. табл. 3).

Розрахункові дані табл. 3 свідчать, що використання лапароскопії як ендовідеохірургічної методики діагностики дозволило збільшити в 1,07 разу рівень чутли-

Таблиця 3

Діагностична цінність лапароскопії у діагностиці внутрішньочеревних ускладнень після гінекологічних втручань

Методика	Показник діагностичної цінності*, %		
	Чутливість $Se = TP / (TP + FN) \times 100\%$	Специфічність $Sp = TN / (TN + FP) \times 100\%$	Точність $Ac = (TP + TN) / N \times 100\%$
Лапароскопічна	$22 / (22 + 0) \times 100\% = 100$	$10 / (10 + 2) \times 100\% = 83,3$	$(22 + 10) / 34 \times 100\% = 94,1$
Стандартна	$14 / (14 + 1) \times 100\% = 93,3$	$3 / (3 + 2) \times 100\% = 60$	$(14 + 3) / 20 \times 100\% = 85$

Примітки: число результатів: TP – істинопозитивних при лапароскопії – 22, при лапаротомії – 14; FN – хибнонегативних при лапароскопії – 0, при лапаротомії – 1; TN – істинонегативних при лапароскопії – 10, при лапаротомії – 3; FP – хибнопозитивних при лапароскопії – 2, при лапаротомії – 2; N – загальна кількість спостережень – 34.

вості, в 1,39 разу – специфічності і в 1,11 разу – точності діагностики порівняно зі стандартною методикою.

Отже, доцільність застосування лапароскопії при післяопераційних гінекологічних внутрішньочеревних ускладненнях визначається високим рівнем діагностичної цінності даної методики, а також високою вірогідністю переведення діагностичного втручання в ефективну лікувальну операцію.

ВИСНОВКИ

1. У структурі абдомінальних післяопераційних ускладнень превалюють перитоніт, внутрішньочеревні кровотечі, кишкова непрохідність, зумовлена черевними спайками. При виникненні раннього післяопераційного абдомінального ускладнення завершальним етапом діагностики необхідно проводити релапароскопію з оцінюванням можливості проведення малоінвазивного втручання.

2. Лапароскопічні операції при підозрі на розвиток раннього внутрішньочеревно-го ускладнення у післяопераційний період є альтернативою діагностичної релапаротомії, а впровадження запропонованої тактики з урахуванням загальних показань і протипоказань до застосування відеоендоскопічної методики дозволить покращити результати комплексного лікування жінок з патологією органів малого таза.

3. Використання лапароскопії як ендовідеохірургічної методики в діагностиці внутрішньочеревних ускладнень після гінекологічних операцій дозволяє збільшити параметри діагностичної цінності (чутливість, специфічність, точність) порівняно зі стандартною методикою.

Абдоминальные осложнения после эндоскопических гинекологических операций: диагностика и лечение В.А. Терехов

Цель исследования: проанализировать результаты повторных лапароскопий у пациенток гинекологического профиля с подозрением на внутрибрюшинные послеоперационные осложнения.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 42 пациентки (средний возраст – $46 \pm 11,3$ года), у которых послеоперационные абдоминальные осложнения после хирургического лечения различных гинекологических заболеваний требовали повторных операций. В зависимости от способа повторного вмешательства пациенток разделили на две группы: основная ($n=20$) – женщины, которым для коррекции послеоперационных осложнений применяли только лапароскопию; контрольная ($n=22$) – женщины, которым для коррекции послеоперационных осложнений в ходе диагностической лапароскопии были выявлены показания к релапаротомии. У 8 пациенток контрольной группы сразу выполнена релапаротомия. Всем пациенткам проводили комплексное обследование с применением клинических, инструментальных и лабораторных методов исследования. Группы были однородными по возрасту и структуре операций, выполненных на органах малого таза, и статистически сравнимыми.

Результаты. В ходе исследования проанализированы результаты повторных лапароскопий 34 пациенток гинекологического профиля с подозрением на внутрибрюшинное послеоперационное осложнение. У всех пациенток основной группы (47,6%) лапароскопия выявилась единственным и конечным методом лечения послеоперационных осложнений, при этом у 7 женщин применялись повторные релапароскопии от 2 до 4 раз, а у 13 лапароскопия проведена однократно. В группе контроля (53,3%) 10 пациенткам в ходе диагностической лапароскопии были выявлены показания к релапаротомии, у 4 пациенток возможности операционной бригады и лапароскопической техники позволили выполнить некоторые элементы операции и завершить ее минилапаротомным доступом, а у 8 пациенток сразу выполнена релапаротомия.

В структуре ранних абдоминальных осложнений преобладают перитонит и внутрибрюшинные кровотечения. Применение видеолапароскопической методики позволило у 28,6% больных с разлитым перитонитом успешно ликвидировать развившееся осложнение, устранить его источник и провести санацию брюшной полости. Лапароскопический гемостаз успешно выполнен у 7 пациентов.

По сравнению со стандартной применением видеоэндоскопической методики позволило улучшить показатели диагностической ценности: повысить в 1,07 раза уровень чувствительности, в 1,39 раза – специфичности и в 1,11 раза – точности диагностики.

Заключение. В ранний послеоперационный период вследствие подозреваемых осложнений выполнено 47 релапароскопий, что объясняется проведением программированных санаций брюшной полости и применением динамической лапароскопии для контроля течения внутрибрюшинного осложнения. На основании анализа исследуемого материала были предложены общие показания и противопоказания к проведению релапароскопий в раннем послеоперационном периоде с целью диагностики и лечения послеоперационных осложнений.

Аргументируя каждый из пунктов, мы руководствовались реальными возможностями метода в общей клинической практике, которые в ряде случаев уступают по своей эффективности релапаротомии.

Ключевые слова: лапароскопия, лапаротомия, эндоскопическая хирургия, абдоминальные осложнения, параметры диагностической ценности.

The abdominal complications after gynecological endoscopic operations: diagnostics and treatment

V.A. Terehov

The objective: to analyze the results of repeated laparoscopy in gynecological patients with suspected intraperitoneal postoperative complications.

Materials and methods. The study involved 42 patients (mean age $46 \pm 11,3$ years), in whom postoperative abdominal complications after surgical treatment of various gynecological diseases required repeated operations. Depending on the method of re-intervention, the patients were divided into 2 groups: the main group ($n=20$) – women who only used laparoscopy to correct postoperative complications; control ($n=22$) – women who were given indications for relaparotomy to correct postoperative complications during diagnostic laparoscopy. Relaparotomy was performed in 8 patients of the control group. All patients underwent a comprehensive examination using clinical, instrumental and laboratory research methods. The groups were homogeneous in terms of age and structure of operations performed on the pelvic organs, and statistically comparable.

Results. During the study, the results of repeated laparoscopy of 34 gynecological patients with suspected intraperitoneal postoperative complications were analyzed. In all patients of the main group (47,6%), laparoscopy was revealed as the only and final method of treatment of postoperative complications, while in 7 women repeated relaparotomy was used from 2 to 4 times, and in 13 women laparoscopy was performed once. In the control group (53,3%), 10 patients during diagnostic laparoscopy were exposed to indications for relaparotomy, in 4 patients the capabilities of the operating team and laparoscopic technique allowed performing some elements of the operation and completing it with a minilaparotomy approach, and 8 patients underwent relaparotomy immediately. Peritonitis and intraperitoneal bleeding prevail in the structure of early abdominal complications. The use of the video laparoscopic technique made it possible in 28,6% of patients with diffuse peritonitis to successfully eliminate the developed complication, eliminate its source and sanitize the abdominal cavity. Laparoscopic hemostasis was successfully performed in 7 patients.

Compared with the standard, the use of video endoscopic technique allowed improving the indicators of diagnostic value: to increase the sensitivity level by 1,07 times, specificity by 1,39 times and diagnostic accuracy by 1,11 times.

Conclusions. In general, in the early postoperative period, 47 relaparoscopies were performed for suspected complications, which is explained by programmed abdominal sanitization and the use of

dynamic laparoscopy to control the course of intraperitoneal complications. Based on the analysis of the material under study, we proposed general indications and contraindications for relaparoscopy in the early postoperative period in order to diagnose and treat postoperative complications. Justifying each of the points, we were guided by the real possibilities of the method in general clinical practice, which in some cases are inferior in their effectiveness to relaparotomy.

Key words: *laparoscopy, laparotomy, endoscopic surgery, abdominal complications, parameters of diagnostic value.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Громова АМ, Мартиненко ВБ, Тарасенко КВ., Нестеренко ЛА. 2017. Діагностика та оперативна лапароскопія в гінекології. Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. Рівне: ПП Естеро. 2(40):109-12.
2. Вдовиченко ЮП, Волошин ОА. 2015. Діагностика і профілактика ускладнень при лапароскопічних гінекологічних операціях. Здоров'я жінчини. 4(100):72-5.
3. Кондратюк ВК. 2015. Інструментальні методи дослідження в гінекології. Медицинские аспекты здоровья женщины. 4(90):10-19.
4. Парашук ЮС, Грищенко МГ, Парашук ВЮ, Сафонов РА. 2017. Оперативна гінекологія: навч. посібник. Харків: ХНМУ, 132.
5. Ridgeway BM, Cadish L. 2017. Hysteropexy: Evidence and Insights. Clin Obstet Gynecol. 60(2):312-23.
6. Bulletti C, De Ziegler D, Polli V. 2017. The role of leiomyomas in infertility. J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. 6(4):441-5.
7. Daraiv E, Echaud H, Beniffa JL et al. 2015. Fertility after laparoscopic myomectomy: Preliminary results. Hum. Reprod. 12:1931-4.
8. Гаврилюк ГМ, Макачук ОМ. 2016. Постгістеректомічні порушення, їх діагностика та профілактика. Здоров'я жінчини. 7(113):52-4.

ТЕЗИ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ ФАХОВОЇ ШКОЛИ-СЕМІНАРУ З ОНЛАЙН-ТРАНСЛЯЦІЄЮ

«КЛІНІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ В ПРАКТИЦІ АКУШЕРА-ГІНЕКОЛОГА»

ДНІПРО–ЗАПОРІЖЖЯ
24 лютого 2021 року

Особливості стимуляції овуляції у жінок із патологією грудних залоз

О.О. Берестовий

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
м. Київ

У ході дослідження встановлено, що порушення менструального циклу у всіх хворих були зумовлені ендокринною патологією: регулярний ритм у поєднанні з НЛФ – 43,8%, вторинна аменорея і олігоменорея на фоні хронічної ановуляції – 56,2%. При обстеженні грудних залоз у 66,9% пацієнток виявлені різні варіанти фіброзно-кістозної хвороби (ФКХ). Первинне безпліддя діагностовано у 87 (66,9%) пацієнток, вторинне – у 43 (33,1%).

У 1-й підгрупі у 89,5% випадків спостерігались супутні захворювання органів малого таза, ендокринні порушення за типом НЛФ – у 10,5%. У пацієнток 2-ї підгрупи частота поєднаної патології становила 23,3%, а ендокринні порушення – 76,7%. Такі результати підтвердили необхідність ендоскопічного обстеження всіх хворих із безпліддям при вирішенні питання про стимуляцію овуляції.

Після поетапної терапії з включенням до програми лапароскопії, гістероскопії, комбінованих оральних контрацептивів, бромкриптину і стимуляції овуляції клостил-бегітом відновити репродуктивну функцію вдалося в 1-й підгрупі у 33,3%, у 2-й підгрупі – у 40% жінок. У пацієнток з гіперпролактинемією на фоні бромкриптину було відновлено овуляцію у 73,7% випадках.

Аналіз репродуктивної функції жінок із патологією грудних залоз при ендокринному безплідді доводить, що практично у кожної другої хворої порушення менструаль-

но-репродуктивної функції виникали під впливом різних факторів після встановлення регулярного ритму менструацій, що свідчить про вихідний недосконалий рівень нейроендокринних структур, які беруть участь у регуляції цих процесів у даного контингенту хворих. Збільшення частоти первинного безпліддя в 1,5–2 рази порівняно з вторинним характерно для групи хворих з ендокринними формами безпліддя.

При стимуляції клостилбегітом майже у третини обстежуваного контингенту вдалося відновити двофазний овуляторний цикл, покращити репродуктивну функцію і зменшити больові відчуття в грудних залозах, що дозволяє зробити висновок про необхідність повного гормонального скринінгу й уточнення причин порушення менструального циклу перед призначенням терапії гормональними препаратами.

Функціональний стан грудних залоз у жінок із порушеннями менструальної функції ендокринного генезу

С.Е. Гладенко

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
м. Київ

Встановлено, що порушення менструального циклу у всіх хворих були зумовлені ендокринною патологією: вторинна аменорея і олігоменорея на фоні хронічної ановуляції – 56,2%, регулярний ритм у поєднанні з НЛФ – 43,8%.

При обстеженні грудних залоз у 66,9% пацієнток діагностовано різні варіанти фіброзно-кістозної хвороби (ФКХ), недорозвиток структурних елементів, інволютивні зміни, які не відповідають віку, вогнищеві утворення. Так, частота ФКХ при ановуляції в 1,3 рази вище, ніж при НЛФ (43,9% і 35,1% відповідно). Водночас вогнищеві утворення грудних залоз за типом фіброаденоми в 4 рази частіше виявлено у пацієнток з НЛФ, ніж з аменореєю (5,3% і 1,4% відповідно). При радіотермометрії у 13,4% випадків було додатково діагностовано ФКХ, не виявлену при УЗД, при цьому схожість результатів обох діагностик відзначено в 49,2%.

При вивченні особливостей характеру менструальної функції пацієнток було встановлено, що у більшості обстежуваних фіксували приховані порушення гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи, які компенсувались до певного моменту і проявилися під впливом несприятливих факторів. При НЛФ частіше, ніж при ановуляції було діагностовано змішані форми ФКХ і дифузні форми з превалюванням кістозного компоненту. Вірогідно, ці зміни в грудних залозах можна пояснити недостатнім впливом прогестерону і відносним підвищенням рівня естрогенів, які підтримують проліферацію сполучнотканинного та епітеліального компонентів грудної залози. Внаслідок цього розвивається обструкція проток, що у низки хворих призводить до збільшення альвеол і формування кістозних порожнин.

Слід зазначити, що з дефіцитом прогестерону значною мірою пов'язані і зміни імунного статусу у пацієнток з ендокринними формами безпліддя, але імунні порушення розвиваються вторинно і не є специфічними для тієї чи іншої патології.

Особливості функціонального стану яєчників після оперативного лікування апоплексії яєчника

О.М. Іщак

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
м. Київ

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

Показаннями до проведення діагностичної лапароскопії вважали:

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

Усі хворі мали стабільні показники гемодинаміки до втручання, а тривалість їх госпіталізації не перевищувала 24 год. Після підтвердження діагнозу апоплексії яєчника всім хворим було здійснено оперативне лікування. Тривалість операції визначали як проміжок часу між початком першого розрізу шкіри черевної стінки і закінченням накладення шва на останню шкірну рану.

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

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

Особливості реалізації репродуктивної функції жінок, які мали порушення менструальної функції у пубертатному періоді

О.А. Ковалишин

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
м. Київ

У ході клінічного дослідження було проаналізовано достовірні розбіжності біологічної неготовності організму до пологів у всіх підгрупах основної групи

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

вагітних порівняно з контрольною групою. У 35 (29,2%) вагітних, які мали порушення менструальної функції у пубертатному періоді, у передбачуваний термін пологів відзначено «незрілу» або недостатньо «зрілу» шийку матки, що мало значення у порушенні пологової діяльності при мимовільних пологах у потиличному передлежанні і збільшенні частоти розродження шляхом кесарева розтину (КР).

КР проведено у 51 (42,5%) вагітних основної групи: плановий КР – у 39 (32,5%), терміновий у пологах – у 12 (10,0%). У групі вагітних із правильним ритмом менструацій мимовільні пологи відбулися у 37 (92,5%) жінок, плановий КР через звужений таз і великий плід – у 2 (5,0%), екстремий КР – в 1 (2,5%) випадку. Частота ускладнень у пологах (порушення пологової діяльності, передчасний розрив плодових оболонок, кровотечі) в основній групі у 4 рази вище, ніж у групі контролю ($p < 0,001$), у порівняльному аспекті між підгрупами розбіжності недостовірні.

Слід зазначити, що 95,2% новонароджених від матерів, які мали порушення менструальної функції у пубертатному періоді, народились у задовільному стані. Оцінка за шкалою Апгар достовірно вища у новонароджених від матерів, які отримали прегравідарну підготовку. Частота окремих станів, що виникають у перинатальному періоді, найвища у новонароджених від матерів із первинною олігоменореєю в анамнезі.

Результати проведених досліджень підтверджують наявність біологічної неготовності організму до нормального перебігу пологів у жінок, які мали порушення менструальної функції у пубертатному періоді, про що свідчать порушення пологової діяльності, основним предиктором яких слід відзначити плацентарну дисфункцію. Частота окремих станів, що виникають у перинатальному періоді, достовірно вище ніж у новонароджених від матерів, що мали правильний ритм менструацій.

Знизити частоту акушерських і перинатальних ускладнень у жінок із зниженим репродуктивним потенціалом можливо шляхом оптимізації програми прегравідарної підготовки та впровадження науково обґрунтованого комплексу лікувально-профілактичних заходів.

Тактика хірургічного лікування шийки матки з урахуванням стану репродуктивної функції

І.Ю. Костюк

**Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
м. Київ**

У ході 5-річного дослідження було вивчено менструальну і генеративну функції у пацієнток після проведеного хірургічного лікування. Менструальна функція збережена в усіх пацієнток, але найчастіше жінки скаржились на альгодисменорею і появу кров'янистих виділень до і після менструації: найбільший відсоток – у жінок після електрокоагуляції, найменший – після криодеструкції, після лазерної вапоризації і радіохвильової ексцизії зміни не відзначені.

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

Аналізуючи ускладнення вагітності, найбільш значущими виявились достовірні розбіжності між відсотком вагітних із загрозою переривання у перших двох групах (47,9% і 26,0% відповідно) і групою контролю (14,8%), що можна пояснити розвитком істміко-цервікальної недостатності у пацієнток, які перенесли оперативні втручання на шийці матки, а також наявністю плацентарної дисфункції, підтвердженої порушеннями доплерометричних індексів.

Сучасні деструктивні методи лікування патології шийки матки, найменш травматичними з яких є лазерна вапоризація і радіохвильова ексцизія, дозволяють вилікувати основне захворювання і зберегти як менструальну, так і генеративну функції.

Ураховуючи клінічну картину захворювання і встановлений діагноз, необхідно розробляти індивідуальну тактику ведення для кожної хворої, проводити активний моніторинг протягом року після операції та спостереження протягом року після вагітності незалежно від її результату.

Сучасні можливості прогнозування плацентарної дисфункції у жінок після допоміжних репродуктивних технологій

І.М. Кошова

**Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
м. Київ**

Дослідження проводили на підставі комплексного обстеження 100 вагітних після застосування ДРТ та їх новонароджених (основна група). До групи порівняння увійшли 50 жінок аналогічного віку, в яких вагітність настала природним чином. Середній вік вагітних у групах після застосування ДРТ становив $29,0 \pm 4,1$ року, для чоловіків – $33,1 \pm 3,3$ року. Тривалий безплідний період призводить до того, що упускається найсприятливіший вік для настання вагітності, і вона настає в пізньому репродуктивному періоді на тлі перенесених соматичних і гінекологічних захворювань.

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

Результати проведених досліджень свідчать, що найбільш діагностично значущими у формуванні первинної плацентарної недостатності є показники резервного запасу яєчників АМГ, інгібіну В і підвищенні значення маркера плацентарної дисфункції TGF- β 1. Провідним патогенетичним механізмом розвитку плацентарної дисфункції після застосування допоміжних репродуктивних технологій було виявлення трьох профілів активності ендометрія: високоекспресивного, середньоекспресивного і низькоекспресивного.

Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму прогностичних і діагностичних заходів після застосування допоміжних репродуктивних технологій.

Нові аспекти патогенезу поєднання міоми матки та дисплазії грудних залоз у жінок перименопаузального віку

О.Ю. Крук

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

Була сформована група з 50 пацієнток з дисплазією грудних залоз (ДМЗ) (25 жінок з дифузною формою ДГЗ та 25 жінок із локалізованими формами ДГЗ) та міоми матки (ММ). Крім того, здійснений аналіз історій хвороби і амбулаторних карт даного контингенту хворих. Розроблена програма досліджень, що передбачає проведення:

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

Отримані результати свідчать, що основними моментами патогенезу ДГЗ та ММ є клініко-анамнестичні дані, а також зміна співвідношення рівнів гіпоталамо-гіпофізарних гормонів, яєчникових гормонів у вигляді абсолютної або відносної гіперестрогенії, більш виражені у пацієнток з локалізованими формами ДГЗ. Порушення нормального менструального циклу виявляються в 76% хворих, дисбіотичні процеси статевих органів – у 46% жінок з ДГЗ. Отримані результати необхідно використувати при розробці комплексу діагностичних і прогностичних заходів.

Сучасні аспекти багатоплідної вагітності після застосування допоміжних репродуктивних технологій

О.В. Мельник

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
м. Київ

Дослідження базувалося на аналізі результатів вагітності у 50 жінок з багатоплідною вагітністю, яка настала після застосування різних методів ДРТ. Серед основних аспектів клінічної характеристики пацієнток можна виділити наступні:

- середній вік жінок становив $31,2 \pm 0,6$ року;
- у 76,0% пацієнток відзначено супутню соматичну патологію;

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

-
-
- гінекологічна захворюваність становила 92,0%, що призводило до первинного безпліддя у 46,0% випадків;
 - обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез був виявлений у 92,0% випадків;
 - висока частота оперативних втручань на органах репродуктивної системи (80,0%) стали причиною вторинного безпліддя в 52,0% випадках;
 - тривалість лікування первинного безпліддя становила $5,9 \pm 0,7$ року, вторинного – $8,1 \pm 0,7$ року і призводила до того, що жінки пізно зверталися до застосування ДРТ.

З першої спроби програм ДРТ вагітність настала у 90,0% жінок, з 2–4 спроб – у 8,0%, з шостої спроби – у 2,0% жінок. Найбільш точним і об'єктивним методом оцінювання функції плаценти і стану плода є визначення концентрацій фетоплацентарних гормонів у крові вагітної. Зміни цих показників відображають адаптаційний процес при вагітності, що розвивається, а також захисно-адаптаційні реакції, що виникають при дії ушкоджувальних чинників матері на функцію ФПК.

Встановлено, що вагітні з індукованим багатопліддям входять до групи високого ризику щодо розвитку акушерських ускладнень: загрози переривання, прееклампсії, залізодефіцитної анемії і плацентарної дисфункції. Для адекватного оцінювання функціонального стану фетоплацентарного комплексу необхідне динамічне вивчення основних показників гормональної функції: естріол, прогестерон, плацентарний лактоген, кортизол та альфа-фетопротейн.

Отримані результати дозволять удосконалити алгоритм діагностичних та лікувально-профілактичних заходів для покращення перинатальних наслідків розродження жінок групи високого ризику.

Особливості діагностики та лікування гіперпластичних процесів ендометрія у жінок перименопаузального віку

Ю.М. Садигов

**Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
м. Київ**

Було обстежено 100 жінок з гіперпластичними процесами ендометрія в період перименопаузи (основна група). Критерієм відбору пацієнток і розподілу їх по підгрупам служила морфологічна форма гіперпластичного процесу ендометрія. Серед обстежених у 54% пацієнток була діагностована залозиста гіперплазія ендометрія, у 24% – поліпи ендометрія, у 22% – аденоматозна гіперплазія ендометрія.

До контрольної групи увійшли 30 пацієнток аналогічного віку без гіперпластичних процесів ендометрія.

Порівняльний аналіз основних клініко-анамнестичних характеристик жінок із гіперпластичними процесами ендометрія в перименопаузальному періоді, виявив наступні чинники ризику: екстрагенітальні захворювання, у тому числі хвороби ендокринної системи, хвороби системи кровообігу, захворювання органів травлення; супутні гінекологічні захворювання, у тому числі запальні процеси малого таза,

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

дисплазія грудних залоз, гіперпластичні захворювання ендометрія і шийки матки, міома матки, а також перенесені гінекологічні операції – тубектомія, аднексектомія. Також були виділені чинники ризику розвитку аденоматозної гіперплазії ендометрія, до яких належали пізні менархе і ранній початок статевого життя.

Отримані результати необхідно враховувати при розробці тактики ведення жінок перименопаузального віку з гіперпластичними процесами ендометрія.

Сучасні ризики гінекологічних ендоскопічних операцій

В.А. Терехов

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

У ході дослідження проаналізовані результати повторних лапароскопій 34 пацієнток гінекологічного профілю з підозрою на внутрішньочеревне післяопераційне ускладнення. У всіх пацієнток основної групи (47,6%) лапароскопія виявилась єдиним і кінцевим методом лікування післяопераційних ускладнень, при цьому у 7 жінок проводили повторні релапароскопії від 2 до 4 разів, а у 13 лапароскопію виконали однократно. У групі контролю (52,3%) 10 пацієнткам у ході діагностичної лапароскопії були виставлені показання до релапаротомії, у 4 пацієнток можливості операційної бригади і лапароскопічної техніки дозволили виконати деякі елементи операції і завершити її мінілапаротомним доступом, у 8 пацієнток одразу виконано релапаротомію.

У структурі ранніх абдомінальних ускладнень превалюють перитоніт і внутрішньочеревні кровотечі. Застосування відеолапароскопічної методики дозволило у 28,6% хворих з розлитим перитонітом успішно ліквідувати розвинене ускладнення, усунути його джерело і провести санацію черевної порожнини. Лапароскопічний гемостаз успішно виконано у 7 пацієнток. Порівняно зі стандартною, використання відеоендоскопічної методики дозволило покращити показники діагностичної цінності: збільшити в 1,07 разу рівень чутливості, в 1,39 разу специфічності і в 1,11 разу точності діагностики.

Загалом у ранньому післяопераційному періоді з приводу підозрюваних ускладнень виконано 47 релапароскопій, що пояснюється проведенням програмованих санаций черевної порожнини і застосуванням динамічної лапароскопії для контролю перебігу внутрішньочеревного ускладнення.

На підставі аналізу досліджуваного матеріалу було запропоновано загальні показання і протипоказання до проведення релапароскопій у ранньому післяопераційному періоді з метою діагностики і лікування післяопераційних ускладнень.

Обґрунтовуючи кожний з пунктів, ми керувались реальними можливостями методу в загальній клінічній практиці, які у низці випадків поступають за своєю ефективністю релапаротомії.