



СТАБІЛЬНІСТЬ • ДОСКОНАЛІСТЬ • ВІДАНІСТЬ
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

№ 2 • 2021

www.par.org.ua

ПЕРИНАТОЛОГІЯ ТА РЕПРОДУКТОЛОГІЯ: ВІД НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ДО ПРАКТИКИ

PERINATOLOGY AND REPRODUCTOLOGY: FROM RESEARCH TO PRACTICE

ОФІЦІЙНЕ МІЖНАРОДНЕ ЕЛЕКТРОННЕ НАУКОВО-ПРАКТИЧНЕ ВИДАННЯ
НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

OFFICIAL INTERNATIONAL ONLINE SCIENTIFIC-PRACTICAL JOURNAL
OF SHUPYK NATIONAL HEALTHCARE UNIVERSITY OF UKRAINE

ISSN 2788-6190

*Міжнародний онлайн-науково-практичний журнал
«Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень
до практики» висвітлює питання профілактики, діагностики
та лікування захворювань в перинатології, репродуктології,
акушерстві, гінекології, неонатології, маммології.*

*The international online scientific-practical journal
«Perinatology and Reproductology: from research to practice»
covers issues of prevention, diagnosis and treatment of
diseases in perinatology, reproductive medicine, obstetrics,
gynecology, neonatology, mammology.*

EDITOR-IN-CHIEF:
Serhiy Vdovychenko
MD, professor

HONORABLE EDITOR:
Revaz Botchorishvili
MD, professor

DEPUTY EDITOR:
Olena SHCHERBINSKA
MD

Рік реєстрації видання: 2021 /
Established on 2021

Періодичність виходу: 4 рази на рік /
Periodicity: 4 times a year

Журнал виходить виключно в онлайні і
не має друкованої версії / The journal is
published exclusively online and does not
have a printed version

Рекомендовано до публікації вченою
радою НУОЗУ імені П. Л. Шупика –
19.05.- 2021 /
Recommended for publishinby Scientific
Council of Shupyk National Healthcare
University of Ukraine 19– May.- 2021

Адреса для листування:
вул. Дорогожицька, 9, Київ, 04112
Correspondence address:
Str. Dorogozhytska, 9, Kyiv, 04112

e-mail: par.shupyknhu@gmail.com

URL: <http://par.org.ua>

© P&R, 2021

ISSN 2788-6190

PERINATOLOGY AND REPRODUCTOLOGY:
FROM RESEARCH TO PRACTICE

№ 2 • 2021

EDITORIAL BOARD:

Ginadi BITMAN
Gregory BREKHMAN
Dmytro DZIUBA
Oleg GOLIANOVSKYI
Olga GORBUNOVA
Mykola GRYSHCENKO
Oleksandr HALUSHKO
Anatoliy KAMINSKY
Dmytro KONKOV
Ludmyla PAKHARENKO
Vira PYROHOVA
Tamara ROMANENKO
Serhii SAVCHENKO
Serhiy SHURPYAK
Lidia SUSLIKOVA
Aurika SUKANOVA
Ruslan TKACHENKO
Maryna TRISCHINSKA
Alla VITIUK
Svitlana ZHUK

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Геннадій БІТМАН–
Григорій БРЕХМАН
Алла ВІТЮК
Олександр ГАЛУШКО
Олег ГОЛЯНОВСЬКИЙ
Ольга ГОРБУНОВА
Микола ГРИЩЕНКО
Дмитро ДЗЮБА
Світлана ЖУК
Анатолій КАМІНСЬКИЙ
Дмитро КОНЬКОВ
Людмила ПАХАРЕНКО
Віра ПИРОГОВА
Тамара РОМАНЕНКО
Сергій САВЧЕНКО
Лідія СУСЛІКОВА
Ауріка СУХАНОВА
Руслан ТКАЧЕНКО
Марина ТРИЩИНСЬКА
Сергій ШУРПЯК

ЗМІСТ № 2/2021

Вплив першого медичного абортів на репродуктивне здоров'я жінок С.М. Бакшеев	5
Психологічні аспекти безпліддя подружніх пар при застосуванні допоміжних репродуктивних технологій О.О. Берестовий	10
Роль імунологічних порушень у патогенезі доброякісної дисплазії грудних залоз у жінок репродуктивного віку С.Є. Гладенко	14
Вплив апоплексії яєчника на акушерські та перинатальні наслідки розродження О.М. Іщак	20
Вплив дисгормональних порушень у пубертатному періоді на клінічні прояви порушень менструальної функції О.А. Ковалишин	29
Поєднана патологія матки та грудних залоз у жінок перименопаузального віку О.Ю. Крук.....	38
Причини невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій О.Д. Лещова	42
Постменопаузальні особливості гіперпластичних процесів ендометрія Ю.М. Садигов	47
Роль ультразвукового дослідження в оцінюванні тазових перитонеальних спайок у пацієнток репродуктивного віку з оперативними втручаннями в анамнезі В.А. Терехов	54
Порушення репродуктивної функції при поєднаній матковій патології С.Л. Чирва	61
Психологічні аспекти поєднаної патології матки у постменопаузальному періоді В.А. Шамрай	66
ТЕЗИ	71

TABLE OF CONTENTS № 2/2021

Influence of the first medical abortion on the reproductive health of women S.N. Baksheev	5
Psychological aspects of barrenness in matrimonial pair at auxiliary genesial technologies O.O. Berestovoy	10
Role imunological aspects of good-quality dysplasia of mammary glands at women of reproductive age S.E. Gladenko	14
Influence of apoplexy of ovary is on the obstetric and perinatal results of delivery O.M. Ishak	20
Influence of dyshormonal violations in a pubertal period on obstetric on the clinical manifestations of menstrual disorders O.A. Kovalishin	29
Combinated pathology of uterus and mammary glands at women of perimenopause age O. Kruk	38
Reasons of unsuccessful attempts of auxiliary reproductive technologies O.D. Leshova	42
Post-menopausal features of hyperplastic processes of endometrium Yu. Sadygov	47
Role of ultrasound examination for peritoneal pelvic adhesions detection at fertility females with previous surgical procedures V.A. Terehov	54
Infringements of reproductive function at complex uterine pathologies S.L. Chirva	61
Psychological aspects of the united pathology of uterus in postmenopausal period V.A. Shamraj	66
ABSTRACTS	71

Вплив першого медичного аборт на репродуктивне здоров'я жінок

С.М. Бакшеєв

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

Результати проведених досліджень свідчать про високу частоту ускладнень запального генезу після першого медичного аборт. Неприятливі віддалені наслідки медичного аборту спостерігалися в 23,9% випадку, причому найчастіше зустрічалися вторинне безпліддя (14,9%) і невиношування вагітності (14,9%). Отримані результати свідчать про необхідність розроблення алгоритму реабілітаційних заходів для жінок після першого медичного аборт, що дозволить знизити частоту порушень репродуктивного здоров'я.

Ключові слова: медичний аборт, репродуктивне здоров'я.

Важливість проблеми медичного аборт зумовлена значною кількістю ускладнень, які спричиняє ця операція [1–6]. Так, згідно з даними літератури, у жінок, які перенесли медичний аборт, кількість ускладнень подальшої вагітності більше у 7–8 разів, а кількість ускладнень пологів – у 10–12 разів, ніж у пацієток, що не мають в анамнезі абортів [1, 3]. Водночас найбільшу кількість ускладнень становлять загроза переривання вагітності (49,1%), прееклампсія (42,0%), аномалії пологової діяльності (22,5%), травми м'яких пологових шляхів (20,5%) [4, 5]. З ризиком, пов'язаним зі штучним аборт, стикаються жінки репродуктивного періоду і працездатного віку, що підкреслює не лише медичну, але і соціально-економічну значущість цієї проблеми.

Особливий ризик для репродуктивної функції жінки виникає при перериванні саме першої вагітності. Серед ранніх ускладнень штучного аборт найчастішими є запальні захворювання (ендометрит, сальпінгоофорит). Дана патологія зустрічається у 15–17% жінок, що перенесли перший медичний аборт [1, 5]. Слід відзначити, що у 10–30% жінок після першого медичного аборт розвивається вторинне безпліддя [6].

Усе викладене вище свідчить про актуальність вибраного наукового напрямку.

Мета дослідження: вивчення впливу першого медичного аборт на репродуктивне здоров'я жінок.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети дослідження було проведено клініко-функціональне і лабораторне обстеження 119 жінок. До основної групи увійшли 67 повторновагітних першородячих жінок, що перервали першу вагітність медичним абортм у I триместрі, до групи порівняння – 52 першовагітних жінок без обтяженого акушерського анамнезу.

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

- I підгрупа – 23 жінки з ускладненнями після переривання першої вагітності медичним абортom;
- II підгрупа – 44 жінки без ускладнень після медичного аборту.

На підставі даних опитування й аналізу стаціонарної карти на кожну породіллю була заповнена спеціально розроблена анкета з результатами клініко-функціональних і лабораторних методів досліджень.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що медичний аборт було виконано жінкам віком від 15 до 33 років. Середній вік пацієток при перериванні першої вагітності становив $20,4 \pm 2,2$ року, у 45,2% випадків медичний аборт було виконано до 20 років.

Аналіз соціального стану продемонстрував, що більше половини (50,4%) жінок, які перервали першу вагітність, представлено ученицями загальноосвітніх шкіл, середніх спеціальних учбових закладів і студентками вузів.

При анкетуванні першу вагітність визнали бажаною лише 5,2% жінок, випадковою – 94,8% осіб. Усвідомлення настання вагітності у більшості пацієток (68,1%) супроводжувалося занепокоєнням і страхом. Крім того, негативне ставлення до вагітності фіксували у 5,2% жінок, жаль щодо необхідності проведення аборту – у 21,5% пацієток, байдужість до вагітності – у 5,2% жінок.

Спроби перервати вагітність самостійно робили 7,4% пацієток, для чого використовували внутрішньовенне введення хлористого кальцію і великі дози гормональних контрацептивів. Ефекту від спроб переривання вагітності не отримано.

Відношення статевого партнера до вагітності було неоднозначним:

- 29,6% – позитивно сприйняли інформацію про вагітність;
- 31,9% – наполягали на медичному аборті;
- 17,0% – не знали про вагітність;
- 21,5% – вважали за краще зайняти нейтральну позицію.

Водночас батьки 65,2% пацієток не були обізнані про наявність вагітності. Позитивно сприйняли повідомлення про вагітність 11,1% батьків, негативно – 23,7%.

Основними причинами першого медичного аборту були:

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

За даними анкетування, рішення про медичний аборт половина пацієток (49,6%) ухвалювали самостійно. За наполяганням партнера переривали першу вагітність 28,1%, за наполяганням батьків – 23,7% жінки.

Операцію медичного аборту проводили в умовах стаціонару у день госпіталізації методом кюретажа матки після попередньої дилатації каналу шийки матки.

У всіх випадках застосовували внутрішньовенне знеболення, тобто всім жінкам медичний аборт проводили за загальноприйнятими методиками.

Безпосередньо під час операції медичного аборту було одне ускладнення – травма шийки матки при дилатації у 21-річної пацієнтки при терміні вагітності 7 тиж (накладені шви на шийку матки). Після операції медичного аборту всі жінки виписані із стаціонару у задовільному стані (через 1–2 доби).

Протягом місяця після переривання першої вагітності ускладнення спостерігалися у 12 (17,9%) жінок. До ускладнень, пов'язаних з виконанням медичного аборту, віднесені 3 (4,5%) випадки неповного аборту, коли під час операції не було здійснено повне спорожнення матки. Дані ускладнення зафіксовані при наступних термінах переривання вагітності: до 8 тиж (1), 8–10 тиж (1), 11–12 тиж (1). Встановлено діагноз, проведено повторне вишкрібання порожнини матки на 2-й день (1), через 1 тиж (1), через 2 тиж (1). В одному випадку (1,5%) після повторного вишкрібання з приводу залишків плодового яйця розвинулися запальні ускладнення. В другому випадку (1,5%) фіксували післяабортний ендометрит. Ще в одному випадку у 25-річної жінки, що звернулася через 2 тиж після медичного аборту, поширення інфекції не обмежалося маткою і на тлі метроендометриту розвинувся пельвіоперитоніт. Консервативне ведення хворої дало позитивний результат. Жінка виписана додому через 2 тиж.

Післяабортний період ускладнився запальними захворюваннями матки у 12,6% випадків, придатків – у 5,2% пацієнток. У 2 (3,0%) випадках, описаних вище, ендометрит розвинувся після повторного вишкрібання матки з приводу неповного аборту. Ендометрит і метроендометрит зафіксували у 8,9%, сальпінгоофорит – у 3,0%, ендометрит поєднано із сальпінгоофоритом – у 1,5% жінок при термінах переривання вагітності до 8 тиж (3), 8–10 тиж (4), 11–12 тиж (3).

У 5 (50,0%) спостереженнях медичний аборт було виконано за наявності ектопії шийки матки. Клінічні симптоми проявилися протягом першого тижня після операції у п'яти жінок, за два тижні – у трьох, через місяць – у двох пацієнток. Усім жінкам було запропоновано стаціонарне лікування. Повторно госпіталізовано у стаціонар 6 осіб, відмовилися з різних причин 4 пацієнтки, які пройшли амбулаторне лікування в умовах жіночої консультації. Три пацієнтки з числа госпіталізованих повідомили про спроби самостійного лікування (приймали антибіотики, парацетамол). У всіх спостереженнях при запальних післяабортних ускладненнях проводили комплексне лікування. У середньому тривалість стаціонарного лікування становила два тижні.

Відповідно до поставленої мети проаналізований віддалений вплив переривання першої вагітності на репродуктивне здоров'я жінки. Для аналізу віддалених результатів медичного аборту вивчали часовий проміжок від переривання першої вагітності до настання бажаної пролонгованої вагітності, який коливався від 1 до 14 років.

Несприятливі віддалені наслідки медичного аборту спостерігалися у 16 (23,9%) випадках. Найчастіше фіксували вторинне безпліддя (14,9%) і невиношування вагітності (14,9%).

Вторинне безпліддя розвинулося у 10 (14,9%) жінок, що перенесли медичний аборт.

Тривалість безпліддя коливалася від 2 до 6 років, у середньому – $3,3 \pm 0,3$ року. Бажана вагітність настала після обстеження і лікування в спеціалізованих центрах

або в жіночій консультації. Окрім вторинного безпліддя з перенесених гінекологічних захворювань виявлені наступні:

- невиношування вагітності (50,0%),
- порушення менструального циклу (20,0%),
- ектопія шийки матки (40,0%),
- сальпінгоофорит (40,0%),
- ендометрит (20,0%),
- міома матки (10,0%),
- ендометріоз шийки матки (10,0%).

Після переривання першої вагітності у 10 (14,9%) із 67 жінок спостерігалось невиношування вагітності. У 10 жінок описано 13 випадків мимовільного переривання вагітності, від 1 до 5 випадків – в однієї жінки. У більшості жінок (80,0%) мимовільним викиднем закінчилася одна вагітність. У середньому на одну жінку зафіксовано 1,3 випадку невиношування вагітності. Найбільше число мимовільного переривання вагітності відбувалося у I триместрі (80,0%), у II триместрі – 20,0%. Бажана пролонгована вагітність наставала через 1–6 років після мимовільного викидня, у середньому – через 2,1 року.

Порушення менструального циклу після переривання першої вагітності фіксували у 3 (4,5%) жінок із 67, а саме:

- аменорея (1,5%),
- олігоменорея (1,5%),
- дисфункціональні маткові кровотечі (1,5%).

Усі порушення менструального циклу розвивалися у перший рік після медичного аборту. Менструальний цикл відновився після гормональної терапії при аменореї через 8 міс, при олігоменореї – через 2–3 роки. При дисфункціональних маткових кровотечах через 1–1,5 роки після медичного аборту було виконано діагностичне вишкрібання порожнини матки з подальшою гормонотерапією.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про високу частоту ускладнень запального генезу після першого медичного аборту. Неприятливі віддалені наслідки медичного аборту спостерігалися в 23,9% випадку, причому найчастіше фіксували вторинне безпліддя (14,9%) і невиношування вагітності (14,9%).

Отримані результати свідчать про необхідність розроблення алгоритму реабілітаційних заходів для жінок після першого медичного аборту, що дозволить знизити частоту порушень репродуктивного здоров'я.

Влияние первого медицинского аборта на репродуктивное здоровье женщин С. Н. Бакшеев

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой частоте осложнений воспалительного генеза после первого медицинского аборта. Неблагоприятные отдаленные последствия медицинского аборта наблюдались в 23,9% случаев, причем наиболее часто встречались вторичное бесплодие (14,9%) и невынашивание беременности (14,9%). Полученные результаты свидетельствуют о необходимости разработки алгоритма реабилитационных мероприятий для женщин после первого медицинского аборта, что позволит снизить частоту нарушений репродуктивного здоровья.

Ключевые слова: медицинский аборт, репродуктивное здоровье.

Influence of the first medical abortion on the reproductive health of women **S.N. Baksheev**

Results of the spent researches testify to high frequency of complications inflammatory genesis after the first medical abortion. The adverse remote consequences of medical abortion were observed in 23,9% a case, and most often met secondary barrenness of 14,9% and discharge of pregnancy of 14,9%.

The received results testify to necessity of working out of algorithm of rehabilitation actions for women after the first medical abortion that will allow to lower frequency of infringements of reproductive health.

Keywords: *medical abortion, reproductive health.*

Відомості про автора

Бакшеев Сергій Миколайович – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 01011, м. Київ, вул. Арсенальна, 5. *E-mail:* prore-first@nmapo.edu.ua

Сведения об авторе

Бакшеев Сергей Николаевич – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национального университета здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. *E-mail:* prore-first@nmapo.edu.ua

Information about the author

Baksheev Serhij M. – Department of obstetrics, gynaecology and perinatology of Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 01011, Kyiv, 5 Arsenalna Str. *E-mail:* prore-first@nmapo.edu.ua

ORCID ID 0000-0003-4144-5965

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Баранова Н.Н. Репродуктивное здоровье девочек-подростков / Н.Н. Баранова, Т.К. Боткина // Здоровье семьи – здоровье нации: тез. докл. науч. конф. – Новосибирск, 2019. – С. 56–58.
2. Богданова Е.А. Репродуктивное здоровье девочек и девушек – основа сохранения здоровья женщины / Е.А. Богданова, М.Н. Кузнецова, О.Г. Фролова // Тезисы докладов X Всероссийской конференции детей и подростков. – М., 2016. – С. 19–20.
3. Волгина В.Ф. Этические и психологические аспекты аборта / В.Ф. Волгина // Мать и дитя: матер. X Рос. форума. – М., 2018. – С. 566.
4. Волков А.Е. Психосоматические характеристики женщин в первом триместре физиологической беременности / А.Е. Волков // Перинатальная психология и медицина. Психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии, педиатрии и терапии: матер. Всерос. конф. с международным участием. – Иваново, 2019. – С. 123–127.
5. Гатина Г.А. Воздействие искусственного прерывания беременности в I триместре на нейроэндокринную систему женщины / Г.А. Гатина, А.Р. Махмудова, Д.М. Магомедханова // Мать и дитя: матер. X регионального науч. форума. – Казань, 2017. – С. 223–224.
6. Глуховец Б.И. Искусственное бесплодие современных женщин (медицинские и социальные аспекты) / Б.И. Глуховец, Н.Г. Глуховец, Е.И. Новикова // Мать и дитя: матер. X регионального науч. форума. – Казань, 2017. – С. 224–225.

Психологічні аспекти безпліддя подружніх пар при застосуванні допоміжних репродуктивних технологій

О.О. Берестовий

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

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки, які застосовують допоміжні репродуктивні технології, входять до групи високого ризику щодо розвитку різних психологічних порушень, особливо тривожних розладів. Динаміка тривожних розладів залежить від психосоціальних чинників або наявності гінекологічного захворювання, що стало причиною безпліддя.

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

Ключові слова: допоміжні репродуктивні технології, психологічна характеристика.

Сучасний рівень розвитку допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) є підставою ефективного комплексного застосування у лікуванні безплідного шлюбу [2–4].

Безплідний шлюб призводить до тяжкої моральної травми і самого подружжя, і їхніх родичів, не лише спричинює серйозну особову, родинну і соціальну дезадаптацію, а й викликає розвиток межових психічних розладів [2–4].

Складність діагностики межових психічних розладів у практиці лікування безпліддя методами ДРТ полягає в клінічному поліморфізмі симптоматики, затяжному перебігу, що диктує необхідність їхнього детальнішого дослідження. Роль чинників ризику розвитку донозологічних і нозологічних форм межових психічних розладів в умовах патоморфозу у безплідних жінок потребує уточнення.

Особливе значення в психічному статусі надається афектній сфері. Безпліддя жінок належить до тих станів, які істотно впливають на психоемоційний статус, викликаючи стан хронічного стресу [2–4]. Додатковими травмуючими чинниками є родинні, побутові, службові труднощі внаслідок витрат великої кількості часу на візити до лікувальних установ, фінансові витрати. Погіршується якість життя безплідних жінок, формується стан одержимості, домінування думок про неспроможність у репродуктивній сфері. Стан тривоги і депресії визначається на всіх етапах лікування безпліддя, ідеї самозвинувачення сприяють посиленню депресивної симптоматики [2–4].

Вивченню гінекологічних аспектів безпліддя присвячена велика кількість досліджень, але проблема розвитку поліморфізму клінічних проявів межових психічних розладів під час лікування методами ДРТ впливи конкретного методу лікування на

психічний стан жінок залишаються мало освітленими, а наявні зарубіжні дослідження носять психодинамічний характер.

Мета дослідження: вивчення клініко-психопатологічних закономірностей формування тривожних розладів у жінок при застосуванні ДРТ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставлених завдань було обстежено 156 жінок із безпліддям, які звернулися у відділення допоміжних технологій з лікування безпліддя. На підставі клініко-психопатологічного обстеження за критеріями Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду у 81 жінки було виявлено межові психічні розлади.

До контрольної групи увійшли фертильні психічно здорові жінки (n=52).

У групу дослідження увійшли жінки з межовими психічними розладами (n=81), що звернулися для проведення ДРТ із вторинним безпліддям.

Усім пацієнткам було проведено повне клініко-лабораторне обстеження за схемою, прийнятою в клініці ДРТ.

Для оцінювання психологічного статусу пацієнток і рівня тривожних розладів були проаналізовані наступні показники: тест Лазаруса і Фолішана; індекс життєвого стилю; опитувальник Леонгарда і шкалу депресії Бека [1].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що тривожні розлади притаманні 52,0% жінок переважно віком понад 30 років, а саме:

- панічний розлад – у 2,1%,
- генералізований тривожний розлад – у 35,2%,
- змішані тривожно-депресивні розлади – у 19,5% пацієнток.

За даними анамнезу тривожні розлади у пацієнток програми ДРТ виявляли переважно у віці 25–30 років при тривалості безпліддя 2 роки. Максимальний рівень тривоги реєструється у жінок після трьох років лікування безпліддя. Рівень тривоги знижується після шести років лікування, тоді як депресивні розлади дебютували у жінок 30–35 років.

Спадковість щодо межових психічних захворювань обтяжена у 47,2% пацієнток. Діагноз неврозу був встановлений у 26,0% матерів пацієнток, 53,2% їхніх батьків страждали на алкоголізм. Третина пацієнток (33,3%) виховувалася у неповній сім'ї. Серед них ведучими преморбідними особовими рисами в 33,3% спостережень були тривожна недовірливість і сенситивність, у 13,8% випадків – афектна нестійкість. Невроз у дитинстві діагностували у 2,7% жінок, психогенні вегетативні прояви зустрічалися в 4,6% у вигляді нудоти, запаморочення, непереносимості задушливих приміщень. Черепномозкові травми відзначені в анамнезі у 3,8% пацієнток.

У даній групі достовірно частіше, ніж у пацієнток інших груп зустрічалися жінки з недовірливим характером, які схильні з тривогою ставитися до свого здоров'я, що призводило до повторних діагностичних лапароскопічних операцій, череворозтинів, проведеними з приводу розриву кісти яєчника ($p < 0,05$). Крім того, у пацієнток з тривожними розладами частіше спостерігалися хронічні запальні захворювання жіночої статеві сфери, такі, як хронічний сальпінгоофорит, гідросальпінкс і ендометрит (55,6%; $p < 0,001$).

Вивчення анамнезу у пацієнток з тривожними розладами засвідчило, що у 41,7% жінок були виявлені різні психогенні ситуації, які передували початку лікування. В

останніх випадках тривожна симптоматика формувалася на тлі психовегетативних проявів, що супроводжували процес лікування в програмі ДРТ. У безплідних пацієнток з тривожними розладами достовірно частіше фіксували поєднання декількох психотравмуючих чинників, а саме: дисгармонійні стосунки в родинній і сексуальній сфері (34,1% і 14,3% пацієнток відповідно). З них у 22,7% жінок відзначали наявність диспауренії, у 43,2% – зниження статевого потягу, у 48,7% – рідкі оргазми. Підвищений статевий потяг з рідкими оргазмами був виявлений у 1,2% пацієнток. У групі пацієнток з депресивними порушеннями достовірно частіше зустрічалися такі фактори:

- хвороба близьких родичів – у 24,7% випадків,
- смерть дитини або чоловіка – у 2,8%,
- конфлікти, пов'язані зі службовими обов'язками – у 18,3% пацієнток.

Порівняльний аналіз копінг-стратегій, які застосовували пацієнтки, за даними опитувальника Лазаруса, виявив достовірні відмінності між групами. Більшість пацієнток з тривожними порушеннями використовували стратегію «пошук соціальної підтримки», що відбувалося в два рази частіше, ніж серед пацієнток з розладами адаптації з пролонгованою депресивною реакцією ($p < 0,001$). Адаптивна стратегія «вирішення проблеми» також значно частіше ($p < 0,001$) визначалася в групі з тривожними розладами. Водночас у пацієнток з розладами адаптації найбільш переважно виявлялася стратегія «уникнення» (52,3%; $p < 0,001$).

Результати проведеного порівняльного аналізу дозволяють стверджувати, що пацієнтки з тривожними та адаптаційними розладами у програмі ДРТ мають низку загальних і відмінних характеристик.

До загальних характеристик належить низка клінічних симптомів, приховання яких обмежує можливості феноменологічного підходу в диференціальній діагностиці. Водночас виділення провідного афекту важливе не лише з теоретичних позицій, але і для терапевтичної тактики. Результати проведеного аналізу пацієнток засвідчили, що у жінок з тривожними розладами спостерігаються недовірливі риси в преморбіді, виховання в умовах неповної сім'ї, наявність у матерії неврозу і алкоголізму у батька. У таких жінок ще з дитинства наголошувалися психогенні вегетативні розлади. Спостерігався ранній дебют розвитку межових психічних порушень (до 30 років). В анамнезі була відсутня обтяженість щодо ендогенних психічних розладів. Динаміка тривожних розладів залежала від психосоціальних чинників або наявності гінекологічного захворювання, що стало причиною безпліддя.

Крім того, для виділення провідного емоційного стану значущими є показники експериментально-психологічного обстеження (тести Бека, Спілбергера-Ханіна).

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки, які застосовують допоміжні репродуктивні технології для настання вагітності, входять до групи високого ризику щодо розвитку різних психологічних порушень, особливо тривожних розладів. Динаміка тривожних розладів залежить від психосоціальних чинників або наявності гінекологічного захворювання, що стало причиною безпліддя.

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

Психологические аспекты бесплодия в супружеских парах при применении вспомогательных репродуктивных технологий

О.А. Берестовой

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что женщины, которые используют вспомогательные репродуктивные технологии, входят в группу высокого риска по развитию различных психологических нарушений, особенно тревожных расстройств. Динамика тревожных расстройств зависит от психосоциальных факторов или наличия гинекологического заболевания, которое стало причиной бесплодия.

Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: *вспомогательные репродуктивные технологии, психологическая характеристика.*

Psychological aspects of barrenness in matrimonial pair at auxiliary genesial technologies

O.O. Berestovoy

Results of the spent researches testify that women with auxiliary reproductive technologies makes group of high risk on developments of various psychological infringements, especially disturbing frustration. Dynamics of disturbing frustration depends on psychosocial factors or presence of the gynecologic disease which was at the bottom of barrenness.

The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Keywords: *auxiliary reproductive technologies, the psychological characteristic.*

Відомості про автора

Берестовий Олег Олександрович – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 01011, м. Київ, вул. Арсенальна, 5. *E-mail:* pror-first@nmapo.edu.ua

Сведения об авторе

Берестовой Олег Александрович – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национального университета здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. *E-mail:* pror-first@nmapo.edu.ua

Information about the author

Berestovoy Oleg O. – Department of obstetrics, gynaecology and perinatology of Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 01011, Kyiv, 5 Arsenalna Str. *E-mail:* pror-first@nmapo.edu.ua

ORCID ID 0000-0003-4870-9644

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. – М.: Медицина, 2018. – 496 с.
2. Боярский К.Ю. Влияние возраста на частоту наступления беременности в программе ЭКО / К.Ю. Боярский // Пробл. репрод. – 2019. – № 1. – С. 33–37.
3. Вихляева Е.М., Пшеничникова Т.Я. Роль специальной программы ВОЗ по репродукции человека в решении актуальных проблем бесплодного брака// Акуш. и гинек. – 2013. – № 6. – С. 3–4.
4. Дейнека Н.В., Мельченко Н.И. Психосоматические соотношения при бесплодии у женщин // Психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии и педиатрии. – Иваново, 2019. – С. 147–150.

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

Роль імунологічних порушень у патогенезі доброякісної дисплазії грудних залоз у жінок репродуктивного віку

С.Є. Гладенко

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

Метою дослідження було вивчення сучасних імунологічних аспектів доброякісної дисплазії грудних залоз (ДДГЗ) у жінок репродуктивного віку.

Обстежено 90 пацієнок віком від 22 до 45 років, яких було розподілено на три групи по 30 жінок. До 1-ї групи (група контролю) увійшли жінки без патології в ГЗ, до 2-ї групи – пацієнтки з дифузною формою ДДГЗ, до 3-ї групи – пацієнтки з вузловою формою ДДГЗ. До комплексу проведених досліджень було включено клінічні, імунологічні та статистичні методи.

Результати проведених досліджень свідчать, що до чинників ризику розвитку ДДГЗ належать наявність хронічних екстрагенітальних захворювань, куріння, раннє менархе, порушення менструального циклу, міома матки і аденоміозу, штучне або мимовільне переривання вагітності. Проведене дослідження продемонструвало, що імунологічні детермінанти відіграють істотну роль і є чинниками ризику й ініціальною ланкою патогенезу доброякісної патології ГЗ. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: доброякісна дисплазія грудних залоз, патогенез, імунологія.

Проблема жіночого здоров'я включає широкий спектр вивчення різних сторін життя жінки – психологічного й ендокринного статусу, стан статевих органів, грудних залоз (ГЗ) [1–3].

У умовах сьогодення спостерігається підвищений інтерес до вивчення різних аспектів розвитку патології ГЗ, обумовлений підвищенням частоти доброякісних і злаякісних захворювань даної локалізації. Доброякісні дисплазії грудних залоз (ДДГЗ) є лідерами за частотою виникнення і спостерігаються у 20–80% жінок репродуктивного віку [4–5].

За даними різних авторів, до 92% жінок репродуктивного віку страждають на дисплазію ГЗ [1–7]. Не дивлячись на те, що дисгормональна природа захворювань ГЗ не викликає сумнівів, дані світової літератури про патогенез різні. Зокрема існують інші думки про чинники, що сприяють розвитку мастопатії:

- порушення процесів апоптозу,
- дисбаланс імунної системи,
- стан рецепторного апарату тощо [1–7].

Водночас захворювання ГЗ часто спостерігаються у жінок з овуляторними циклами і непорушеною репродуктивною функцією. В даному випадку вирішальну роль у виникненні патології ГЗ відіграє не абсолютна величина гормонів у плазмі крові, а стан рецепторів статевих стероїдів у тканині залози, оскільки стан рецепторного апарату визначає виникнення патологічного процесу [4, 5].

Протягом багатолітніх досліджень визначена структура гінекологічної захворюваності жінок з ДДГЗ, виділені чинники ризику розвитку гіперпластичних процесів ГЗ, встановлений характер змін ГЗ у жінок з різними гінекологічними захворюваннями [1, 3, 6]. Однак на сучасному етапі недостатньо вивчені саме імунологічні аспекти ДДГЗ.

Мета дослідження: вивчити сучасні імунологічні аспекти ДДГЗ у жінок репродуктивного віку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети обстежено 90 пацієнток віком від 22 до 45 років, яких було розподілено на три групи по 30 жінок:

- 1-а група (група контролю) – жінки без патології ГЗ;
- 2-а група – пацієнтки з дифузною формою ДДГЗ;
- 3-я група – пацієнтки з вузловою формою ДДГЗ.

Критерії включення до 1-ї групи:

- відсутність скарг,
- відсутність клінічних проявів,
- відсутність патологічного процесу під час клінічного обстеження.

Критерії включення до 2-ї і 3-ї груп:

- наявність скарг на біль,
- ущільнення в ГЗ,
- виділення із сосків;
- відсутність клінічних проявів, при обстеженні яких виявилися патологічні зміни в ГЗ.

Усіх пацієнток було обстежено за спеціально розробленою програмою.

Було вивчено гінекологічний і мамологічний статус – єдиний скринінг клініко-ендокринологічних та ехографічних показників.

З метою вивчення сироваткової імунореактивності застосовано метод «ЕЛІ-П-Тест» (ELISA-detected Probably of pathology), заснований на стандартному імуноферментному аналізі. Цей метод ґрунтується на визначенні вмісту ембріотропних антитіл в крові жінок.

Згідно із сучасними підходами, кордони «нормальної імунореактивності» знаходяться у межах від -15% до +40% оптичної щільності від сироватки-еталону (класифікаційна група K1). Вміст ембріональних антитіл (e-AT) у даному діапазоні є оптимальним. Для оцінювання отриманих результатів застосовували ранжирування. В разі, якщо інтенсивність реакції досліджуваної сироватки з будь-яким з чотирьох білків-антигенів виходить за межі групи:

- K1, але становить не менше -25% і не більше +65% по відношенню до реакції сироватки-еталону, дана сироватка належить класифікаційної групи K2 (слабкі відхилення);
- K1 і K2, але становить не менше -45% і не більше +100% по відношенню до реакції сироватки-еталону, дана сироватка належить до класифікаційної групи K3 (помірні відхилення);

- K1, K2 і K3, але становить не менше -65% і не більше +150% по відношенню до реакції сироватки-еталону, дана сироватка належить до класифікаційної групи K4 (значні відхилення);
- K1, K2, K3 і K4, але становить не менше -75% і не більше +200% по відношенню до реакції сироватки-еталону, дана сироватка належить до класифікаційної групи K5 (різкі відхилення);
- K1, K2, K3, K4 і K5, сироватка належить до класифікаційної групи K6 («ексквізитні відхилення», згідно з класифікацією).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Порівняльний аналіз багаточисельних клініко-анамнестичних даних пацієнток з ДДГЗ виявив наступні особливості.

Вік пацієнток з ДДГЗ у 86,7% випадків припадав на пізній репродуктивний період. Більшість обстежених жінок входили у вікову категорію 41–45 років. Вік жінок з дифузною формою ДДГЗ вище за такий у пацієнток з вузловими формами ДДГЗ на $2,1 \pm 0,2$ року.

Висока частота екстрагенітальної патології у всіх групах свідчить про низький індекс здоров'я пацієнток. Під час аналізу соматичного здоров'я виявлено, що жінки з обстежених пацієнток мала одне або декілька хронічних екстрагенітальних захворювань. Порушення жирового обміну спостерігалось більш ніж у половини досліджуваних (56,7%), 26,7% жінок страждали ожирінням, що свідчить про наявність у цих жінок відносної гіперестрогенії. У групі з вузловою формою ДДГЗ пацієнток з нормальною масою тіла спостерігалось в два рази більше, ніж у групі з дифузною формою ДДГЗ ($p < 0,05$).

Більшість обстежуваних жінок мали в анамнезі хронічні захворювання печінки і травного тракту. У кожній п'ятій пацієнтки (20,0%) діагностовано захворювання сечовивідних шляхів. У середньому індекс соматичного здоров'я набагато вище у пацієнток групи контролю. Біля третини (30,0%) досліджуваних жінок курити. Більше інших курили пацієнтки з вузловою формою ДДНЗ. Можна передбачити, що хронічні екстрагенітальні захворювання і куріння зумовлюють розвиток доброякісних дисплазій ГЗ.

Аналіз менструальної і генеративної функції продемонстрував, що раннє менархе, порушення менструального циклу достовірно частіше спостерігалися у пацієнток групи з дифузною формою ДДГЗ. Слід зазначити, що у пацієнток даної групи міома матки спостерігалася у 3 рази частіше, а гіперпластичні процеси ендометрія – у 5 разів частіше, ніж в групі контролю. Отримані в результаті проведеного аналізу дані дозволяють проводити паралелі в патогенезі ДДГЗ, міоми матки і гіперпластичних процесів ендометрія.

Менше половини пацієнток групи контролю мали в анамнезі штучні переривання вагітності. У групах з наявністю ДДГЗ у 2/3 пацієнток фіксували в анамнезі один і більше абортів, що, можливо, несприятливо вплинуло на стан ГЗ.

Аналіз методів контрацепції довів, що комбіновані оральні контрацептиви застосовували 6,7% пацієнток з ДДГЗ. У групі контролю цей показник був у 3 рази вище (23,3%).

Під час аналізу лактаційної функції було виявлено короткий час лактації або відсутність лактації більше, ніж у половини пацієнток з ДДГЗ.

Особливу увагу в дослідженні приділено гінекологічному статусу пацієнток. У структурі гінекологічних захворювань домінували доброякісні захворювання шийки матки, міома матки, аденоміоз, запальні захворювання органів малого таза. Ек-

топія шийки матки в анамнезі або під час обстеження була виявлена більше ніж у половини пацієток з ДДГЗ, що достовірно ($p < 0,05$) частіше, ніж у пацієток групи контролю. Міома матки і аденоміоз спостерігалися у 30,0% пацієток з ДДГЗ, що у три рази частіше, ніж у пацієток групи контролю. Під час вивчення гінекологічної захворюваності були виявлені сильні корелятивні залежності гіперпластичних процесів ендометрія від віку $r = 0,95$ і захворювань шийки матки від запальних захворювань вульви і піхви $r = 1,0$.

Отже, до чинників ризику розвитку ДДГЗ належать:

- наявність хронічних екстрагенітальних захворювань,
- куріння,
- раннє менархе,
- порушення менструального циклу,
- міома матки,
- аденоміоз,
- штучне або мимовільне переривання вагітності.

За результатами ЕЛІ-П-тесту всіх пацієток було розподілено на три групи:

- гіпореактивний аналіз крові,
- нормореактивний аналіз крові,
- гіперреактивний.

Аналіз сироваткової реактивності продемонстрував, що порушення в імунологічному статусі були виявлені у переважній кількості пацієток (80–91%). Водночас у більшості спостережень вміст ембріотропних аутоантитіл був знижений. Найбільш характерним для пацієток з ДДГЗ були поєднані зміни у вмісті антитіл до білка S-100. Вміст антитіл до білка був знижений у 82% випадків, тобто у всіх гіпореактивних пацієток.

У групі контролю було виявлено найбільшу кількість нормореактивних пацієток (32,4%). Але і в цій групі у більшості пацієток вміст ембріотропних антитіл у сироватці крові був зниженим (62,5%). У даній групі наголошувалися поєднані відхилення показників рівня е-АТ до білків АСВР 14/18 і МР-65, причому як у бік зниження, так і в бік підвищення. Діапазон значень становив від -35% до -70%, у разі підвищеної продукції е-АТ – від +42% до +180%. Ізольоване підвищення е-АТ у даній групі зустрічалось в два рази рідше, ніж у групах з ДДГЗ.

У групі з дифузною формою ДДГЗ нормореактивних пацієток виявилось в два рази менше, ніж в інших групах (9,3%). Так само в цій групі виявилася найбільша кількість пацієток з підвищеним рівнем ембріотропних аутоантитіл (11,6%). Аналіз ступеня відхилення показників рівня е-АТ продемонстрував, що найбільш сильні відхилення кількостей ембріотропних аутоантитіл спостерігаються у пацієток з дифузною формою ДДГЗ. Діапазон значень рівня реакцій з білками АСВР 14/18, S-100 у випадках зниженої продукції е-АТ становив від -72% до -142%, а при підвищеній продукції коливався від +52% до +228%.

У пацієток з вузловою формою ДДГЗ у більшості фіксували знижений вміст Е-АТ (70,0% $>$). У цій групі відзначені часті поєднані зміни у вмісті антитіл, пацієтки виявилися гіпореактивними до білка МР-65, АСВР 14/18 і гіперреактивними до білка S-100.

Гіпореактивний стан імунітету пояснюється підвищеним антитілоутворенням, що свідчить про персистенцію хронічної інфекції. У більшості пацієток дуже високий коефіцієнт гінекологічної захворюваності (1,8), а індекс соматичного здоров'я низький навіть у групі контролю. Пацієтки групи контролю достовірно частіше, ніж

пацієнтки з вузловою формою ДДГЗ були нормореактивні, але і в цій групі у 62,5% пацієнток знижена продукція е-АТ.

Більшість жінок з гінекологічною патологією належали до категорії гіпореактивних. У жінок з кістами яєчників у 100% була знижена продукція е-АТ. У розподілі інших гінекологічних захворювань достовірних відмінностей виявлено не було.

Проведений аналіз продемонстрував, що розвиток будь-яких захворювань супроводжується стійкими змінами синтезу і розпаду молекулярних компонентів клітин тіла. Ці кількісні зміни молекулярного складу спостерігаються в змінах сироваткового вмісту відповідних аутоантитіл. Для виявлення специфічних імунних змін, здатних впливати на діяльність клітин різних типів, що визначають функціональну активність різних органів і тканин, було застосовано методи групи ЕЛІ-П-Тест. У переважної більшості пацієнток з наявністю патології в ГЗ спостерігався гіпореактивний стан імунітету (73,9%), який пояснюється підвищеним антитілоутворенням, що свідчить про персистенцію хронічної інфекції і наявність хронічного захворювання.

Нормореактивними виявилися лише кожна п'ята пацієнтка групи контролю і лише кожна десята пацієнтка групи з дифузною формою ДДГЗ. Проведене дослідження довело, що імунологічні детермінанти відіграють істотну роль і є чинниками ризику й ініціальною ланкою патогенезу ДДГЗ.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що до чинників ризику доброякісної дисплазії грудних залоз (ДДГЗ) належать наявність хронічних екстрагенітальних захворювань, куріння, раннє менархе, порушення менструального циклу, міома матки і аденоміоз, штучний або мимовільний переривання вагітності.

Проведене дослідження продемонструвало, що імунологічні детермінанти відіграють істотну роль і є чинниками ризику й ініціальною ланкою патогенезу ДДГЗ. Отримані результати слід враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Роль иммунологических нарушений в патогенезе доброкачественной дисплазии грудных желез у женщин репродуктивного возраста **С.Е. Гладенко**

Целью исследования было изучение современных иммунологических аспектов доброкачественной дисплазии грудных желез (ДДГЖ) у женщин репродуктивного возраста.

Были обследованы 90 пациенток в возрасте от 22 до 45 лет, которых распределили по трем группам по 30 женщин. В 1-ю группу (группа контроля) вошли женщины без патологии в ГЖ, во 2-ю группу – пациентки с диффузной формой ДДГЖ, в 3-ю группу – пациентки с узловой формой ДДГЖ. В комплекс проведенных исследований были включены клинические, иммунологические и статистические методы.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что к факторам риска развития ДДГЖ можно отнести наличие хронических экстрагенитальных заболеваний, курение, раннее менархе, нарушения менструального цикла, миомы матки и аденомиоза, искусственное или самопроизвольное прерывание беременности. Проведенное исследование продемонстрировало, что иммунологические детерминанты играют существенную роль и являются факторами риска и инициальным звеном патогенеза доброкачественной патологии ГЖ.

Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: доброкачественная дисплазия грудных желез, патогенез, иммунология.

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

Role immunological aspects of good-quality dysplasia of mammary glands at women of reproductive age

S.E. Gladenko

Research objective – to study modern immunologic aspects of good-quality dysplasia of mammary glands at women of reproductive age.

Were surveyed 90 patients aged from 22 till 45 years which are divided into 3 groups on 30 women: 1 group - group of control - the woman without pathology in mammary glands. The 2nd group included patients with diffuse form of good-quality dysplasia of mammary glands. The 3rd group was made by patients with a nodal form of a good-quality dysplasia of mammary glands. The complex the researches included clinical, immunologic and statistical methods.

Results of the conducted researches testify that it is possible to refer existence of chronic extragenital diseases, smoking, an early menarche to risk factors of development of a good-quality dysplasia of mammary glands, disturbances of a menstrual cycle, hysteromyoma and an adenomyosis, an artificial or spontaneous abortion. The research conducted by us proved that immunologic determinants play an essential role and are risk factors and an initial link of pathogenesis of benign pathology of mammary glands.

The received results needs to be considered when developing algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Keywords: *good-quality dysplasia of mammary glands, pathogenesis, immunology.*

Відомості про автора

Гладенко Світлана Євгенівна – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 01011, м. Київ, вул. Арсенальна, 5. *E-mail:* pror-first@nmapo.edu.ua

Сведения об авторе

Гладенко Светлана Евгеньевна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национального университета здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. *E-mail:* pror-first@nmapo.edu.ua

Information about the author

Gladenko Svitlana E. – Department of obstetrics, gynaecology and perinatology of Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 01011, Kyiv, 5 Arsenalna Str. *E-mail:* pror-first@nmapo.edu.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Шурпяк СО, Пирогова ВІ. 2018. Репродуктивне здоров'я і коморбідні стани. Аспекти діагностики, лікування і реабілітації. Львів: Простір-М: 224.
2. Hammad AE. 2016. Women and health security. *Wld Hlth Statist. Quart.* 49(2):74-7.
3. Вольф М. фон, Шуте П. 2017. Гинекологическая эндокринология и репродуктивная медицина, пер.с нем.под ред. ЕН Андреевой. М.: МЕДпресс-информ: 512.
4. Радзинский ВЕ. 2011. Репродуктивное здоровье: Учеб. пособие. М.: РУДН: 727.
5. Запорожан ВМ та ін. 2018. Акушерство та гінекологія: у 4-х т.: національний підручник. К.: ВСВ Медицина: 1032.
6. Корнацька АГ, Татарчук ТФ, Дубенко ОД. 2017. Безплідність та доброякісні захворювання молочної залози. Київ: 271.
7. 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.

Вплив апоплексії яєчника на акушерські та перинатальні наслідки розродження

О.М. Іщак

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

Метою дослідження був аналіз впливу апоплексії яєчника на акушерські та перинатальні наслідки розродження.

У дослідженні взяли участь 62 роділлі (основна група, $n=62$), яких до вагітності було прооперовано з приводу апоплексії яєчника, і 60 пацієнток групи контролю ($n=60$), які в анамнезі не мали зазначену вище патологію. Середній вік жінок становив $26,1 \pm 2,3$ року, інтервал часу від епізоду апоплексії яєчника до вагітності – $5,44 \pm 2,7$ року.

У ході дослідження встановлено, що головним ускладненням у I триместрі вагітності стали репродуктивні втрати, переважно – завмерла вагітність. У ранні терміни гестації загроза переривання у 3 рази частіше спостерігалась в основній групі, ніж у контрольній. У II триместрі привертає увагу кілька фактів ускладнень, які характерні для пацієнток основної групи: значне поширення гострої або хронічної інфекційної патології у стадії загострення (51,6% проти 11,7% у групі контролю), розвиток прееклампсії у 2 рази частіше серед вагітних з апоплексією яєчника (38,7% проти 20,0%), а також анемія легкого ступеня (40,3% проти 21,6%).

Результати дослідження свідчать про високу частоту передчасного вилиття навколоплідних вод у вагітних з апоплексією яєчника (29,0% проти 13,3%), стрімкий перебіг пологів (16,1% проти 1,7%), обвиття пуповиною (33,9% проти 15,0%), гіпотонічні кровотечі у ранній післяпологовий період (14,5% проти 1,67%). Частота кесарева розтину істотно не відрізнялась в обох групах ($p>0,05$). Оцінка новонароджених за шкалою Апгар не мала статистично значущих відмінностей.

Вагітні, які мали в анамнезі оперативне лікування апоплексії яєчника, належать до групи ризику щодо розвитку невиношування вагітності в ранні терміни, ускладненого перебігу гестації, пологів і післяпологового періоду. Аналіз репродуктивної функції жінок обстежуваних груп відобразив проблеми гестації переважно в ранні терміни у вигляді репродуктивних втрат або симптомів мимовільного абортів, на пізніх строках ускладнення вагітності були зумовлені переважно екстрагенітальною патологією.

Отримані в ході дослідження дані на практиці мають сприяти розробленню реабілітаційних заходів і прегравідарної підготовки, які спрямовані на відновлення репродуктивного здоров'я та профілактику ускладнень вагітності і пологів у жінок цієї групи ризику.

Ключові слова: вагітність, апоплексія яєчника, акушерські та перинатальні наслідки.

Стан репродуктивного здоров'я жінок залишається однією з найбільш важливих медико-соціальних і клініко-організаційних проблем у сучасних соціально-економічних умовах. Репродуктивне здоров'я населення України, навіть якщо розглядати лише поширеність хвороб репродуктивної системи, не відповідає міжнародним стандартам. До того ж протягом останнього десятиріччя соціально-економічні зміни значно погіршили умови життя, стали причиною емоційної депресії населення і відсутності засобів, необхідних для збереження здоров'я та народження дітей [1].

З кожним роком зростає кількість гінекологічних захворювань і питома вага жінок, які потребують оперативного гінекологічного лікування, що визначає необхідність розроблення й обґрунтування критеріїв та показань до госпіталізації, хірургічного лікування, вибору найбільш оптимальних, ефективних і функціонально безпечних методів оперативного лікування [2].

В умовах сьогодення не менш актуальною залишається проблема післяопераційних ускладнень, серед яких загрозливішими є внутрішньочеревні й акушерські кровотечі [3]. Незважаючи на впровадження в медичну практику нових діагностичних технологій, своєчасна діагностика цих ускладнень нерідко залишається утрудненою, в той час коли вони потребують невідкладної хірургічної допомоги, в наданні якої беруть участь не тільки акушери-гінекологи, але і лікарі інших спеціальностей [2, 3].

Одним із невідкладних станів, що найчастіше спостерігається в гінекологічній практиці і потребує термінового хірургічного втручання, є апоплексія яєчника [4]. Патологія виникає переважно в молодому віці і має не тільки медичне, але й соціальне значення, що вимагає пошуку таких методів хірургічного лікування, які б дозволили максимально зберегти уражений орган, запобігти розвитку вираженого спайкового процесу в черевній порожнині і таким чином зберегти репродуктивну функцію жінки [5].

Апоплексія яєчника – це порушення цілісності тканини яєчника, що є причиною кровотечі у черевну порожнину. Частота даної патології серед гінекологічних хворих становить від 0,3% до 5,0%, може мати тяжкий перебіг і навіть погрожувати життю, а у 40% пацієнток потребує екстреного хірургічного втручання [4]. Серед причин внутрішньочеревних кровотеч від 0,5% до 2,5% припадає на апоплексію яєчника [5].

Кровотечі з яєчника можуть виникати з його строми, фолікула під час овуляції, фолікулярної кісти або кісти жовтого тіла. В основі патогенезу апоплексії лежать особливості фолікули яєчника [2]. В яєчнику відбуваються циклічні зміни: в період дозрівання фолікула судини розширюються, кровопостачання посилюється. У різних фазах менструального циклу змінюється проникистість судин, що створює сприятливий фон для порушення цілісності тканини яєчника під впливом деяких зовнішніх і внутрішніх факторів. Апоплексію яєчника можуть спричинити травми живота, оперативні втручання, запальні процеси в ділянці малого таза, бурхливі статеві зносини, нервово-психічні стреси, а також нейроендокринні розлади в організмі жінки, що підтверджується виникненням апоплексії в середині менструального циклу або перед менструацією, коли у крові є велика кількість гонадотропних гормонів [4].

Апоплексія яєчника є однією з головних причин виникнення синдрому «гострого живота» у жінок репродуктивного віку, з яких 75% не досягають віку 30 років [5]. Відсутність постійних симптомів і чіткої, притаманної тільки для даної нозології, симптоматології, різноманітний перебіг захворювання, його багатопричинність роблять діагностику цього захворювання однією з важких задач в гінекологічній практиці.

Найчастіше при апоплексії встановлюють діагноз гострого апендициту, а при ярній кровотечі – позаматкової вагітності [4]. Підозра на апоплексію яєчника потребує невідкладної госпіталізації пацієнтки, клінічного спостереження і лікування. Обсяг оперативного втручання визначається станом яєчника: якщо в ділянці яєчника виявляють велику гематому, тканини його зруйновані, яєчник видалають (оваріоектомія); якщо ж гематома невелика, видно судину, яка кровоточить, розрив зашивають або виконують клиноподібну резекцію яєчника. Проводять корекцію показників гемодинаміки та гомеостазу шляхом відновлення об'єму циркулюючої крові, адекватної протишокової, антианемічної терапії, зміцнювальних засобів [6].

Впровадження в клінічну практику ендоскопічних методик дозволило суттєво змінити діагностичну і лікувальну тактику при багатьох гінекологічних захворюваннях, особливо при станах, що супроводжуються внутрішньочеревними кровотечами, до яких належить і апоплексія яєчника. Завдяки розвитку нових малоінвазивних медичних технологій органозберігаючі операції сьогодні виконують переважно шляхом лапароскопії [6]. Даний метод має низку переваг перед «відкритими» операціями: мала травматичність, висока прецизійність оперативної техніки, нетривалий термін перебування хворих у стаціонарі, зниження ризику виникнення гриж у післяопераційний період [6].

Проблема збереження репродуктивної функції жінок після оперативного лікування апоплексії яєчника останніми роками набуває все більшої соціальної і медичної значущості. Це зумовлено невпинним збільшенням кількості пацієток, які перебувають під амбулаторним наглядом після оперативних втручань на яєчниках, і високим відсотком порушень репродуктивного здоров'я в даній групі, що багато в чому визначає і погіршення якості життя, передусім у молодому віці [5].

Сьогодні у доступній медичній літературі можна знайти небагато спостережень щодо впливу перенесеної апоплексії яєчника і проведеного як консервативного, так і хірургічного лікування на фертильність жінок, а також перебіг вагітності і пологів [7]. Однак будь-яке оперативне втручання на яєчниках призводить до проблем у реалізації жіночої репродуктивної функції не тільки в природних циклах, але й при застосуванні процедури екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) [5]. Наслідком хірургічного лікування даної оваріальної патології є зміна концентрації гонадотропних гормонів через погіршення мікроциркуляторного кровообігу навколо домінантного фолікула, спричиненого патологічним процесом, який вже мав місце, і набутим порушенням в оваріальному судинному басейні [4]. Результатом цих процесів може стати порушення функції яєчника.

Так, за деякими даними, у віддалений післяопераційний період спостерігається висока частота ановуляторних циклів з утворенням фолікулярних кіст або лютеїнізацією неовульованих фолікулів з розвитком рецидивів апоплексії яєчника, що підтверджують морфологічні дослідження оваріальної тканини [8]. До того ж відомо, що у пацієток після перенесеної апоплексії яєчника фіксують зниження функціональної активності жовтого тіла – недостатність лютеїнової фази, через що їм рекомендується реалізовувати репродуктивну функцію протягом двох років після хірургічного лікування. Адже через декілька років після оперативного втручання вірогідність настання вагітності різко зменшується, що може стати приводом для звернення до ЕКЗ [9].

Щодо структури ускладнень перебігу вагітності і пологів у пацієток з апоплексією яєчника в літературних інформаційних джерелах інформації взагалі дуже мало. За деякими даними, у вагітних, які в анамнезі мають апоплексію яєчника, переважа-

ють ускладнення в ранні терміни гестації зазвичай за рахунок клінічних проявів мимовільного абортів та/або вагітності, яка не розвинулась. При цьому частота ускладнень в пізні терміни гестації в пологах була співставна із середньопопуляційною [10].

Оцінювання менструальної функції після оперативного лікування протягом 5 років, за деякими дослідженнями, демонструє, що після резекції яєчника кількість пацієнок без порушень менструальної функції збільшилася через 1 рік спостереження в 1,9 разу. Зі збільшенням тривалості спостереження до 4–5 років і більше після оперативного лікування кількість пацієнок з незмінним менструальним циклом зменшилася після лапароскопічної резекції яєчника в 1,1 разу, а кількість вагітностей, що закінчились пологами, збільшилася після операції з 32% до 40%. Кількість пацієнок, у яких вагітність закінчилася абортів, після операції знизилася порівняно з доопераційним з 56% до 46% [11].

У літературі питання реабілітації пацієнок, які перенесли апоплексію яєчника, з використанням преформованих методів, протизапального лікування і комбінованої оральної контрацепції широко вивчені [12]. Однак аналіз сучасних наукових даних демонструє фрагментарність існуючих схем реабілітації і відсутність комплексної системи відновлення репродуктивної функції, яка була би спрямована на поетапну прекоцепційну підготовку з корекцією системи гемостазу, починаючи від гострого періоду апоплексії яєчника. Крім того, не вивчена структура гестаційних і післяпологових ускладнень, профілактика яких повинна стати основою прегравідарної підготовки.

Невирішеність і спірність багатьох аспектів діагностики, лікування і реабілітації роблять нагальними сучасні наукові дослідження в даному напрямку, а зростання частоти виявлення апоплексії яєчників останніми роками актуалізувало вивчення зазначеної вище патології. Отримані в ході дослідження дані на практиці мають сприяти розробленню реабілітаційних заходів і прегравідарної підготовки, які спрямовані на відновлення репродуктивного здоров'я та профілактику ускладнень вагітності і пологів у жінок цієї групи ризику.

Мета дослідження: аналіз впливу апоплексії яєчника на акушерські та перинатальні наслідки розродження.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У ході дослідження проаналізовано історії пологів 62 породіль, які в анамнезі перенесли оперативне втручання з приводу апоплексії яєчника. Вік пацієнок коливався від 18 до 35 років (середній вік – $26,1 \pm 2,3$ року). Інтервал від епізоду апоплексії яєчника до вагітності становив $5,44 \pm 2,7$ року. До контрольної групи увійшли 60 пацієнок. Контрольна група сформована шляхом випадкової вибірки історій пологів жінок, які не мали в анамнезі апоплексію яєчника.

Критерії включення до дослідження:

- підтверджений інтраопераційно діагноз апоплексії яєчника,
- вік від 18 до 35 років,
- згода пацієнтки на клінічне дослідження.

Критерії виключення з дослідження:

- пацієнтки, які отримали консервативний курс лікування апоплексії яєчника,
- наявність клінічно значущих захворювань органів малого таза,
- екстрагенітальна патологія, яка потребує медикаментозного лікування або значно впливає на оцінювання досліджуваних параметрів,
- зловякісні захворювання,

- залежність від алкоголю та/або наркотиків,
- психічне захворювання або неієздатність та інші стани і захворювання, що можуть вплинути на результати дослідження.

Усім пацієнткам проводили комплексне обстеження із застосуванням клінічних, інструментальних і лабораторних методів дослідження. Ретельно вивчали дані анамнезу, антропометричні показники, оцінювали менструальну і репродуктивну функції, бімануальне піхвове обстеження, виконували загальноклінічні та лабораторні тести, ультразвукове дослідження органів малого таза, доплерометрію кровообігу в яєчниковій артерії, оцінювали обсяг оперативного втручання, перебіг післяопераційного періоду, а також проводили додаткові дослідження щодо функціонального стану органів і систем. Групи були однорідними за віком і статистично зіставними.

Протягом усього періоду вагітності пацієнтки перебували 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». Оцінювання статистичної значущості відмінностей проводили із застосуванням параметричного t-критерію Стьюдента для незалежних вибірок.

Таблиця 1

Перебіг вагітності у породіль з апopleксією яєчника в анамнезі і в групі контролю

Ускладнення перебігу вагітності	Частота ускладнень			
	Основна група, n=62		Контрольна група, n=60	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Репродуктивні втрати на ранніх строках гестації	18	29,0*	8	13,3*
Аntenатальна загибель плода в анамнезі	2	3,25	8	13,3
Преєклампсія	24	38,7*	12	20,0*
Плацентарна дисфункція (IA, IAB)	7	11,3	12	20,0
Низька плацентація	4	6,5	2	3,3
Анемія легкого ступеня	25	40,3*	13	21,6*
Загроза переривання до 12 тиж вагітності	34	54,8*	12	20,0*
Патологія навколоплідних вод	18	29,0	11	18,3
Хронічна гіпоксія плода	9	14,5	5	8,3
Гостра та/або загострення хронічної патології під час вагітності	32	51,6*	7	11,7*

Примітка. * – При $p < 0,05$ розбіжності між показниками достовірні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Отримані результати структури ускладнень вагітності наведені в табл. 1, де продемонстровано обтяжений акушерський анамнез породіль основної групи: репродуктивні втрати на ранніх строках гестації, переважно у вигляді вагітності, що не розвинулась.

Як бачимо, перебіг вагітності ускладнювався загрозою переривання у I триместрі в основній групі у 3 рази частіше, ніж у контрольній (54,8% проти 20,0%), що свідчить про недостатність функції жовтого тіла при плаценті, що не сформована. До того ж привертає увагу високий відсоток інфекційної патології у пацієнток основної групи внаслідок розвитку гострих або загострення хронічних процесів під час вагітності, що спостерігали в основній групі у 4,4 разу частіше порівняно з групою контролю (51,6% проти 11,7%).

Висока частота виявлення преєклампсії в основній групі (38,7% проти 20,0%) може бути асоційована з патологією судинно-тромбоцитарного ланцюга гемостазу у пацієнток, які мали в анамнезі апоплексію яєчника. Ще однією особливістю гестаційного перебігу у II і III триместрах виявилась анемія легкого ступеня (40,3% проти 21,6%).

Отже, представлені в табл. 1 дані відображають проблеми гестації переважно в ранніх термінах у вигляді репродуктивних втрат або симптомів самовільного аборт-

Таблиця 2

Перебіг пологів і післяпологового періоду у породіль з апоплексією яєчника в анамнезі і в групі контролю

Ускладнення перебігу пологів і післяпологового періоду	Частота ускладнень			
	Основна група, n=62		Контрольна група, n=60	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Відшарування плаценти	1	1,61	1	1,67
Слабкість пологових сил	9	14,50	5	8,30
Стрімкі пологи	10	16,10*	1	1,67*
Обвиття пуповиною	21	33,90*	9	15,0*
Передчасне вилиття навколоплідних вод	18	29,0*	8	13,30*
Безводний проміжок понад 12 год	2	3,22	2	3,30
Великий плід	6	9,70	14	23,30
Гіпотрофія плода	4	6,40	7	11,70
Асфіксія легкого ступеня	2	3,22	2	3,30
Інтранатальна загибель плода в анамнезі	1	1,61	2	3,30
Дискоординація пологової діяльності	7	11,20	2	3,30
Передчасні пологи	1	1,61	6	10,0
Гіпотонічна кровотеча у ранній післяпологовий період	9	14,50*	1	1,67*

Примітка. * – При $p < 0,05$ розбіжності між показниками достовірні.

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

ту. На пізніх строках ускладнення вагітності зумовлені екстагенітальною патологією. Дані факти підтверджують середньопопуляційну частоту ускладнень, описаних у літературних джерелах [10, 11].

Особливості пологів і післяпологового періоду у пацієток двох груп представлені у табл. 2.

Згідно з даними табл. 2, перебіг пологів у пацієток з апоплексією яєчника частіше ускладнювався такими станами, як передчасне вилиття навколоплідних вод (29,0% проти 13,3%). За даними сучасних інформаційних джерел, частота інших ускладнень не перевищує середньопопуляційні показники [8, 10]. Однак в ході даного дослідження отримано принципово інші результати: у породіль основної групи у 9,5 разу частіше спостерігався розвиток надмірно сильної пологової діяльності зі стрімким перебігом пологів (16,1% проти 1,7%); у кожній третій жінки пологи ускладнювались обвиттям пуповини (33,9% проти 15,0%).

Також не було виявлено збільшення частоти розродження оперативним шляхом у вагітних із перенесеною апоплексією яєчників в анамнезі. Частота кесарева розтину істотно не відрізнялась в обох обстежуваних групах ($p > 0,05$).

Крововтрата у післяпологовий період становила в основній групі 380 ± 40 мл, у контрольній – 280 ± 20 мл, що мало статистично значущі відмінності ($p < 0,05$). При цьому гіпотонічні кровотечі у ранній післяпологовий період фіксували в основній групі у 8 разів частіше, ніж у групі контролю. Отже, аномалії пологової діяльності в сукупності з дисбалансом фібринолітичних і прокоагуляційних властивостей системи гемостазу призводили до патологічної крововтрати в пологах, гіпотонічним кровотечам, які ще більше погіршували гемостатичні порушення, які вже сталися.

Оцінка новонароджених за шкалою Апгар не виявила статистично значущих розбіжностей у групах порівняння: в основній групі вона становила $7,61 \pm 0,5$ бала на першій хвилині і $7,87 \pm 0,3$ бала на п'ятій хвилині, у контрольній групі – $7,72 \pm 0,4$ і $7,92 \pm 0,5$ бала відповідно ($p < 0,05$). Неонатальний період характеризувався розвитком таких ускладнень, як церебральна ішемія, морфофункціональна незрілість, синдром гіперзбудження, синдром гальмування, кривошия, кефалогематома в обох групах у рівних відсотках ($p < 0,05$).

Отже, основними ускладненнями перебігу вагітності і пологів у пацієток з апоплексією яєчника в анамнезі були невиношування вагітності в ранні строки гестації, прееклампсія, гестаційна анемія, передчасне вилиття навколоплідних вод, обвиття пуповиною, розвиток надмірно сильної пологової діяльності зі стрімким перебігом пологів, патологічна крововтрата в пологах, гіпотонічні кровотечі у ранній післяпологовий період.

Отже, вагітні з оперативним лікуванням апоплексії яєчника в анамнезі мають високі ризики щодо розвитку гестаційних ускладнень у ранні терміни: загроза мимовільного аборту і репродуктивні втрати (завмерла вагітність), у пізні – прееклампсія, гестаційна анемія легкого ступеня, інфекційна патологія екстрагенітальної локалізації. Породіллі, які перенесли до вагітності апоплексію яєчника, належать до групи ризику з передчасного вилиття навколоплідних вод, надмірно сильною пологовою діяльністю зі стрімким перебігом пологів, розвитком гіпотонічної кровотечі.

Практична значущість отриманих результатів полягає в обґрунтуванні розроблення реабілітаційних заходів і прегравідарної підготовки, спрямованих на відновлення репродуктивного здоров'я і профілактику ускладнень вагітності і пологів у жінок даної групи ризику.

Влияние апоплексии яичника на акушерские и перинатальные исходы родоразрешения

О.Н. Ищак

Целью исследования был анализ влияния апоплексии яичника на акушерские и перинатальные исходы родоразрешения.

В исследовании участвовали 62 роженицы (основная группа), которых до беременности прооперировали по поводу апоплексии яичника, и 60 пациенток группы контроля, не имеющие в анамнезе указанную патологию. Средний возраст женщин составил $26,1 \pm 2,3$ года, интервал времени от эпизода апоплексии яичника до беременности – $5,44 \pm 2,7$ года.

В ходе исследования установлено, что главным осложнением в I триместре беременности стали репродуктивные потери преимущественно в виде замершей беременности. В ранние сроки гестации угроза прерывания наблюдалась в 3 раза чаще в основной группе, чем в контрольной. Во II триместре привлекает внимание несколько фактов осложнений, характерных для пациенток основной группы: широкое распространение острой или хронической инфекционной патологии в стадии обострения (51,6% против 11,7% в группе контроля), развитие преэклампсии в 2 раза чаще среди беременных с апоплексией яичника (38,7% против 20,0%), а также анемия легкой степени (40,3% против 21,6%).

Результаты исследования свидетельствуют о высокой частоте преждевременного излития околоплодных вод у беременных с апоплексией яичника (29,0% против 13,3%), стремительное течение родов (16,1% против 1,7%), обвитие пуповиной (33,9% против 15,0%), гипотонические кровотечения в ранний послеродовой период (14,5% против 1,67%). Частота кесарева сечения существенно не отличалась в обеих группах ($p > 0,05$). Оценка новорожденных по шкале Апгар не имела статистически значимых различий.

Беременные, имевшие в анамнезе оперативное лечение апоплексии яичника, относятся к группе риска по развитию невынашивания беременности в ранние сроки, осложненного течения гестации, родов и послеродового периода. Анализ репродуктивной функции женщин обследуемых групп отразил проблемы гестации преимущественно в ранние сроки в виде репродуктивных потерь или симптомов самопроизвольного аборта, на поздних сроках осложнения беременности были обусловлены в основном экстрагенитальной патологией.

Полученные в ходе исследования данные на практике должны способствовать разработке реабилитационных мероприятий и прегравидарной подготовки, направленных на восстановление репродуктивного здоровья и профилактику осложнений беременности и родов у женщин этой группы риска.

Ключевые слова: беременность, апоплексия яичника, акушерские и перинатальные исходы.

Influence of apoplexy of ovary is on the obstetric and perinatal results of delivery

O.M. Ishak

Research purpose – to learn influence of apoplexy of ovary on the obstetric and perinatal results of delivery.

The study involved 62 women in labor (main group), who were operated on for ovarian apoplexy before pregnancy, and 60 patients in the control group, who did not have this pathology in the anamnesis. The average age of women was $26,1 \pm 2,3$ years, the time interval from an episode of ovarian apoplexy to pregnancy was $5,44 \pm 2,7$ years.

The study found that the main complication in the first trimester of pregnancy was reproductive loss, mainly in the form of a stillborn pregnancy. In the early stages of gestation, the threat of abortion was 3 times more often observed in the main group than in the control group. In the second trimester draws attention to several facts of complications that are characteristic of patients in the main group: the widespread prevalence of acute or chronic infectious pathology in the acute stage (51,6% vs. 11,7% in the control group), the development of preeclampsia 2 times more often among pregnant women with ovarian apoplexy (38,7% vs. 20,0%), as well as mild anemia (40,3% vs. 21,6%).

The results of the study indicate a high frequency of premature ejaculation of amniotic fluid in pregnant women with ovarian apoplexy (29,0% vs. 13,3%), rapid labor (16,1% vs. 1,7%), umbilical

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

cord entanglement (33,9% vs. 15,0%), hypotonic bleeding in the early postpartum period (14,5% vs. 1,67%). The frequency of cesarean section did not differ significantly in both groups ($p>0,05$). The assessment of newborns on the Apgar scale had no statistically significant differences. Pregnant women who have a history of surgical treatment of ovarian apoplexy are at risk for developing early miscarriage, complicated gestation, childbirth and the postpartum period. Analysis of the reproductive function of women in the study groups reflected the problems of gestation mainly in the early stages in the form of reproductive loss or symptoms of miscarriage, in the late stages of pregnancy complications were mainly due to extragenital pathology. The data obtained during the study in practice should contribute to the development of rehabilitation measures and pre-pregnancy training, which are aimed at restoring reproductive health and prevention of complications of pregnancy and childbirth in women at risk.

Keywords: *pregnancy, ovarian apoplexy, obstetric and perinatal results.*

Відомості про автора

Ищак Олег Миколайович – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 01011, м. Київ, вул. Арсенальна, 5. *E-mail:* prore-first@nmapo.edu.ua

Сведения об авторе

Ищак Олег Николаевич – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национального университета здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. *E-mail:* prore-first@nmapo.edu.ua

Information about the author

Ishchak Oleg M. – Department of obstetrics, gynaecology and perinatology of Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 01011, Kyiv, 5 Arsenalna Str. *E-mail:* prore-first@nmapo.edu.ua

ORCID ID 0000-0002-9634-3635

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Веропотвелян ПН. 2017. Репродуктивное здоровье женщины – одна из важнейших проблем государства. Медицинские аспекты здоровья женщины. 3:34-46.
2. Запорожан ВМ [редактор]. 2014. Акушерство та гінекологія в 4т. Т. 4 Оперативна гінекологія. К.: ВСВ Медицина, 704.
3. Бойко ВІ, Бабар ТВ. 2017. Акушерські кровотечі: навч. посібник. Суми: Сумський ДУ. 118.
4. Венцківський БМ, Венцківська ІБ, Жабицька ЛА, Загородня ОС, Наритник ТТ, Леуш СС та ін. 2017. Невідкладні стани в акушерстві та гінекології: довідник. К.: НМУ ім. О.О. Богомольця, 166.
5. Ищак ОМ, Вдовиченко ЮП. 2018. Вплив апоплексії яєчника на репродуктивне здоров'я жінок. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2:48-51.
6. Вдовиченко ЮП, Волошин ОА. 2015. Діагностика і профілактика ускладнень при лапароскопічних гінекологічних операціях. Здоров'я жінчини. 4(100):72-5.
7. Гаспаров АС, Тер-Овакян АЭ, Хилькевич ЕГ, Косаченко АГ. 2009. Апоплексия яичника и разрывы кист яичников. М.: МИА. 176.
8. Содномова НВ. 2015. Морфологические аспекты различных форм апоплексии яичников. Сборник научных трудов межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии». Красноярск: 55-8.
9. Ищак ОМ. 2018. Вплив різних варіантів оперативного лікування апоплексії яєчника на стан оваріального резерву. Здоров'я жінчини. 4(130):75-7.
10. Страховецкий ВС. 2009. Репродуктивное здоров'я жінок, які перенесли апоплексію яєчника. Здоров'я жінчини. 4:156-8.
11. Радзинский ВЕ, Духин АО, Костин ИН. 2006. Репродуктивное здоровье женщин после хирургического лечения гинекологических заболеваний. Акушерство и гинекология. 4:51-4.
12. Ищак ОМ. 2017. Наукове обґрунтування реабілітаційної терапії після апоплексії яєчника. Здоров'я жінчини. 10(126):119-21.

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

Вплив дисгормональних порушень у пубертатному періоді на клінічні прояви порушень менструальної функції

О.А. Ковалишин

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

Репродуктивна система піддається впливу різних несприятливих факторів і шкідливих чинників на всіх етапах функціонування організму. На фоні зниження рівня репродуктивного жіночого здоров'я останніми роками простежується чітка тенденція до збільшення кількості хворих із патологією пубертатного періоду. Низький рівень соматичного і репродуктивного здоров'я до вагітності зумовлюють високу частоту ускладнення пологів, що призводить до погіршення розвитку наступних поколінь.

На підставі вивчення клініко-анамнестичних даних, лабораторних та інструментальних методів дослідження, аналізу факторів ризику, клінічного перебігу, ефективності лікування і диспансерного спостереження було надано клінічну характеристику жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді.

За характером порушень основну групу жінок (n=210) з розладами менструальної функції в пубертатному періоді було розподілено на три підгрупи (n=70): перша підгрупа – жінки з первинною олігоменореєю і своєчасним середньопопуляційним менархе, друга підгрупа – з пізнім віком менархе, третя підгрупа – з пубертатними кровотечами. До контрольної групи увійшли жінки (n=70) з правильним ритмом менструацій в пубертаті.

У ході клінічного проспективного дослідження проаналізовано соціальний статус жінок із порушеннями репродуктивної функції в пубертатному періоді, частоту і структуру наявних супутніх соматичних захворювань, тривалість менструального циклу, характер хвороб жіночих статевих органів; надано оцінку комплексного лікування виявлених порушень, що дозволило отримати сприятливий репродуктивний прогноз. Більшість обстежуваних жінок (53,3%) планували вагітність, яка настала у 75,9% з цих жінок.

Проведення клініко-анамнестичного аналізу репродуктивної функції жінок з порушеннями менструальної функції в пубертатному періоді дозволить підвищити ефективність лікування виявлених порушень і надасть змогу розробити алгоритми ведення таких жінок при плануванні та під час вагітності.

Ключові слова: пубертатний період, менархе, олігоменорея, пубертатні кровотечі, недостатність лютеїнової фази, вагітність.

Репродуктивна система жінки є найбільш динамічним біологічним об'єктом, що надзвичайно чутливо реагує на несприятливі зовнішні і внутрішні чинники появою нових адаптаційних реакцій, які набувають за певних умов властивостей патологічного процесу [1]. Водночас багато питань патогенезу порушень фертильності остаточно не вивчені та залишаються дискусійними.

Формування репродуктивного здоров'я – процес тривалий і складний. Здоров'я жінки та її невід'ємний компонент – репродуктивне здоров'я – значною мірою визначаються умовами її розвитку в утробі матері, в період новонародженості, дитинства та підлітковому віці [2].

Актуальність проблеми визначається багатьма складовими:

- демографічною кризою суспільства;
- низьким рівнем сформованості репродуктивних установок, репродуктивної поведінки;
- медичними чинниками;
- факторами довкілля та соціальними компонентами [3].

У структурі медичних чинників виділяють:

- високу частоту безпліддя, невиношування вагітності;
- високий рівень хронічної патології у подружніх пар, збільшення випадків хронічних інфекцій, що передаються статевим шляхом;
- збереження значної частоти абортів, що на сьогодні залишається одним із основних методів регулювання народжуваності і планування сім'ї та чинником незворотної шкоди здоров'ю жінки;
- запальні хвороби жіночих статевих органів;
- зростання загальної захворюваності дівчат (зокрема на хвороби сечостатевої системи та розладів менструацій);
- ускладнення пологів, перинатальна патологія та вторинне безпліддя [3].

Серед чинників довкілля та соціальних компонентів провідну роль відіграє падіння рівня життя, зростаючі стресові навантаження, погіршення якості харчування, шкідливі звички, зниження значення шлюбу, недостатнє і малоєфективне використання контрацептивних засобів, ранній початок статевого життя і пов'язані з цим проблеми, зменшення ролі сім'ї у соціалізації підлітків і молоді [4]. Відповідно не тільки розробка інформативних методів оцінювання стану репродуктивної системи, але й відновлення репродуктивної функції жінок мають велике значення і стають все більш актуальними у зв'язку з високим рівнем гінекологічної захворюваності з підліткового віку, у структурі якої превалюють порушення менструального циклу [5].

Становлення регулярного менструального циклу відбувається протягом 6–24 міс після менархе. У пубертатному періоді триває активне пристосування усіх ланцюгів репродуктивної системи до циклічного функціонування і к 17 рокам встановлюється тісний взаємозв'язок між параметрами оваріального резерву і гормонального фону [6].

Мета дослідження: на підставі вивчення клініко-анамнестичних даних, лабораторних та інструментальних методів дослідження, аналізу факторів ризику, клінічного перебігу, ефективності лікування і диспансерного спостереження надати клінічну характеристику жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Клінічне проспективне дослідження проведено у 280 жінок репродуктивного віку.

До основної групи увійшли 210 жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді. За характером порушень в основній групі виділено три підгрупи:

- перша – жінки з первинною олігоменореєю і своєчасним середньопопуляційним менархе (n=70);
- друга – з пізнім віком менархе (n=70);
- третя – підгрупа з пубертатними кровотечами (n=70).

До контрольної групи включено 70 жінок з правильним ритмом менструацій у пубертатному періоді.

Ретроспективний клініко-анамнестичний аналіз в основній групі обстежуваних жінок проведений для вивчення факторів ризику порушень менструальної функції в пубертатному періоді, наявності соматичних і гінекологічних захворювань, обсягу лікувальних заходів і їхньої ефективності. Проаналізовано дані амбулаторних карт та історій хвороб обстежуваних жінок. Ретроспективний аналіз контрольної групи проводили за допомогою анкетування.

Критеріями включення до основної групи були жінки репродуктивного віку, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді:

- первинна аменорея – відсутність самостійних менструацій від менархе впродовж від 45 днів до 6 міс при своєчасному загальнопопуляційному віці менархе;
- пізній вік менархе – з 15 років;
- рясні менструації в пубертатному періоді у вигляді пубертатних кровотеч.

Критеріями виключення з основної групи були:

- надмірна маса тіла,
- гіперандрогенія (клінічно і гормонально підтверджена),
- використання гормонотерапії під час дослідження,
- соматична й ендокринна патологія,
- вроджені аномалії і хромосомні порушення,
- оперативне лікування кісти яєчника у підлітковому віці,
- доброякісні (лейоміома) і злоякісні новоутворення.

Дані про кожну жінку вносили до спеціально розробленої карти. Збір анамнезу проводили за загальноприйнятною схемою.

У першій частині карти фіксували ретроспективні дані щодо спадкового анамнезу, стану здоров'я батьків, перебігу вагітності і пологів у матері, масу тіла при народженні, інфекційні хвороби, клініко-лабораторні дані, результати обстеження і лікування в пубертатному періоді. Особливу увагу приділяли періоду становлення менструальної функції, віку менархе, тривалості і регулярності менструального циклу, тривалості і кількості менструальних виділень, гінекологічним захворюванням.

Аналіз характеру порушень менструальної функції в пубертатному періоді, проведених методів діагностики, лікування і диспансерного спостереження та їхньої ефективності у жінок основної групи проводили за виписками з історій хвороб та амбулаторних карт.

У другу частину карти вносили дані соціального статусу, анамнезу, репродуктивної функції, соматичних хвороб жінки і результати проспективно проведеного обстеження. Під час аналізу репродуктивної функції уточнювали кількість вагітностей та їхні результати.

Трансвагінальне ультразвукове дослідження виконували на 11–14-й день (пізня стадія фази проліферації ендометрія) та 20–22-й день (середня стадія фази секреції) менструального циклу. Вимірювання проводили у режимі реального часу вну-

трішньопорожнинним датчиком з частотою 5–9 МГц. Досліджували розміри матки, товщину ендометрія, об'єм яєчників, кількість і діаметр фолікулів.

Математичне і статистичне оброблення отриманих даних проводили за допомогою пакета статистичних програм Microsoft Office Excel 2007, «Statistica 6.0». Оцінювання статистичної значущості відмінностей проводили із застосуванням параметричного t-критерію Стьюдента 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

Середній вік жінок основної групи становив $22,42 \pm 0,21$ року, контрольної – $22,34 \pm 0,31$ року (від 19 до 32 років). У кожній з підгруп основної групи студенток навчальних закладів було менше порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$). Службовці у групах і підгрупах розподілилися однаково. Кількість непрацюючих жінок в основній групі перебільшувала контрольну групу ($p < 0,05$) (табл. 1).

Частота соматичних захворювань у жінок основної групи вища, ніж у контрольній групі ($p < 0,001$) (табл. 2). Хвороби ендокринної системи представлені дифузним (ендемичним) зобом, що пов'язано з йододефіцитом, у жінок основної групи відзначали у 4 рази частіше порівняно з групою контролю. Хвороби органів травлення, представлені хронічним гастритом, у жінок основної групи виявлялись в 1,6 разу частіше, ніж у контрольній групі та статистично значущо у жінок з пізнім віком менархе порівняно з жінками з пубертатними кровотечами ($p < 0,05$). У кожній п'ятій жінки третьої підгрупи виявлені хвороби органів дихання, представлені хронічним тонзилітом.

Середній показник індексу маси тіла (ІМТ) у жінок основної групи становив $20,25 \pm 0,21$ кг/м², контрольної групи – $21,05 \pm 0,41$ кг/м² ($p > 0,05$). У жінок з пізнім менархе ІМТ становив $19,97 \pm 0,32$ кг/м² і був нижчий порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$). У жінок з первинною олігоменореєю в анамнезі і пубертатними кровотечами ІТМ дорівнював $20,44 \pm 0,36$ кг/м² і $20,28 \pm 0,44$ кг/м² відповідно та не мав достовірних відмінностей з групою контролю.

Таблиця 1

Соціальний статус жінок обстежуваних груп

Група	Студентки		Службовці		Непрацюючі	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Контрольна, n=70	47	67,1	22	31,4	1	1,4
Основна, n=210	109	51,9 $p < 0,05$	80	38,1	21	10,0 $p < 0,05$
Підгрупа	перша, n=70	33 $p_1 < 0,05$	31	44,3	6	8,6
	друга, n=70	34 $p_1 < 0,05$	27	38,6	9	12,8 $p_1 < 0,05$
	третья, n=70	42	22	31,4	6	8,6

Примітки: p – ступінь достовірності відмінностей показників контрольної й основної груп;

p_1 – ступінь достовірності відмінностей показників між контрольною групою і підгрупами основної групи.

Таблиця 2

Частота і структура соматичних захворювань у жінок обстежуваних груп

Група	Хвороби										Усього		
	Сечо-видільної системи		Органів травлення		Дихальної системи		Системи кровообігу		Ендокринної системи				
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	
Контрольна, n=70	4	5,7	3	4,3	4	5,7	2	2,9	1	1,4	14	20,0	
Основна, n=210	23	11,0	15	7,1	29	13,8	19	9,0	12	5,7	98	46,6 p<0,001	
Підгрупа	перша, n=70	9	12,9	6	8,6	9	12,9	9	12,9	4	5,7	37	53,0 p ₁ <0,001
	друга, n=70	8	11,4	8	11,4	6	8,6	2	2,9	3	4,3	27	38,6 p ₁ <0,05
	третья, n=70	6	8,6	1	1,4 p ₁ <0,05	14	20,0	8	11,4	5	7,1	34	48,5 p ₁ <0,01

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

Тривалість менструального циклу у жінок, які мали порушення менструальної функції у пубертатному періоді, була більше порівняно з контрольною групою, але відповідала тривалості нормального менструального циклу (табл. 3). У жінок з пубертатними кровотечами менструації тривали довше порівняно з жінками з первинною олігоменореєю в анамнезі та контрольною групою (p<0,001). У 7 (10%) жінок з пубертатними кровотечами менструації були рясні, міжменструальних кровотеч не спостерігалось.

Таблиця 3

Характеристика менструального циклу у жінок обстежуваних груп

Група		Тривалість менструального циклу (днів)	Тривалість менструації (днів)	Рясність менструації
Контрольна, n=70		28,1±0,2	4,9±0,1	помірні
Основна, n=210		29,2±0,3 p<0,05	5,2±0,1 p<0,05	-
Підгрупа	перша, n=70	29,5±0,4 p ₁ <0,01	4,9±0,1	помірні
	друга, n=70	29,9±0,7 p ₁ <0,01	5,3±0,1 p ₁ , p ₂ <0,05	помірні
	третья, n=70	28,0±0,3 p ₃ <0,01, p ₄ <0,05	5,6±0,1 p ₁ , p ₃ <0,001	помірні, у 10% рясні

Примітки: p – ступінь достовірності відмінностей показників контрольної й основної груп;
p₁ – ступінь достовірності відмінностей показників між контрольною групою і підгрупами основної групи;
p₂ – ступінь достовірності відмінностей показників між першою та другою підгрупами;
p₃ – ступінь достовірності відмінностей показників між першою та третьою підгрупами;
p₄ – ступінь достовірності відмінностей показників між другою та третьою підгрупами.

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

Доброякісну дисплазію грудної залози було діагностовано у 13 (6,2%) жінок основної групи, у групі жінок з пубертатними кровотечами – у 3,6 разу рідше, ніж з первинною олігоменореєю в анамнезі, а саме: 2 (2,9%) жінки проти 7 (10,0%) відповідно, а також у 2 рази рідше, ніж у жінок з пізнім віком менархе – 4 (5,7%) жінки.

Хвороби жіночих статевих органів у пацієнток з порушеннями менструальної функції у пубертатному періоді виявляли частіше, ніж в контрольній групі ($p < 0,001$). У структурі захворювань превалювала ектопія шийки матки ($p < 0,05$). Водночас між підгрупами статистично значущих відмінностей не виявлено (табл. 4).

Запальні хвороби жіночих статевих органів у пацієнток обстежуваних груп і між підгрупами не мали достовірних відмінностей.

У 41 (19,5%) жінки, що мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді, менструальний цикл не нормалізувався, в тому числі:

- у 15 (21,4%) – з первинною олігоменореєю;
- у 14 (20,0%) – з пізнім віком менархе;
- у 12 (17,1%) – з пубертатними кровотечами.

У жінок першої та другої підгруп періодично фіксували олігоменорею. Пацієнтки третьої підгрупи скаржилися на рясні менструації.

Жіноче безпліддя виявлено у 24 (11,4%) жінок основної групи, між підгрупами відмінності недостовірні. Відсутність овуляції виявлено у 10 жінок з первинною олігоменореєю в анамнезі, у 7 пацієнток з пізнім менархе і у 7 – з пубертатними кровотечами. Склерополікістоз яєчників (СПКЯ) сформувався у 15 (7,1%) жінок. Лікування проводили комплексно з урахуванням соматичних захворювань. У 7 пацієнток із СПКЯ, які спостерігались у зв'язку з безпліддям, проводили індукцію овуляції. У 6 настала вагітність, в 1 випадку овуляція була неефективною, через що цій пацієнтці проведено каутеризацію яєчників, після чого у природному менструальному циклі вона завагітніла.

Таблиця 4

Частота і структура захворювань жіночих статевих органів у жінок обстежуваних груп

Група	Ектопія шийки матки		Запальні хвороби жіночих статевих органів		Жіноче безпліддя		Порушення менструальної функції		Незапальні ураження яєчника		Усього		
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	
Контрольна, n=70	9	12,9	5	7,1	-	-	-	-	-	-	14	20,0	
Основна, n=210	58	27,6 $p < 0,05$	11	5,2	24	11,4	41	19,5	19	9,0	153	72,9 $p < 0,001$	
Підгрупа	перша, n=70	21	30,0 $p_1 < 0,05$	4	5,7	10	14,3	15	21,4	9	12,9	59	84,3 $p_1 < 0,001$
	друга, n=70	22	31,4 $p_1 < 0,05$	2	2,9	7	10,0	14	20,0	7	10,0	52	74,3 $p_1 < 0,001$
	третьою, n=70	15	21,4	5	7,1	7	10,0	12	17,1	3	4,3	42	60,0 $p_1 < 0,001$

Примітки: p – ступінь достовірності відмінностей показників контрольної та основної груп;

p_1 – ступінь достовірності відмінностей показників між контрольною групою і підгрупами основної групи.

Слід зауважити, що у 14 (6,7%) жінок основної групи виявлено недостатність лютеїнової фази (НЛФ): у першій підгрупі – 10 (14,3%) випадків, у другій і третій підгрупах – по 2 (2,9%) випадки. Можливо, це було причиною первинного безпліддя у зв'язку з недостатньо підготовленим до імплантації бластоцисти ендометрієм [6]. Лікування гестагенами у другу фазу менструального циклу отримували жінки першої (n=8) та третьої (n=2) підгруп.

При гіпоестрогенному стані у жінок першої і другої підгруп було рекомендовано циклічну гормональну терапію препаратами, які містять у своєму складі 17β-естрадіол та дидрогестерон (по 2 випадки).

У 5 (7,1%) жінок із пубертатними кровотечами, які мали рясні менструації в репродуктивному віці, виявлено персистенцію фолікула. Жінки отримували медикаментозне лікування гемостатичними препаратами. У двох випадках було проведено гістероскопію і роздільне вишкрібання слизової оболонки тіла і шийки матки. Результати гістологічного дослідження отриманого матеріалу – поліпoidна гіперплазія ендометрія. Рекомендовані естроген-гестагени у складі низькодозованих КОК протягом 6 міс, контрольне ехографічне дослідження і динамічне спостереження.

Незапальні ураження яєчника представлені кістами яєчника, які було діагностовано у 19 (9,0%) жінок основної групи, а в контрольній групі не виявлено. У жінок з первинною олігоменореєю в анамнезі кісту яєчника діагностували у 3 рази частіше порівняно з жінками з пубертатними кровотечами.

Гормональне лікування з використанням естроген-гестагенів у складі низькодозованих КОК проведено у 10 (52,6%) жінок із кістою яєчника. Рекомендовано динамічне спостереження і УЗД-контроль. Лапароскопічну цистектомію проведено у 9 (47,3%) жінок. Показання: розрив кісти яєчника з вираженим больовим синдромом і внутрішньочеревною кровотечею. Гістологічне дослідження отриманого матеріалу – геморагічна кіста жовтого тіла. Для регуляції менструального циклу і профілактики рецидиву кісти яєчника пацієнткам рекомендовані низькодозовані монофазні КОК до вагітності, що планувалась.

Серед 210 жінок з порушеннями менструальної функції в пубертатному періоді 112 (53,3%) осіб планували вагітність, у тому числі:

- з первинною олігоменореєю в анамнезі – 46 (65,7%),
- з пізнім віком менархе – 34 (48,6%),
- з пубертатними кровотечами – 32 (45,7%).

До планування вагітності 58 (51,8%) жінок приймали низькодозовані монофазні КОК з метою контрацепції, а саме: 18 (39,1%), 21 (61,7%) і 19 (59,4%) у першій, другій та третій підгрупі відповідно.

За період спостереження вагітність настала у 85 (75,9%) жінок, а саме: у 31 (67,4%), у 29 (85,3%) та у 25 (78,1%) жінок першої, другої та третьої підгруп відповідно. У 6 (7,1%) жінок стався мимовільний аборт у ранньому гестаційному терміні. У 27 (24,1%) жінок протягом спостереження вагітність не настала, у 17 (15,2%) пацієнток відзначали відсутність овуляції, у 10 (8,9%) – недостатність лютеїнової фази.

ВИСНОВКИ

1. У жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді, реєструють особливості анамнезу і клініки репродуктивної функції, що формуються при становленні репродуктивної системи і зазнають найбільшого впливу різних факторів, починаючи з віку менархе.

2. Соматичні захворювання спостерігались у 2,3 разу частіше в основній групі порівняно з контрольною. У структурі хвороб жіночих статевих органів в основній групі превалювали ектопія шийки матки (найбільше у підгрупі жінок з пізнім віком менархе – 31,4%), жінки з олігоменореєю в анамнезі найбільше страждали на порушення менструальної функції (21,4%), жіноче безпліддя (14,3%) і незапальні ураження яєчників (12,9%), а в жінок з пубертатними кровотечами зафіксовано найвищий відсоток запальних хвороб жіночих статевих органів – 7,1%.

3. У 19,5% жінок, що мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді, менструальний цикл не нормалізувався, в тому числі: з первинною олігоменореєю – у 21,4%, з пізнім віком менархе – у 20,0% і з пубертатними кровотечами – у 17,1%. До того ж, періодично жінки з третьої підгрупи страждали на рясні менструації.

4. За період спостереження вагітність настала у 75,9% жінок з числа тих, хто її планував.

5. Проведення клініко-анамнестичного аналізу репродуктивної функції жінок з порушеннями менструальної функції в пубертатному періоді має прогностичне значення, що надасть змогу підвищити ефективність лікування виявлених порушень за основним критерієм – нормалізація менструальної функції, а також розробити алгоритми ведення таких жінок при плануванні та під час вагітності.

Влияние дисгормональных нарушений в пубертатном периоде на клинические проявления нарушения менструальной функции **А.А. Ковалишин**

Репродуктивная система подвергается воздействию различных неблагоприятных факторов и вредных влияний на всех этапах функционирования организма. На фоне снижения уровня репродуктивного женского здоровья в последние годы прослеживается четкая тенденция к увеличению количества больных с патологией пубертатного периода. Низкий уровень соматического и репродуктивного здоровья до беременности обуславливает высокую частоту осложненных родов, что ведет к ухудшению развития последующих поколений.

Основываясь на клиничко-анамнестических данных, лабораторных и инструментальных методах исследования, анализе факторов риска, клинической картины, эффективности лечения и диспансерного наблюдения, оценена клиническая характеристика женщин, имевших нарушения менструальной функции в пубертатном периоде.

По характеру нарушений основную группу женщин (n=210), которые имели патологию менструальной функции в пубертатном периоде, разделили на три подгруппы (n=70): первая подгруппа – женщины с первичной олигоменореей и своевременным среднепопуляционным менархе, вторая подгруппа – с поздним возрастом менархе, третья подгруппа – с пубертатными кровотечениями. В контрольную группу вошли женщины (n=70) с правильным ритмом менструаций в пубертате.

Во время клинического проспективного исследования были проанализированы социальный статус женщин с нарушениями репродуктивной функции в пубертатном периоде, частота и структура имеющихся сопутствующих соматических заболеваний, длительность менструального цикла, характер заболеваний женских половых органов; дана оценка комплексного лечения выявленных нарушений, что позволило получить благоприятный репродуктивный прогноз. Большинство обследуемых женщин (53,3%) планировали беременность, которая наступила у 75,9% из числа планирующих.

Изучение клиничко-анамнестического анализа репродуктивной функции женщин с нарушениями менструальной функции в пубертатном периоде позволит повысить эффективность лечения выявленных нарушений и разработать алгоритмы ведения таких женщин при планировании и во время беременности.

Ключевые слова: пубертатный период, менархе, олигоменорея, пубертатные кровотечения, недостаточность лютеиновой фазы, беременность.

Influence of dyshormonal violations in a pubertal period on obstetric on the clinical manifestations of menstrual disorders

O.A. Kovalishin

The reproductive system is exposed to various adverse factors and harmful effects at all stages of the functioning of the body. Against the background of a decrease in the level of reproductive female health in recent years, there is a clear tendency towards an increase in the number of patients with pathology of the puberty period. The low level of somatic and reproductive health before pregnancy causes a high frequency of complicated births, which leads to a deterioration in the development of subsequent generations.

Based on clinical and anamnestic data, laboratory and instrumental methods of research, analysis of risk factors, clinical presentation, treatment effectiveness and clinical observation, to give a clinical description of women who had menstrual dysfunction in the pubertal period.

According to the nature of the violations, the main group of women (n=210) who had a pathology of menstrual function in the puberty period was divided into 3 subgroups (n=70): the first – women with primary oligomenorrhea and timely average population menarche, the second – with a late age menarche, the third – with puberty bleeding. The control group included women (n=70) with the correct rhythm of menstruation in puberty.

During a clinical prospective study, the social status of women with impaired reproductive function in the puberty was analyzed, the frequency and structure of existing concomitant somatic diseases, the duration of the menstrual cycle, the nature of diseases of the female genital organs; an assessment of the complex treatment of the revealed violations was made, which allowed to obtain a favorable reproductive prognosis. Most of the women examined (53,3%) planned a pregnancy, which occurred in 75,9% of those planning.

A study of the clinical and anamnestic analysis of the reproductive function of women with menstrual irregularities in the puberty period will increase the effectiveness of the treatment of identified disorders and develop algorithms for the management of such women during planning and during pregnancy.

Keywords: *puberty, menarche, oligomenorrhea, puberty bleeding, luteal phase insufficiency, pregnancy.*

Відомості про автора

Ковалишин Оріся Анатоліївна – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 01011, м. Київ, вул. Арсенальна, 5. *E-mail:* pror-first@nmapo.edu.ua

Сведения об авторе

Ковалишин Арыся Анатольевна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национального университета здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. *E-mail:* pror-first@nmapo.edu.ua

Information about the author

Kovalyshyn Orysia A. – Department of obstetrics, gynaecology and perinatology of Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 01011, Kyiv, 5 Arsenalna Str. *E-mail:* pror-first@nmapo.edu.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Веропотвелян ПН. 2017. Репродуктивное здоровье женщины – одна из важнейших проблем государства. Медицинские аспекты здоровья женщины. 3:34-46.
2. Чайківська ЕФ. 2015. Стан репродуктивного здоров'я дівчат Львівської області. Репродуктивна ендокринологія. 2(22):16-21.
3. Слабкий ГО. 2016. Система громадського здоров'я: бачення всесвітньої організації охорони здоров'я. Журнал заступника головного лікаря. 5(16):51-61.
4. Пирогова ВІ, Цьолко ОР. 2014. Репродуктивне здоров'я підлітків: соціально-медичні аспекти. Медична газета Здоров'я України. 4(16):8-9.
5. Абабкова ГМ, Андрієць ОА, Іванов ІІ, Попова-Петросян ОВ, Косолапова НВ. 2011. Гінекологія дитячого і підліткового віку: підручник. К.: ВСВ Медицина, 424.
6. Макарчук ОМ, Дзьомбак ВБ. 2017. Порушення становлення менструальної функції та його вплив на репродуктивний потенціал жінки. Галицький лікарський вісник. 3:36-38.

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

Поєднана патологія матки та грудних залоз у жінок перименопаузального віку

О.Ю. Крук

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

Метою дослідження було вивчення аспектів патогенезу дисплазії грудних залоз (ДГЗ) у поєднанні з міомою матки (ММ) у жінок перименопаузального віку. Була сформована група із 50 пацієнток з 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 математичного оброблення.

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

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

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

Вивчення механізмів розвитку, своєчасна діагностика і лікування дисплазії ГЗ (ДГЗ) у поєднанні з міомою матки (ММ) важливі через дві основні обставини: по-перше, у деяких пацієнток розвиток захворювання супроводжується вираженою клінічною симптоматикою, що знижує якість їхнього життя; по-друге, 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 пацієнток, призводить до проведення багаточисельних обстежень, повторних курсів комплексного консервативного лікування, оперативних втручань. Усі ці обставини служать причиною дезадаптації хворих соціально активного віку [5–7].

Водночас дані про патогенез ДГЗ у поєднанні з ММ є недостатніми і суперечливими, що диктує необхідність вивчення цього дуже важливого наукового завдання.

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

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

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

Була розроблена програма досліджень, що передбачає проведення:

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

Критерії включення у дослідження:

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

Критерії виключення із 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 пацієнок 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;
- мала кількість пологів в анамнезі (1 пологи).

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

- більш ранній початок статевого життя у віковому інтервалі 18–20 років;
- перевага фізіологічної і бар'єрної контрацепції;
- двоє та більше пологів в анамнезі;
- висока частота репродуктивних втрат (артифіційні переривання вагітності 1 або 2 рази);
- висока частота екстрагенітальної захворюваності (хвороби серцево-судинної системи та 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 фіксували у 20% пацієток, ехо-камера – ознаки хронічних запальних захворювань матки і придатків – у 16%, функціональні кісти яєчників – у 12% жінок.
4. Гормональне дослідження виявило порушення співвідношення рівнів ЛГ/ФСГ у плазмі крові: у підгрупі з локалізованими формами ДГЗ та ММ показник становив 1,7, а в підгрупі з дифузними формами ДГЗ та ММ – 1,0.
5. Рентгенмамографічне дослідження виявило відсутність достовірних відмінностей між досліджуваними підгрупами: зміни, характерні для дифузної ДГЗ і ММ спостерігали у 76% пацієток, для локалізованих форм ДГЗ – у 94%.
6. Під час ультразвукового дослідження ГЗ не виявлено достовірних відмінностей між підгрупами: дифузні зміни фіксували у 100% пацієток, локалізовані форми – у 74%.

ВИСНОВКИ

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

Порушення нормального менструального циклу виявлено у 76% хворих, дисбіотичні процеси статевих органів – у 46% жінок з ДГЗ.

Отримані результати необхідно використовувати під час розроблення комплексу діагностичних і прогностичних заходів.

Сочетанная патология матки и грудных желез у женщин перименопаузального возраста

О.Ю. Крук

Целью исследования было изучение актуальных аспектов патогенеза дисплазии грудных желез (ДГЖ) в сочетании с миомой матки (ММ) у женщин перименопаузального возраста. 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.

Основными моментами патогенеза ДГЖ и ММ являются клинико-анамнестические данные, а также изменение соотношения уровней гипоталамо-гипофизарных гормонов, яєчниковых гормонов в виде абсолютной или относительной гиперэстрогении, более выраженные у пациенток с локализованными формами. Нарушения нормального менструального цикла выявлены у 76% больных, дисбиотические процессы половых органов – у 46% женщин с ДГЖ.

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

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

Combinated pathology of uterus and mammary glands at women of perimenopause age

O. Kruk

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

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.

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

Відомості про автора

Крук Ольга Юрїївна – Кафедра онкології Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, 46001, м. Тернопіль, площа Воли, 1. *E-mail:* prore-first@nmapo.edu.ua

Сведения об авторе

Крук Ольга Юрьевна – Кафедра онкологии Тернопольского национального медицинского университета имени И.Я. Горбачевского, 46001, г. Тернополь, площадь Воли, 1. *E-mail:* prore-first@nmapo.edu.ua

Information about the author

Kruk Olga Yu. – Department oncology of the Ternopil national medical university I. Horbachevsky, 46001, Ternopil, Volya square, 1, *E-mail:* prore-first@nmapo.edu.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Тобі де Вільєрс, Татарчук ТФ. Національний консенсус щодо ведення пацієнток у клімактерії. *Здоровье женщины.* 2019;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.* 2018;7:51-7.
4. Naftalin J, Jurkovic D. The endometrial-myometrial junction: a fresh look at a busy crossing. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 2019;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, Проколович 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.

Причини невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій

О.Д. Лещова

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

Отримані результати продемонстрували значення алогенності подружніх пар за системою HLA II класу у формуванні імунологічного безпліддя як самостійної нозологічної форми і як чинника, який може супроводжувати інші форми безпліддя, що прогнозує неефективність його лікування.

Усе це робить необхідним дослідження комплексу гістосумісності подружньої пари при безплідді неясного генезу, а особливо при невдачах допоміжних репродуктивних технологій.

Ключові слова: допоміжні репродуктивні технології, невдалі спроби.

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

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

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

Пошук прогностичних критеріїв ефективності ДРТ представляє широке поле для науково-практичних досліджень, що підтверджують матеріали 29-ї щорічної конференції Європейського суспільства репродукції та ембріології людини (Стокгольм, 2019).

Останніми роками особливу увагу приділяли вивченню впливу системи HLA у безплідних подружніх пар з позиції підвищення результативності методів ДРТ [4–6]. Достовірно доведено, що сенсibilізація вагітних до батьківських HLA-антигенів плода, схожості подружжя по HLA, присутність у HLA-фенотипі батьків певних антигенів призводить до спонтанних викиднів, тяжких форм прееклампсії, вроджених вад розвитку плода, зниження опірності потомства до несприятливих чинників довкілля, що і стало причиною вивчення HLA-системи у даному дослідженні, для уточнення впливу ролі HLA-системи II класу у формуванні безпліддя і невдач ДРТ.

Усе зазначене вище свідчить про необхідність підвищення ефективності ДРТ.

Мета дослідження: підвищення ефективності ДРТ на підставі проведення клінічного аналізу їх неефективних спроб за наявності імуногенетичних чинників безпліддя.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети дослідження була виділена основна група з імуногенетичними чинниками безпліддя (100 подружніх пар з невдалими спробами ДРТ і з виявленою алогенністю за HLA-системою).

Групу порівняння становили 50 жінок без порушень фертильності. У цих жінок була підтверджена нормальна структура ендометрія.

До початку циклу ДРТ проводили ретельне обстеження партнерів:

- збір соматичного, акушерсько-гінекологічного та андрологічного анамнезу,
- ультразвукове дослідження,
- клініко-лабораторні, біохімічні і гормональні дослідження.

Усі дослідження виконували відповідно до Гельсінської декларації Всесвітньої асоціації «Етичні принципи наукових і медичних досліджень за участю людини» (2019).

Цитогенетичне дослідження проводили всім подружнім парам за методикою 72-годинного культивування ФГА-стимульованих лімфоцитів периферичної крові з подальшим диференціальним фарбуванням (G-фарбування), при використанні світлового мікроскопа з кратним збільшенням об'єктиву 100× і окуляра 15×. У кожного пацієнта було проаналізовано не менше 13 метафаз.

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

Усі обстежені давали інформовану згоду на участь у дослідженні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

З основної групи пацієнтів були виділені підгрупи за переважним чинником безпліддя. Були представлені характерні ознаки пацієток виділених підгруп.

Для пацієнтів 1-ї підгрупи (сингенні за HLA-системою) було характерне:

- в анамнезі гіперпролактинемія – у 56,3%;
- хронічний сальпінгоофорит – у 39,5%;
- хронічний пієлонефрит – у 31,3%;
- зовнішній ендометріоз і матковий чинник – у 25,2%;
- вагітностей, що не розвиваються, – у 20,4%;
- ектопія шийки матки – в 18,8%;
- аденоміоз – 14,6% випадків.

Для пацієнтів 2-ї підгрупи (частково алогенні за HLA-системою) було характерне:

- вагітності, що не розвиваються – у 20,5%;
- відсутність гінекологічних захворювань запального генезу – у 20,2%;
- сальпінгоофорит – у 11,5% випадків.

Для пацієнтів 3-ї підгрупи (алогенні за HLA-системою) було характерне:

- наявність в анамнезі гінекологічних захворювань – у 62,2%;
- сальпінгоофорит – у 24,4%;
- найменша кількість вагітностей, що не розвиваються – у 10,2% випадків.

У структурі причин безпліддя в обстежених жінок при вторинному безплідді переважають трубно-перитонеальний і матковий чинники, тоді як при первинному – ендокринний і імунологічний чинники.

Проте окрім системних, загальних причин невдач ВРТ було виявлено і специфічні за характером, і еквівалентні за результатом, але різні за вираженістю структурно-функціональних змін ендометрія, що знижують його потенціал імплантації і перешкоджають успішному розвитку вагітності, а саме:

- порушення мікробіоценозу каналу шийки матки і порожнини матки,
- розлади субендометріального кровотоку,
- склеротичні зміни в ендометрії,
- імунологічні порушення, включаючи дисбаланс цитокінів у фолікулярній рідині.

Проведений аналіз продемонстрував, що у пацієток основної групи виявлений провідний чинник безпліддя, швидше за все, був вторинним, таким, що сформувався внаслідок лікування вже існуючого безпліддя. На первинне значення алогенності за HLA-антигенами в генезі репродуктивних порушень у цих подружніх пар свідчить факт наявності вагітностей і народження дітей у попередніх шлюбах, а також значна кількість вагітностей, що не розвиваються, у справжньому шлюбі.

Безперечним підтвердженням значення алогенності системи HLA у генезі репродуктивних порушень і невдач ДРТ став той факт, що у 63,9% пар з безпліддям неясного генезу визначена сингенність за HLA-антигенами II класу. Ймовірно, суцільність подружжя за HLA-антигенами II класу може бути самостійною причиною безпліддя, або ж вона посилює наявні порушення, зумовлюючи невдачі лікування.

Була виявлена чітка залежність порушень репродуктивної функції від сингенності подружніх пар за HLA-антигенами II класу.

У 48,2% жінок, частково алогенних з чоловіком за HLA-антигенами II класу, діагностовано ендокринні захворювання. Усі види порушень менструального циклу переважали у жінок з первинним безпліддям (20,4%) і частково алогенних з чоловіком за HLA-антигенами II класу. У жінок з цих підгруп фіксували знижений індекс здоров'я. Захворювання, що передаються статевим шляхом, у них наголошувалися в анамнезі у два рази частіше, ніж у жінок, алогенних з чоловіком за HLA-антигенами II класу.

Аналіз частоти настання вагітностей у подружніх пар основної групи продемонстрував, що вагітність у жінок з вторинним безпліддям частіше наставала у подружніх пар, алогенних за HLA-антигенами II класу (70,1%), ніж у подружніх пар, сингенних за HLA-антигенами II класу (46,5%). Важливою обставиною є те, що в подружніх пар, сингенних за HLA-антигенами II класу, спостерігається більша кількість мимовільних викиднів (12,1%), вагітностей (42,9%), що не розвиваються, та абортів (20,4%). У підгрупі подружніх пар, алогенних за HLA-антигенами II класу, достовірно менше ($p > 0,05$), ніж у сингенних подружніх пар, мимовільних викиднів (10,9%), вагітностей (5,7%), що не розвиваються, і абортів (24,8%).

ВИСНОВКИ

Отримані результати продемонстрували значення алогенності подружніх пар за системою HLA II класу у формуванні імунологічного безпліддя як самостійної нозологічної форми і як чинника, який може супроводжувати інші форми безпліддя, що прогнозує неефективність його лікування.

Усе це робить необхідним дослідження комплексу гістосумісності подружньої пари при безплідді неясного генезу, а особливо при невдачах допоміжних репродуктивних технологій.

Причины неудачных попыток вспомогательных репродуктивных технологий **О.Д. Лещова**

Полученные результаты показали значение аллогенности супружеских пар по системе HLA II класса в формировании иммунологического бесплодия как самостоятельной нозологической формы и как фактора, который может сопровождать другие формы бесплодия, что прогнозирует неэффективность его лечения.

Все это делает необходимым исследование комплекса гистосовместимости супружеской пары при бесплодии неясного генеза, а особенно при неудачах вспомогательных репродуктивных технологий.

Ключевые слова: вспомогательные репродуктивные технологии, неудачные попытки.

Reasons of unsuccessful attempts of auxiliary reproductive technologies **O.D. Leshova**

The received results have shown value allogene married couples on system HLA of II class in formation immunological barrenesses as independent forms and as factor which can accompany other forms of barreness that predicts an inefficiency of its treatment.

All it does necessary complex research hystocompatibility a married couple at barreness not clear genesise, and especially at failures ART.

Keywords: auxiliary reproductive technologies, unsuccessful attempts.

Відомості про автора

Лещова Ольга Дмитріївна – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 01011, м. Київ, вул. Арсенальна, 5. *E-mail:* prore-first@nmapo.edu.ua

Сведения об авторе

Лещова Ольга Дмитриевна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национального университета здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. *E-mail:* prore-first@nmapo.edu.ua

Information about the author

Leshchova Olga D. – Department of obstetrics, gynaecology and perinatology of Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 01011, Kyiv, 5 Arsenalna Str. *E-mail:* prore-first@nmapo.edu.ua

ORCID ID 0000-0001-6496-7307

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аншина М.Б. ВРТ: прошлое, настоящее, будущее // Проблемы репродукции. – 2020. – № 3. – С. 6–15.
2. Артифексов С.Б., Артифексова А.А., Одинцов А.А. Анализ структуры мужской инфертильности // Актуальные вопросы урологии и андрологии. – Н. Новгород, 2018. – С. 71–78.
3. Баскаков В.П. Состояние репродуктивной системы женщины при эндометриозе // Проблемы репродукции. – 2015. – № 2. – С. 15–18.
4. Божедомов В.А., Лоран О.Б., Сухих Г.Т. Этиология и патогенез мужского аутоиммунного бесплодия. Часть 1. // Андрология и генитальная хирургия. – 2017. – № 1. – 27–33.
5. Божедомов В.А., Лоран О.Б., Сухих Г.Т. Этиология и патогенез мужского аутоиммунного бесплодия. Часть 2. // Андрология и генитальная хирургия. – 2017. – № 1. – С. 34–39.
6. Бондарев Д.А., Скорова Н.Е., Курносова Т.Р. Иммунологический аспект вспомогательных репродуктивных технологий // Андрология и генитальная хирургия. – 2018. – № 2. – С. 30–39.
7. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. – М., 2017. – 708 с.
8. Гаспаров А.С., Волков Н.И., Корнеева М.Е. Трубно-перитонеальное бесплодие у женщин // Проблемы репродукции. – 2019. – № 5. – С. 43–44.
9. Герасимов А.М. Причины бесплодия при наружном эндометриозе (обзор литературы) // Проблемы репродукции. – 2016. – № 5. – С. 51–54.
10. Гюдайс Л.С. Имплантирующаяся оплодотворенная яйцеклетка и материнский организм // Проблемы эндокринологии. – 2019. – № 5. – С. 30–32.
11. Гилязутдинов И.А. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве. Руководство для врачей. – М.: МЕДпресс-информ, 2016. – 416 с.
12. Горюнов В.Г., Жиборов Б.Н., Евдокимов В.В. Причины и признаки мужского бесплодия. – Рязань, 2019. – 412 с.

Постменопаузальні особливості гіперпластичних процесів ендометрія

Ю.М. Садигов

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

Метою дослідження було вивчення клініко-анамнестичних особливостей гіперпластичних процесів ендометрія у жінок постменопаузального віку. Було обстежено 90 жінок з гіперпластичними процесами ендометрія у постменопаузі (основна група). Критерієм розподілу пацієнок за групами слугувала морфологічна форма гіперпластичних процесів ендометрія. У 32,2% пацієнок була діагностована залозиста гіперплазія ендометрія, у 45,6% – поліпи ендометрія, у 22,2% – аденоматозна гіперплазія ендометрія. До контрольної групи увійшли 30 пацієнок постменопаузального віку без гіперпластичних процесів ендометрія. Результати проведених досліджень свідчать, що для жінок постменопаузального віку були визначені наступні достовірні чинники ризику розвитку гіперпластичних процесів ендометрія, незалежно від її форми: збільшення віку жінки; надмірна маса тіла; відсутність пологів в анамнезі; наявність абортів в анамнезі; низька частота використання оральних контрацептивів; висока частота використання внутрішньоматкових контрацептивів; наявність різних гінекологічних захворювань в анамнезі; вища частота захворювань серцево-судинної системи, ендокринної системи та органів травлення. Отримані результати слід враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: гіперпластичні процеси ендометрія, постменопаузальний період, клінічні аспекти.

Протягом останніх двох десятиліть формулювалася виражена тенденція до поширення гормонозалежних захворювань, особливо гіперпластичних процесів ендометрія (ГПЕ). Виникнення і розвиток ГПЕ, передраку і раку ендометрія спричинюють збільшення середньої тривалості і зміна способу життя жінок, використання деяких видів контрацепції, збільшення частоти соматичних та гінекологічних захворювань [1–3]. Можливості консервативного лікування обмежують незавершені відомості щодо патогенезу ГПЕ, ефективності будь-яких видів лікування, відсутність доказової бази і, нарешті, збільшений перелік протипоказань до гормонотерапії [4, 5].

ГПЕ займають 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 постменопаузального віку.

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

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети дослідження було обстежено 90 жінок з ГПЕ у постменопаузальному віці (основна група).

Критерієм розподілу пацієнток за групами слугувала морфологічна форма ГПЕ. У 32,2% пацієнток була діагностована залозиста гіперплазія ендометрія (ЗГЕ), у 45,6% – поліпи ендометрія (ПЕ), у 22,2% – аденоматозна гіперплазія ендометрія (АГЕ).

До контрольної групи увійшли 30 пацієнток менопаузального віку без ГПЕ.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Згідно з отриманими даними, вік обстежених жінок становив від 56 до 67 років, у середньому – $60,2 \pm 4,1$ року (95% ДІ: 59,2–60,8 року) в основній групі і $61,8 \pm 6,3$ року (95% ДІ: 58,1–65,5 року) у групі контролю.

Під час порівняння розподілу обстежених жінок за віковими групами залежно від наявності і форми ГПЕ було встановлено, що вік пацієнток із ЗГЕ коливався від 55 до 67 років і становив у середньому $58,1 \pm 5,7$ року, що було зумовлено переважанням у ній жінок вікової групи від 55 до 59 років – 18 (56,7%). У групі жінок із ПЕ середній вік становив $58,6 \pm 4,1$ року, що також було зумовлено великою кількістю пацієнток віком 55–69 років – 62,2%. Що стосується третьої підгрупи дослідження, то середній вік жінок із АГЕ становив $63,9 \pm 6,3$ року, що в даному випадку пояснюється переважанням пацієнток віком 62–69 років (63,3%).

При зіставленні віку пацієнток з різними формами ГПЕ з жінками контрольної групи статистично значущі відмінності виявлені не були ($p > 0,05$). Водночас вік пацієнток із АГЕ був істотно більший порівняно як з жінками із ЗГЕ, так і з жінками з ПЕ ($p < 0,001$ в обох випадках), що свідчить про наявність прямого взаємозв'язку між тим, що обтяжує форми ГПЕ і віком пацієнток.

З метою оцінювання антропометричних даних було проведено порівняння ІМТ у обстежених жінок даної вікової когорти залежно від наявності і форми ГПЕ.

Виходячи з отриманих даних, середнє значення ІМТ у пацієнток основної групи становило $28,7 \pm 3,1$ кг/м² (95% ДІ: 28,1–29,4 кг/м²), що було істотно вище за рівень показника в контрольній групі – $22,6 \pm 2,2$ кг/м² ($p < 0,001$). При порівнянні пацієнток з різними формами ГПЕ між собою статистично значущі відмінності були відсутні ($p > 0,05$).

Аналіз особливостей менструальної функції пацієнток продемонстрував, що вік менархе у пацієнток так само, як в інших вікових когортах, варіював від 10 до 18 років і в середньому становив $14,1 \pm 1,3$ року (95% ДІ: 13,3–14,6) в основній і $14,0 \pm 1,1$ року (95% ДІ: 13,1–14,7) у контрольній групі.

Виходячи з результатів порівняння, відмінності між основною і контрольною групами, а також між пацієнтками з окремими формами ГПЕ і контрольною групою були статистично незначущими ($p > 0,05$). За наявності АГЕ відзначили найбільше середнє значення віку менархе, що становило $14,7 \pm 1,8$ року (95% ДІ: 14,2–15,6 року). За наявності ЗГЕ вік менархе був мінімальним – $13,4 \pm 1,4$ року (95% ДІ: 13,1–14,2 року).

Отримані дані свідчать, що пацієнтки основної і контрольної груп були зіставні за віком настання менархе ($p=0,465$). Найбільшу частку становили жінки, що відзначали вік менархе від 10 до 12 років (55,6% в основній і 43,3% у контрольній групах). Проте при порівнянні пацієнок з різними формами ГПЕ було встановлено, що за наявності АГЕ наголошувався істотно вищий відсоток пізнього менархе, що становив 50,0% ($p=0,006$). Частка раннього менархе, навпаки, у даній підгрупі пацієнок була мінімальною, становлячи всього 13,3%, тоді як при ЗГЕ менархе у віці від 10 до 12 років наголошувалося у 25,6% пацієнок, а при ПЕ – у 26,7% випадків.

Вік початку статевого життя становив у середньому $19,9\pm 2,2$ року у пацієнок із ЗГЕ; $22,2\pm 2,2$ року – з ПЕ і $19,3\pm 1,4$ року – з АГЕ. При порівнянні з віком початку статевого життя у жінок контрольної групи статистично значущі відмінності показників були відсутні ($p>0,05$).

Згідно з проведеним аналізом репродуктивної функції обстежених жінок, середня кількість вагітностей в однієї жінки у групах дослідження статистично значуще не відрізнялася і становила $3,2\pm 0,3$ в разі ЗГЕ, $3,5\pm 0,4$ при ПЕ і $2,5\pm 0,2$ при АГЕ ($p>0,05$). У більшості обстежених пацієнок третьої підгрупи (63,3%) була 1–2 вагітності, 3 і більше вагітностей відзначено у 28,9%. При порівнянні частоти випадків відсутності вагітностей між основною і контрольною групами відмінності були статистично незначущими ($p=0,228$).

Оцінювання частоти пологів серед обстежених жінок залежно від наявності ГПЕ встановило статистично значущі відмінності ($p<0,001$), пов'язані з відсутністю випадків бездітності у жінок контрольної групи та їхнім значним відсотком в основній групі, що становив 35,6%. Також виявлено істотні відмінності розподілу пацієнок з різними формами ГПЕ за частотою пологів ($p=0,002$). Найбільша доля бездітних жінок виявлена при ПЕ – 53,3%, також вона була висока при АГЕ – 36,7%, а при ЗГЕ, навпаки, була найменшою (10,0%).

Також наголошувалися статистично значущі відмінності частоти штучних абортів як при порівнянні основної групи з контрольною ($p<0,001$), так і під час вивчення розподілу пацієнок із ГПЕ за даним показником залежно від їхньої форми ($p=0,005$). У контрольній групі аборти виявлені в дуже невеликому відсотку випадків – у 16,7%, тоді як серед пацієнок із ГПЕ частота абортів становила 70,0%. За наявності ПЕ аборти виявлено в найменшому відсотку випадків порівняно з останніми формами ГПЕ – 60,0%. Частота абортів при ЗГЕ і АГЕ була зіставною – 78,9% і 81,1% відповідно. Результати порівняння свідчать про роль абортів як важливого чинника ризику розвитку ГПЕ у постменопаузальний період.

Слід зазначити, що не було встановлено статистично значущих відмінностей при порівнянні частоти викиднів залежно від наявності ГПЕ, проте рівень значущості відмінностей був дуже близький до критичного ($p=0,069$), що пояснювалося значеннями показника в основній (37,8%) і контрольній групах (26,7%). При АГЕ наголошувалося деяке збільшення частоти викиднів до 54,4% порівняно з іншими формами ГПЕ (мимовільні аборти зафіксовані при ЗГЕ у 43,3%, а при ПЕ – у 24,4% випадків), відмінності між підгрупами пацієнок з ГПЕ також характеризувалися близьким до критичного рівнем значущості ($p=0,078$).

У результаті проведеного порівняльного аналізу пацієнок основної і контрольної груп за частотою використання різних засобів контрацепції було встановлено, що бар'єрні контрацептиви застосовувалися в порівнянному відсотку випадків (60,0 і 66,7% відповідно; $p=0,549$). При порівнянні підгруп пацієнок з різними формами ГПЕ наголошувалася менша частота застосування бар'єрних способів контрацепції

в анамнезі жінок з АГЕ (40,0%), проте відмінності були статистично незначущими ($p=0,086$).

Особливе значення мало дослідження частоти застосування оральних контрацептивів, які використовували в поодиноких випадках при ГПЕ. За наявності АГЕ не було виявлено жодного випадку вживання комбінованих оральних контрацептивів. Водночас у контрольній групі частота їх вживання становила 16,7%, що істотно перевищувало показник основної групи – 4,4% ($p=0,017$). Також відзначали статистично значущі відмінності частоти використання внутрішньоматкових контрацептивів (ВМК), що становило у пацієнтів з ГПЕ 21,1%, а в контрольній групі – 3,3% ($p=0,023$).

У жінок з різними формами ГПЕ частота використання ВМК мала порівнянні значення ($p=0,804$). Про відсутність використання засобів контрацепції заявили 24,4% жінок основної групи і 16,7% – контрольної групи, відмінності були неістотні ($p=0,384$). Під час порівняння пацієток з різними формами ГПЕ заперечували застосування контрацептивів в анамнезі в найбільшому відсотку випадків жінки з АГЕ (45,5%), частота подібних випадків при ЗГЕ становила 25,6%, при ПЕ – 13,3%. Відмінності підгруп між собою були статистично значущими ($p=0,016$).

Була виявлена висока частота рецидивуючої гіперплазії ендометрія після проведеного лікування у всіх підгрупах дослідження: 28,3% – при ЗГЕ, 29,3% – при ПЕ і 14,1% – при АГЕ, що стало причиною багатократних діагностичних вишкрібань у даного контингенту жінок.

Частота рецидиву ГПЕ не мала статистично значущої залежності від форми патології ($p=0,363$).

Захворювання органів репродуктивної системи діагностовано у значної частки пацієток основної групи. В анамнезі у 2/3 обстежених пацієток (67,7%) було хоч одне гінекологічне захворювання. У 30,0% обстежених виявлено два, а в 12,2% – три і більше гінекологічних захворювань. При порівнянні частоти гінекологічних захворювань в основній і контрольній групах виявлено статистично значущі відмінності за всіма нозологіями, що пояснювалося вищою ураженістю жінок з ГПЕ ($p<0,05$).

Під час аналізу гінекологічної захворюваності залежно від форми ГПЕ статистично значущі відмінності були відсутні в усіх випадках ($p>0,05$).

За результатами проведеного аналізу відомо, що серед пацієток з ГПЕ порівняно з контрольною групою наголошувалася істотно вища частота захворювань серцево-судинної системи, органів травлення та ендокринної системи ($p<0,001$ у всіх випадках). За наявності хвороб сечостатевої системи також фіксували статистично значущі відмінності показників захворюваності при порівнянні жінок з різними формами ГПЕ ($p=0,025$), зумовлені вищою частотою серед жінок з АГЕ, що становила 36,7% порівняно з пацієтками із ЗГЕ і ПЕ (12,2 і 11,1% відповідно). При порівнянні частоти хвороб органів травлення залежно від форми ГПЕ також були встановлені статистично значущі відмінності – зниження захворюваності серед пацієток із ПЕ до 60% ($p=0,001$).

Усього екстрагенітальні захворювання фіксували у близько 83,3% обстежених жінок, з них 78,3% жінок із ЗГЕ; 85,5% із ПЕ і 95,2% з АГЕ. Найчастішим екстрагенітальним захворюванням у досліджуваних групах була гіпертонічна хвороба (ГХ) – 39,4%, другим по частоті було ожиріння – кожна третя жінка у дослідженні (35,6%), на третьому місці був холецистит – 25,3%. Часті інфекційні захворювання, що предстали головним чином захворюваннями дихальних шляхів (ГРВІ, бронхіти, пнев-

монії), спостерігали у 68,7% жінок. Кожна друга пацієнтка у дослідженні мала два або декілька захворювань одночасно.

У жінок з двома і більше супутніми екстрагенітальними захворюваннями найчастіше фіксували такі поєднання, як ГХ і ожиріння (32,3%); ГХ, ожиріння і холецистит (20,8%). Отримані результати свідчать про низький індекс здоров'я жінок з ГПЕ у постменопаузальний період.

Аналіз структури перенесених пацієнтками операцій звертає увагу на високий відсоток холецистектомій – у 10 (45,5%) жінок з АГЕ, що статистично значуще перевищує показники серед пацієток з іншими формами ГПЕ ($p=0,005$). Також у цій підгрупі досліджуваних істотно частіше зустрічалися операції на щитоподібній залозі – у 22,7% випадків ($p=0,036$), на придатках матки, у тому числі резекція яєчників – 36,3% ($p=0,046$), видалення придатків – 27,3% ($p=0,045$) порівняно з пацієнтками з іншими формами ГПЕ. При порівнянні частоти інших оперативних втручань відмінності між основною і контрольною групами були статистично незначущими ($p>0,05$).

Під час дослідження особливу увагу було приділено особливостям перебігу клімактеричного періоду. Більшість пацієток (76,7%) страждали клімактеричним синдромом у період переходу менопаузи ($p<0,01$). У 59,6% з них ті або інші прояви клімактеричного синдрому збереглися у постменопаузальному віці. Серед клінічних проявів клімактеричного синдрому у постменопаузі можна виділити психоемоційні, вазомоторні, урогенітальні розлади, а також пізні змінні порушення.

Пацієнтки з клімактеричним синдромом скаржилися на приливи жару, підвищене потовиділення, пригнічений настрій, «мурашки», озноб, головний біль, запаморочення, нудоту. Так, скаржилися на приливи жару і підвищену пітливість 32,2% жінок із ЗГЕ, 52,5% пацієток з ПЕ і 18,6% обстежених з підгрупи з АГЕ.

Психоемоційні клімактеричні порушення проявлялися неврозоподібним синдромом:

- емоційна лабільність,
- пригнічення настрою,
- дисфорія,
- порушення когнітивних процесів, сну і пам'яті.

Плаксивість і дратівливість відзначені у кожній другій жінки в дослідженні (50,0%); порушення сну – у 66,7%; запаморочення, нудота й інші вестибулярні симптоми – у кожній третій (33,3%). У підгрупі жінок з АГЕ порівняно з іншими підгрупами дослідження переважали пацієнтки з порушеннями пам'яті і сну (72,7%), а також з м'язовим і суглобовим болем (54,5%).

Урогенітальні клімактеричні порушення у жінок постменопаузального віку з ГПЕ були представлені переважно атрофічними процесами. Атрофічний вагініт у 32,2% пацієток характеризувався сухістю, свербінням у піхві і диспареунією. Дизуричні явища були виявлені у 23,3% обстежених. Рецидивуючі цистити та уретрити, зумовлені атрофічними процесами епітелію урогенітального тракту, відзначали 8,9% жінок.

Усі перераховані вище урогенітальні розлади однаково часто зустрічалися у всіх підгрупах. Перебіг клімактеричного синдрому оцінювали за індексованою шкалою Куппермана. Легкий ступінь тяжкості клімактеричного синдрому виявлено у кожній п'ятій жінки (20,0%), середній ступінь – у 44,4% обстежених і тяжкий ступінь – у 10,0% випадків. Наведені дані свідчать про те, що клімактеричний синдром у жінок

із ГПЕ мав тривалий перебіг і майже в кожній другій продовжувався після настання менопаузи, що, поза сумнівом, позначилося на якості життя пацієнок даної вікової групи. Одним із основних критеріїв включення пацієнок у справжнє дослідження була постменопауза.

Середній вік настання менопаузи у всіх досліджуваних групах становив $50,3 \pm 0,3$ року. Згідно з отриманими даними, у 87,5% жінок із ЗГЕ, 86,7% із ПЕ і 40,0% із АГЕ тривалість постменопаузи становила 1–5 років. На відміну від пацієнок із ЗГЕ і ПЕ у підгрупі з АГЕ переважали жінки з тривалістю постменопаузи від 6 до 9 років – 22,7%, 10 років і більше – в 36,4%. Виявлена різниця була статистично значущою ($p < 0,001$).

ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що для жінок постменопаузального віку були визначені наступні достовірні чинники ризику розвитку ГПЕ незалежно від її форми: збільшення віку жінки $63,8 \pm 6,36$ року (63,3%); надмірна маса тіла – $28,9 \pm 3,2$ (Ді 95% 28,0–29,3); відсутність пологів в анамнезі – 35,6% ($p = 0,002$); наявність абортів в анамнезі – 70,0% ($p = 0,005$); низька частота використання оральних контрацептивів – 4,4% ($p = 0,017$); висока частота використання ВМК – 21,1% ($p = 0,023$); наявність різних гінекологічних захворювань в анамнезі – 40,6%; вища частота захворювань серцево-судинної системи – 91,1% ($p < 0,001$), ендокринної системи – 90,0% ($p < 0,001$) і органів травлення – 76,7% ($p < 0,001$).

Отримані результати слід враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Постменопаузальные особенности гиперпластических процессов эндометрия Ю.М. Садыгов

Целью исследования было изучение клинико-anamnestических особенностей гиперпластических процессов эндометрия у женщин постменопаузального возраста.

Были обследованы 90 женщин с гиперпластическими процессами эндометрия в постменопаузе (основная группа). Критерием распределения пациенток по подгруппам служила морфологическая форма гиперпластических процессов эндометрия. У 32,2% пациенток была диагностирована железистая гиперплазия эндометрия, у 45,6% – полипы эндометрия, у 22,2% – аденоматозная гиперплазия эндометрия. В контрольную группу вошли 30 пациенток постменопаузального возраста без гиперпластических процессов эндометрия.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что для женщин постменопаузального возраста были определены следующие достоверные факторы риска развития гиперпластических процессов эндометрия, независимы от ее формы: увеличение возраста женщины; избыточная масса тела; отсутствие родов в анамнезе; наличие абортов в анамнезе; низкая частота использования оральных контрацептивов; высокая частота использования внутриматочных контрацептивов; наличие различных гинекологических заболеваний в анамнезе; более высокая частота заболеваний сердечно-сосудистой системы; эндокринной системы и органов пищеварения.

Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: гиперпластические процессы эндометрия, постменопаузальный период, клинические аспекты.

Post-menopausal features of hyperplastic processes of endometrium Yu. Sadygov

Research objective – studying of clinical-anamnestic features of hyperplastic processes an endometrium at women of post-menopausal age.

We surveyed 90 women with hyperplastic processes an endometrium in postmenopause (the main group). As criterion of distribution of patients on subgroups the morphological form of hyperplastic processes an endometrium served. Among the patients surveyed at 32,2% the glandular hyperplasia an endometrium, was diagnosed for 45,6% – polyps an endometrium, for 22,2% – an adenomatous hyperplasia an endometrium. The control group was made by 30 patients in postmenopause without hyperplastic processes an endometrium.

Results of the conducted researches testify that for women of post-menopausal age the following reliable risk factors of development of hyperplastic processes an endometrium, irrespective of its form were defined: augmentation of age of the woman; excess body weight; lack of labors in the anamnesis; existence of abortions in the anamnesis; low frequency of use of oral contraceptives; high frequency of use of endometrial contraceptives; existence of various gynecologic diseases in the anamnesis; higher frequency of diseases of cardiovascular system; endocrine system and digestive organs.

The received results needs to be considered when developing algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Keywords: *hyperplastic processes endometrium, post-menopausal period, clinical aspects.*

Відомості про автора

Садигов Юрій Мехдійович – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 01011, м. Київ, вул. Арсенальна, 5. *E-mail:* prore-first@nmapo.edu.ua

Сведения об авторе

Садьгов Юрий Мехдийович – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национального университета здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. *E-mail:* prore-first@nmapo.edu.ua

Information about the author

Sadygov Yuri M. – Department of obstetrics, gynaecology and perinatology of Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 01011, Kyiv, 5 Arsenalna Str. *E-mail:* prore-first@nmapo.edu.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бенюк В.О., 2013. Сучасні аспекти діагностики гіперпластичних процесів ендометрію у жінок репродуктивного віку / Бенюк В.О., Курочка В.В., Винярьський Я.М., Гончаренко В.М. // Таврический медико-биологический вестник : 15 : 2 :20-28.
2. Вдовиченко Ю.П., 2018. 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 endometrium. NY.: Arnold. : 126
7. Eckert L.O., 2018. Endometritis. The clinical-pathologic syndrome //Am. J. Obstet Gynecol : 186 (4): 690-5.

Роль ультразвукового дослідження в оцінюванні тазових перитонеальних спайок у пацієнток репродуктивного віку з оперативними втручаннями в анамнезі

В.А. Терехов

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Проаналізовано діагностичну цінність ультразвукового дослідження (УЗД) в оцінюванні тазових перитонеальних спайок у пацієнток репродуктивного віку, які перенесли оперативні втручання в анамнезі.

Проведено аналіз результатів ультразвукового обстеження 90 пацієнток, що госпіталізовані для ендоскопічного оперативного лікування у відділення гінекології і перенесли раніше операції на органах черевної порожнини і малого таза. Ехографічне дослідження проводили у два етапи: трансабдомінальне і трансавагінальне за певною схемою. Прицільно оцінювали ділянку шкірних післяопераційних рубців, проекцію на передню черевну стінку розрізу парієтальної очеревини під час попередніх операцій і параумбілікальну ділянку. Використовували декілька спеціальних проб: тракційну і компресійну.

Найбільш інформативними з метою діагностики спайкового процесу у черевній порожнині є наступні ехографічні ознаки: локальне потовщення парієтальної очеревини з посиленням ехо-сигналу, наявність утворень із рідиною у малому тазі, не пов'язаних із яєчником, позитивна тракційна і компресивна проби.

УЗД є інформативним методом діагностики спайкового процесу у черевній порожнині і малому тазі та визначення місця введення голки Вереша і першого троакара під час лапароскопічних операцій.

Ключові слова: перитонеальні тазові спайки, ультразвукове дослідження, оперативні втручання, репродуктивний вік.

Спайковий процес у черевній порожнині і малому тазі, що сформувався після операцій, є потенційним чинником ризику під час проведення повторних оперативних втручань [1, 2]. Останнім часом з'явилися роботи з використання ехографії у діагностиці тазових перитонеальних спайок [3–6]. Однак на даному етапі ехографічна діагностика спайкового процесу представляє певні труднощі внаслідок відсут-

ності чітких ультразвукових критеріїв та певної схеми ультразвукового дослідження. У зв'язку з цим доцільно оцінити значущість ультразвукового дослідження (УЗД) в оцінюванні спайкового процесу у черевній порожнині і малому тазі у пацієток, які раніше перенесли оперативні втручання.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено аналіз результатів ультразвукового обстеження 90 пацієток, що надійшли для ендоскопічного оперативного лікування у відділення гінекології і перенесли раніше операції на органах черевної порожнини і малого таза. Вік пацієток коливався від 18 до 42 років. У 72 пацієток проведено одне хірургічне втручання, по дві операції в анамнезі – у 18 пацієток.

Показаннями для раніше проведених оперативних втручань були:

- міома матки – у 19 пацієток,
- ектопічна вагітність – у 30,
- патологія вагітності – у 9,
- доброякісні утворення та кісти яєчників – у 28,
- апоплексія яєчників – у 12,
- неускладнений апендицит – у 8,
- неускладнений холецистит – у 2 жінок.

Операції було виконано різними доступами: череворозтин за Пфаненштилем (24), череворозтин за Волковичем–Дьяконовим (8), череворозтин за Кохером (2), лапароскопія (56).

Показаннями для проведення лапароскопії були: міома матки (17), доброякісні утворення та кісти яєчників (29), трубно-перитонеальний фактор безпліддя (44).

УЗД виконували на апараті «Toshiba SP-120» (Японія) конвексним, лінійним трансабдомінальним та піхвовим мультимодальними датчиками (3,5–7,5 МГц).

Ехографічне дослідження проводили у два етапи: трансабдомінальне і трансвагінальне за певною схемою. На першому етапі здійснювали УЗД органів черевної порожнини з метою визначення можливої патології паренхіматозних органів, потім проводилося виявлення вісцеропарієтальних зрощень. Прицільно оцінювали ділянку шкірних післяопераційних рубців, проекцію на передню черевну стінку розрізу парієтальної очеревини під час попередніх операцій і параумбілікальну ділянку. За наявності ознак спайкового процесу у параумбілікальній ділянці визначали безпечне місце введення голки Вереша і першого тракара.

Використовували декілька спеціальних проб:

- тракційна проба – швидке почергове підвищення і зниження сили тиску датчика на передню черевну стінку (або піхву – під час трансвагінального дослідження),
- проба з форсованим диханням – серія глибокого дихання за участю передньої черевної стінки,
- компресійна проба – натискання датчиком (під час трансабдомінального сканування) або рукою (під час трансвагінального) на передню черевну стінку пацієнтки [4, 5].

Другим етапом УЗД була трансвагінальна ехографія, під час якої визначали наявність патологічних змін органів малого таза, оцінювали наявність спайкового процесу. Так само використовували тракційну та компресійну проби з метою оцінювання ступеня рухливості органів між собою і відносно стінок малого таза.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Найбільш інформативними з метою діагностики спайкового процесу у черевній порожнині були наступні ехографічні ознаки:

- локальне потовщення парієтальної очеревини з посиленням ехо-сигналу,
- наявність утворень із рідиною у малому тазі, не пов'язаних з яєчником,
- позитивна тракційна і компресивна проби.

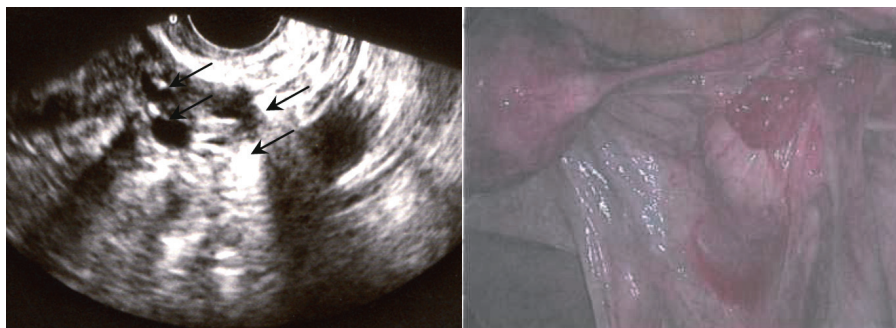
Однією з ознак спайкового процесу є потовщення парієтальної очеревини і посилення ехо-сигналу від очеревини у місцях локалізації спайок. Цю ехографічну ознаку фіксували у різних ділянках парієтальної очеревини, вона була підтверджена під час оперативної лапароскопії у 43 із 90 пацієнток. У 24 спостереженнях дана ехографічна ознака під час лапароскопії не підтвердилася (хибнопозитивний результат). У 23 спостереженнях під час лапароскопії були вісцеропарієтальні зрощення між очеревиною і петлями тонкої кишки, очеревиною і великим сальником, які під час ехографії виявлено не було (помилково негативні результати).

Іншою зареєстрованою ехографічною ознакою була відсутність або обмеження взаємного зміщення парієтальної і вісцеральної очеревини – позитивна тракційна та компресійна проби. Цю ознаку було виявлено під час УЗД і підтверджено під час ендоскопії у 38 з 90 пацієнток, при цьому в одному дослідженні вона могла відзначитися неодноразово (від 1 до 3 разів). Негативна тракційна проба не виключає наявності дистанційних спайок, у таких випадках з метою діагностики необхідно використовувати пробу з форсованим диханням. Дистанційні спайки можна запідозрити у разі появи позитивного симптому «повернення». Симптом «повернення» реєстрували під час проведення УЗД у 30 із 90 хворих, причому дана ехографічна ознака могла виявлятися в однієї хворої у декількох досліджуваних зонах передньої черевної стінки. У 24 спостереженнях за даними УЗД не було виявлено дистанційних зрощень, гіпердіагностику фіксували в 14 спостереженнях.

З метою виявлення ехографічних ознак спайкового процесу у малому тазі велике значення має інформація про доступи та обсяги оперативних втручань в анамнезі. Зазвичай рубцеві зміни після кесарева розтину виявляли у нижній третині передньої стінки матки у формі потовщення серозного покриву з посиленням ехо-сигналу у 5 із 9, деформації контуру матки, частіше втягнутого характеру – у 4 з 9, потовщення парієтальної очеревини у ділянці матково-міхурового поглиблення – у 3 із 9 випадках. Точність діагностики підвищувалася при наповненому сечовому міхурі, про наявність спайкового процесу свідчили дефекти наповнення та асиметрії сечового міхура у 3 з 9, а також поява дивертикулів і інвагінації у 2 з 9 випадках.

Після консервативної міомектомії у ділянці енуклеації міоматозних вузлів виявляли зрощення у формі септ між серозним покривом матки і пов'язаними петлями кишечника у 15 з 19, локальне потовщення зовнішнього контуру матки – у 11 з 19, позитивну тракційну пробу – у 15 з 19 випадків. Після операцій на яєчниках (резекція, цистектомія) зазвичай визначали зміну контуру органа безперервного або переривчастого характеру у формі лінійного або штрихового посилення ехо-сигналу у 20 із 28, зміна положення яєчника – у 22 з 28, септи між яєчником і різними органами малого таза, кишкою – у 15 з 28 випадках (рис. 1).

Частою ехографічною ознакою спайкового процесу у малому тазі було потовщення зовнішнього контуру органа різної протяжності з посиленням ехо-сигналу, який був зареєстрований у 63 з 90 пацієнток і відзначався у декількох досліджуваних зонах малого таза (рис. 2). Під час лапароскопії дана ехографічна ознака зазвичай відповідала щільним міжорганним зрощенням.



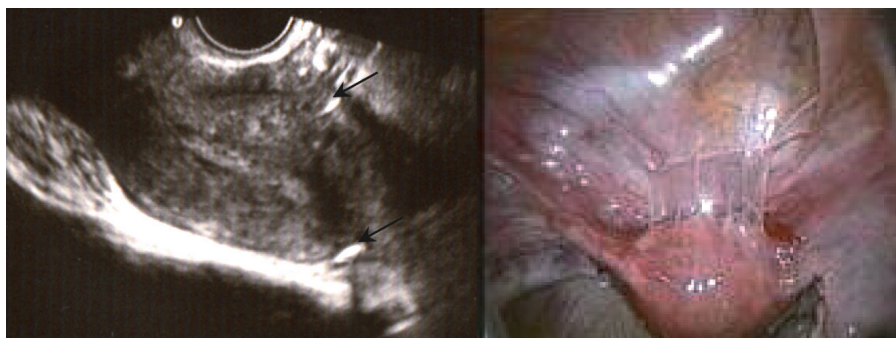
a

б

Рис. 1. *a* – ультразвукова ознака спайкового процесу – зміна контуру яєчника у формі штрихового посилення ехосигналу від очеревини у ділянках локалізації спайок після його резекції; *б* – лапароскопічне підтвердження цієї ознаки

Другою частою ознакою спайкового процесу в малому тазі була зміна топографії органів. Зміну розташування яєчника щодо інших органів малого тазу було підтверджено під час лапароскопії у 46 із 90 пацієнток. У 5 з них спостерігалось щільне прилягання яєчника до бічної стінки тазу, у 41 – до матки. У 17 пацієнток під час лапароскопії ця ехографічна ознака не підтвердилася. Відхилення тіла матки від серединної вісі малого тазу виявлено у 19 пацієнток. З них у 5 під час лапароскопії спайкового процесу як причини зміни положення матки виявлено не було.

Гіперехогенні лінійні утворення між різними структурами малого тазу, що виявляються під час різних вісей сканування, свідчили про дистанційні спайки і найчастіше розташовували між маткою і яєчником або утворенням яєчника, а також у позаматковому просторі між прямою кишкою і маткою, придатками, петлями тонкої



a

б

Рис. 2. *a* – ультразвукова ознака спайкового процесу – потовщення парієтальної очеревини і посилення ехо-сигналу від очеревини у місцях локалізації спайок (після кесарева розтину); *б* – лапароскопічне підтвердження цієї ознаки

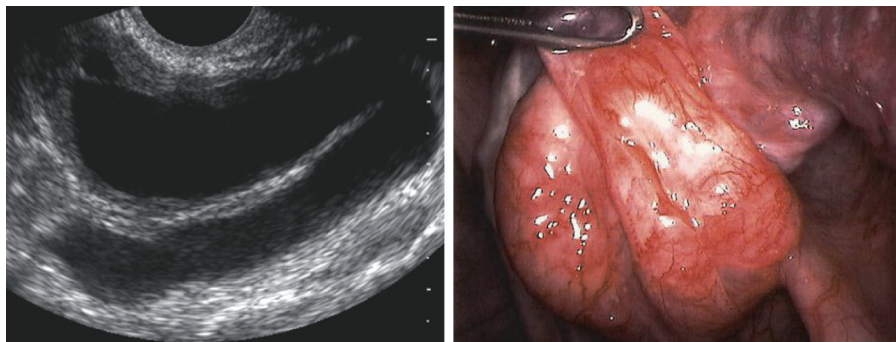


Рис. 3. Ультразвукова та лапароскопічна картина гідросальпінксу

і товстї кишки. Товщина лінійних структур варіювала від 1 до 5 мм, у деяких випадках фіксували їхню нерівномірну товщину. Дистанційні спайки мали різну форму: лінійну, роздвоєну, у формі віяла, дрібних штрихових включень тощо.

Гідросальпінкс було виявлено у 27 пацієток. Це зазвичай свідчило про виражений спайковий процес. Під час проведення УЗД гідросальпінкси визначалися у вигляді гіпо- або анехогенних обмежених позаорганих утворень різних розмірів, овальної або витягнутої форми з неповними перетинками у просвіті розширеної маткової труби або пристінкових поліпоподібних включень (синоніми: «бісер на нитці», «чотки»), що виступали у просвіт труби (рис. 3).

Специфічність наявності рідинних утворень у малому тазі як ознаки спайкового процесу з великою вірогідністю дозволяє припустити спайковий процес помірної та тяжкої форм поширення. Саме тому виявлення рідинних утворень (гідросальпінкс) можна розцінювати як «абсолютні» діагностичні критерії наявності спайкового процесу.

ВИСНОВКИ

1. Аналіз представлених даних продемонстрував, що ультразвукове дослідження (УЗД) є інформативним методом діагностики спайкового процесу у черевній порожнині і малому тазі та визначення місця введення першого троакара під час лапароскопічних операцій.

2. Під час проведення УЗД у пацієток з підозрою на спайковий процес необхідно дотримуватися методичності й етапності дослідження, що дозволяє уточнити локалізацію тазових перитонеальних спайок у тій чи іншій ділянці черевної порожнини та малого таза. Під час трансабдомінального сканування особливу увагу необхідно приділяти дослідженню ділянки типових точок введення під час лапароскопії голки Вереша і першого троакара. Під час трансвагінального дослідження необхідно оцінювати розташування органа, характер зовнішнього контуру анатомічних структур (органів малого таза, патологічних утворень), оцінювати наявність дистанційних спайок, утворень із рідиною, непов'язаних з яєчником, проводити тракційну і компресійну проби.

3. Діагностична цінність УЗД підвищується при поєднанні декількох ехографічних ознак: зміни положення, потовщення контуру органа, посилення ехо-сигналу у ділянках зрощень, наявності утворення з рідиною, непов'язаного з яєчником і позитивних результатах тракційної та мануальної проб. Ізольована зміна положення матки або

яєчника може бути варіантом норми. Важливо пам'ятати, що помилково негативними можуть бути тракційна та компресійна проби за наявності дистанційних спайок.

4. Ехографічне дослідження дозволило розширити показання до використання лапароскопічного доступу у вхорих з неодноразовими оперативними втручаннями в анамнезі, уникнути пошкодження внутрішніх органів черевної порожнини під час введення голки Вереша, першого троакара та наступних маніпуляцій.

Роль ультразвукового дослідження в оцінці тазових перитонеальних спайок у пацієнток репродуктивного віку з оперативними втручаннями в анамнезі

V.A. Terehov

Проаналізована діагностична цінність ультразвукового дослідження (УЗД) в оцінці тазових перитонеальних спайок у пацієнток репродуктивного віку, перенесених оперативних втручаннях в анамнезі.

Проведено аналіз результатів ультразвукового дослідження 90 пацієнток, які знаходилися на оперативному лікуванні в відділенні гінекології та перенесли раніше операції на органах брюшної порожнини та малого тазу. Ехографічне дослідження складалося з двох етапів: транс-абдомінального та трансвагінального, які проводилися за певною схемою. Прицільно оцінювали область шкірних післяопераційних рубців, проекцію на передню брюшну стінку розрізу парієтальної брюшини при попередніх операціях та параумбілікальну область. Використовували декілька спеціальних проб: тракційну та компресійну.

Найбільш інформативними з метою діагностики спаєчного процесу є наступні ехографічні ознаки: локальне утолщення парієтальної брюшини з посиленням ехосигналу, наявність рідинних утворень у малому тазу, не пов'язаних з яєчником, позитивна тракційна та компресійна проби.

УЗД є інформативним методом діагностики спаєчного процесу в брюшній порожнині та малому тазу та визначення місця введення голки Вереша та першого троакара в час лапароскопічних операцій.

Ключові слова: *перитонеальні тазові спайки, ультразвукове дослідження, оперативні втручання, репродуктивний вік.*

Role of ultrasound examination for peritoneal pelvic adhesions detection at fertility females with previous surgical procedures

V.A. Terehov

Diagnostic consideration of ultrasound examination were analyzed for peritoneal pelvic adhesions detection at fertility females, who were undergone previous various surgical procedures.

The analysis of ultrasound examinations of 90 patients who were treated surgically and underwent surgery in the abdominal and pelvic organs earlier. Echographic examination consisted of two phases: transabdominal and transvaginal, which were held in a certain pattern. Skin scars area, the projection on the anterior abdominal wall parietal peritoneum incision in the previous operations and periumphalic area were estimated. We used a few special tests: traction and compression tests.

The most informative to diagnose adhesions are the following sonographic signs: local thickening of the parietal peritoneum with increased echo signal, the presence of liquid structures in the pelvis, which are not related to the ovary, positive traction and compressive tests.

Ultrasound examination is informative diagnostic method for peritoneal pelvic adhesions and place detection of Veresh needle intake and first trocar during laparoscopic procedures.

Keywords: *peritoneal pelvic adhesions, ultrasound examination, surgical treatment, fertility age.*

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

Відомості про автора

Терехов Володимир Андрійович – Кафедра акушерства та гінекології медичного інституту Сумського державного університету МОН України, 40007, м. Суми, вул. Римського-Корсакова, 2. *E-mail:* prore-first@nmapo.edu.ua

Сведения об авторе

Терехов Владимир Андреевич – Кафедра акушерства и гинекологии медицинского института Сумского государственного университета МОН Украины, 40007, г. Сумы, ул. Римского-Корсакова, 2. *E-mail:* prore-first@nmapo.edu.ua

Information about the author

Terekhov Volodymyr A. – Department of obstetrics and gynaecology of Medical institute of the Sumy state university Departments of education and science Ukraine, 40007, Sumy, 2 Rymaskogo-Korsakova Str. *E-mail:* prore-first@nmapo.edu.ua

ORCID ID 0000-0003-1080-0119

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Азиев О.В. Безопасное выполнение лапароскопии у пациенток с чревосечением в анамнезе. Эндоскопическая хирургия 2020; 2: 3-4.
2. Hellebrekers B.W., Kooistra T. Pathogenesis of postoperative adhesion formation. Br J Surg. 2019; 98 (11): 1503-1516.
3. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. Митьков В.В., Медведева М.В. (ред.). М: Видар, 2017; 3: 227-242.
4. Озерская И.А. Эхография в гинекологии. – М., 2015; 292 с.
5. Старков Ю.Г., Домарев Л.В., Шишин К.В., Солодина Е.Н. Ультразвуковое картирование висцеро-париетальных сращений брюшины перед лапароскопическими операциями. Медицинская визуализация 2018; 4: 22-26.
6. Studer P., Mennicke M., Inderbitzin D. Adhesions and abdominal pain. Ther Umsch. 2019; 68 (8): 468-72.

Порушення репродуктивної функції при поєднаній матковій патології

С.Л. Чирва

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Результати проведених досліджень продемонстрували, що поєднана патологія матки є причиною порушень репродуктивної функції жінок.

Встановлені патогенетичні особливості свідчать про необхідність більш поглибленого вивчення даної проблеми для розроблення ефективного алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: порушення репродуктивної функції, поєднана патологія матки, патогенез.

Порушення репродуктивної функції жінок є наслідком безлічі причин, де матковою причиною становить 24–62%. [1]. У структурі внутрішньоматкової патології переважає хронічний ендометрит, більш ніж у 2 рази перевищуючи поширеність інших захворювань [2, 3]. Його частота найбільш висока (17,2–67,7%) у пацієток з трубно-перитонеальним безпліддям, невдачами допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) [1–5], при невиношуванні вагітності (34–73,1%) [1]. Рідше зустрічаються поліпи ендометрія, частота виявлення яких коливається від 12,3% до 32%. Частка жінок з внутрішньоматковими синехіями становить від 3% до 13%, з міомою матки при субмукозній локалізації вузлів – від 4% до 20% [2, 3].

У літературі, присвяченій проблемам ДРТ і невиношуванні вагітності, описані різні позанозологічні структурно-функціональні зміни в ендометрії, які можуть бути самостійною причиною порушень репродуктивної функції:

- розлади субендометріального кровотоку,
- невідповідність структури ендометрія дню менструального циклу,
- склеротичні й імунологічні зміни в ендометрії [1–5].

Лікування при внутрішньоматковій патології зазвичай медикаментозне при хронічному ендометриті або хірургічне – за наявності поліпів ендометрія, внутрішньоматкових синехій, перетинки, субмукозній міоми матки. Хірургічне втручання дозволяє відновити анатомічну цілісність порожнини матки у 93–96% випадків, тоді як вагітність настає лише у 15–50% жінок [1]. Лікарська терапія хронічного ендометриу недостатньо результативна, про що свідчить його висока частота у жінок з порушенням репродуктивної функції, що багато разів застосовували медикаментозне лікування.

Не дивлячись на значну кількість наукових публікацій з проблеми жіночого безпліддя не можна вважати всі питання повністю вирішеними, особливо в аспекті ви-

вчення патогенетичних особливостей порушень репродуктивної функції при поєднаній маткової патології.

Усе викладене вище свідчить про актуальність наукової проблеми, що вивчається.

Мета дослідження: вивчення патогенетичних аспектів порушень репродуктивної функції при поєднаній патології матки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено комплексне клініко-лабораторне, функціональне й імуногістохімічне обстеження 109 жінок з поєднаною патологією матки і порушенням репродуктивної функції.

Пацієнтки були розподілені на три групи. До 1-ї і 2-ї груп увійшли відповідно 69 і 19 пацієнток з хронічним ендометритом і супутньою генітальною патологією. У 3-ю групу – 21 жінка після різних внутрішньоматкових маніпуляцій.

Критерії включення у дослідження:

- вік 18-39 років;
- наявність маткового чинника безпліддя або невиношування вагітності;
- регулярний ритм менструацій;
- відсутність порушень гормонального гомеостазу і гемостазиограми;
- для 1-ї і 2-ї груп – наявність гістологічної верифікації хронічного ендометриту;
- для 3-ї групи – наявність ехо-доплерометричних ознак структурно-функціональних порушень в ендометрії.

Для вивчення нових аспектів патогенезу порушення репродуктивної функції у жінок з поєднаною патологією матки імуногістохімічне дослідження ендометрія проводили методом подвійних антитіл з імунопероксидазною (стрептавідин-біотиновою) міткою, використовували серійні парафінові зрізи. За первинні антитіла використовували наступні моноклональні антитіла:

- CD138 – маркер плазматичних клітин («Novocastra Lab. Ltd»);
- CD68 – маркер моноцитів/макрофагів («Dako Cytomation»);
- EGF – епідермальний чинник зростання («Sygma»);
- VEGF – судинний ендотеліальний чинник зростання («Dako Cytomation»);
- TNF- α – чинник некрозу пухлини- α («R&D systems»);
- TGF- β – трансформуючий чинник зростання- β («R&D systems»);
- ER – рецептори до естрогену типу α («Novocastra Lab. Ltd»);
- PR – рецептори до прогестерону типу A і B («Novocastra Lab. Ltd»);
- Ki-67 – маркер клітинної проліферації («Dako Cytomation»);
- Apo-protein – маркер апоптозу («Novocastra Lab. Ltd»);
- колаген III і IV типів («Dako Cytomation»).

Визначення концентрації чинників ангіогенезу (VEGF, sVEGF-R1, sVEGF-R2) у сироватці крові і цервікального слизу проводили згідно зі стандартним протоколом імуноферментним методом за допомогою тест-систем фірми «R&D Systems» (США).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що вік обстежених жінок коливався від 22 до 39 років, достовірно за групами не відрізнявся і становив у середньому $32,0 \pm 0,7$ року. Переважали пацієнтки 30 і більше років.

Провідними чинниками, що зумовлюють порушення сприйнятливості ендометрія до вагітності, є запальні захворювання нижнього відділу статевого тракту, хронічний сальпінгоофорит, ускладнений перебіг вагітності і пологів, лікарські маніпуляції.

У проведеному дослідженні частка пацієнток із захворюваннями, що передаються статевим шляхом, становила 37,2%, неспецифічні вагініти перенесли 71,3% жінок. Хронічний сальпінгоофорит виявлений у 59,7% пацієнток, що в 4 рази перевищувало показники у фертильних жінок. Невиношування вагітності в анамнезі і ускладнений перебіг післяабортного періоду відзначено у 5 разів частіше, ніж у жінок без порушень репродуктивної функції. У 18,2% хворих виявлена звична втрата вагітності. В анамнезі всіх обстежених жінок були внутрішньоматкові втручання, причому в кожній другій двічі, а в кожній четвертій – три і більше (до 6) разів. Середній показник кількості внутрішньоматкових втручань на одну жінку становив $2,5 \pm 0,4$, що є досить високим показником, який свідчить про високий ризик травматичного чинника порушення сприйнятливості ендометрія до вагітності.

Під час оцінювання причин жіночого безпліддя велике значення мають супутні гінекологічні захворювання. Тому особлива увага була приділена вивченню супутньої патології репродуктивної системи. У 28,5% обстежуваних жінок виявлена лейоміома матки, у 15,9% – генітальний ендометріоз, що не вимагають на даному етапі хірургічного лікування або після нього. Кількість хворих з лейоміомою матки і генітальним ендометріозом у досліджуваних групах достовірно не відрізнялася.

У пацієнток з безпліддям його середня тривалість становила $6,2 \pm 0,4$ року. Переважало вторинне безпліддя – 64,2%. Тривалість хронічного ендометриту у пацієнток 1-ї і 2-ї груп становила $7,4 \pm 0,7$ року і $6,5 \pm 0,7$ року відповідно. Ретроспективний аналіз наданої медичної допомоги продемонстрував, що бажанню мати дітей стало причиною активного лікування у більшості обстежених жінок. Протизапальна (включаючи антибактеріальну) терапія раніше проведена у 93,3% хворих, причому в половині випадків – неодноразово. Гормональні препарати раніше призначалися 66,2% хворим. Ендоскопічні хірургічні втручання на органах репродуктивної системи виконані у 46,7% пацієнток. Більше половини жінок використовувала програми допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), які не принесли бажаного ефекту. Кількість спроб варіювала від 1 до 18, становлячи у середньому $2,9 \pm 0,6$ спроб на пацієнтку, при цьому 82,2% жінок мали неодноразові невдачі.

Аналіз даних про попереднє лікування дозволяє констатувати, що обстежених жінок тривало і безуспішно лікували з використанням медикаментів, хірургічних і ДРТ.

Оцінювання клінічної картини у пацієнток з патологічними змінами у порожнині матки та ендометрія після завершення хірургічного і медикаментозного етапів лікування виявило низку симптомів. Лише у 32,2% жінок єдиною скаргою було порушення репродуктивної функції. Перименструальні виділення, що мастиять, зафіксовані у 40,6% (1-а група – 46,7%; 2-а група – 36,8%; 3-я група – 23,8%), біль у нижніх відділах живота – у 17% (1-а група – 17,9%; 2-а група – 18,4%; 3-я група – 11,9%), гіпоменорея – у 10,2% (1-а група – 8,6%; 2-а група – 10,5%; 3-я група – 11,9%) хворих.

Результати лабораторно-інструментального обстеження засвідчили наявність різних структурно-функціональних змін ендометрія, які могли бути самостійним чинником, що перешкоджає імплантації та успішному розвитку вагітності.

Морфологічне дослідження ендометрія після лікування хронічного ендометриту, проведене у 20 хворих 2-ї групи, виявило повне відновлення морфологічної структури ендометрія лише в десятій частині пацієнток. В інших випадках плазматичні клітини були відсутні, але зберігалися запальні інфільтрати і фіброз. Імуногістохімічне дослідження ендометрія у жінок цієї групи засвідчило, що кількість макрофагів (CD 68) була підвищена на 33,2%; рівень експресії EGF – на 23,2% порівняно з експресією аналогічних маркерів у здорових жінок. Зберігалися порушення ангіо-

архітектоніки тканини у вигляді накопичення колагену III (підвищений у 2 рази) і IV типу (підвищений на 7,2%) з утворенням зон інтерстиціального і периваскулярного склерозу, формуванням судин капілярного типу та експресія TGF- β .

Виявлений дисбаланс вмісту рецепторів естрогену і прогестерону у стромі і паренхімі (гіперекспресія в залозах) і порушення їхнього співвідношення (переважання PR у проліферативну фазу). Слід підкреслити, що медикаментозне лікування позитивно вплинуло на динаміку усіх наведених вище маркерів, але не змінилася експресія колагену III типу, що переважає при хронічному ендометриті, і відновлення фізіологічного співвідношення стероїдних рецепторів.

Останніми роками під час дослідження патогенезу різних захворювань жіночої статеві сфери, значущих для реалізації репродуктивної функції, велику увагу приділяють стану системи ангіогенезу. Оцінювання концентрації чинників ангіогенезу, що проведена у 37 обстежених хворих 1-ї і 2-ї груп, виявила підвищення вмісту VEGF-A в 2,7 разу в плазмі крові і в 3,5 разу – в цервікальному слизі, що супроводжувалося зміною концентрації його рецепторів.

Виявлено високий проангіогенний потенціал дистантно визначуваних маркерів, який зберігався після медикаментозного етапу лікування, підтверджений даними імуногістохімічного дослідження ендометрія, що демонструє активність неоангіогенезу в даній когорті хворих, судячи по щільності новоутворених судин і експресії EGF. Відомо, що важливу роль у синтезі VEGF відіграють ішемія і гіпоксія, тому можливо при поєднаній патології матки саме ішемія тканини, обумовлена її патологічною простоювою організацією з накопиченням колагену або локальною гіперкоагуляцією внаслідок дії цитокінів Th-1, підтримує високий рівень ангіогенезу в ендометрії.

Особливий інтерес представляє виявлене істотне підвищення рівнів VEGF-A і sVEGF-R1 у цервікальному слизі у пацієнок з хронічним ендометритом і супутніми лейоміомою матки і генітальним ендометріозом (у жінок без супутніх лейоміоми матки і ендометріозу: VEGF-A – 187,5 \pm 79,3 пг/мл, sVEGF-R1 –50,7 \pm 13,8 пг/мл; за наявності зазначених вище захворювань: VEGF-A – 211,8 \pm 86,4 пг/мл, sVEGF-R1 – 64,0 \pm 21,5; $p < 0,05$) за відсутності достовірних відмінностей на системному рівні (VEGF-A у сироватці крові – 304 \pm 89,1 пг/мл і 292,1 \pm 54,6 пг/мл відповідно; $p > 0,05$).

Отже, підвищення проангіогенного потенціалу відіграє значну роль у патогенезі поєднаної патології матки і порушень репродуктивної функції, що може пояснювати виявлені відмінності.

ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень продемонстрували, що поєднана патологія матки є причиною порушень репродуктивної функції жінок.

Встановлені патогенетичні особливості свідчать про необхідність більш поглибленого вивчення даної проблеми для розроблення ефективного алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Нарушення репродуктивної функції при сочетанній маточній патології С.Л. Чирва

Результаты проведенных исследований продемонстрировали, что сочетанная патология матки является причиной нарушений репродуктивной функции женщин.

Установленные патогенетические особенности свидетельствуют о необходимости более

углубленного изучения данной проблемы для разработки эффективного алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: нарушения репродуктивной функции, сочетанная патология матки, патогенез.

Infringements of reproductive function at complex uterine pathologies S.L. Chirva

Results of the spent researches testify, that complex the uterus pathology is the reason of infringements of reproductive function of women.

The established clinical features testify to necessity of more profound studying of the given problem for working out of effective algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Keywords: *infringements of reproductive function, complex uterus pathology, patogenesis.*

Відомості про автора

Чирва Сергій Леонідович – Кафедра акушерства та гінекології медичного інституту Сумського державного університету МОН України, 40007, м. Суми, вул. Римського-Корсакова, 2. *E-mail:* prore-first@nmapo.edu.ua

Сведения об авторе

Чирва Сергей Леонидович – Кафедра акушерства и гинекологии медицинского института Сумского государственного университета МОН Украины, 40007, г. Сумы, ул. Римского-Корсакова, 2. *E-mail:* prore-first@nmapo.edu.ua

Information about the author

Chyrva Serhii L. – Department of obstetrics and gynaecology of Medical institute of the Sumy state university Departments of education and science Ukraine, 40007, Sumy, 2 Rymskogo-Korsakova Str. *E-mail:* prore-first@nmapo.edu.ua

ORCID ID 0000-0002-2848-4831

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Грищенко В.И., Щербина Н.А. Женское бесплодие: состояние проблемы // Международный медицинский журнал. – 2016. – № 1. – С. 89–92.
2. Сметник В.П. Неоперативная гинекология / В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович. – Санкт-Петербург: СОТИС. – 2015. – 134 с.
3. Светлаков А.В. Формирование blastocyst и частота наступления имплантации у женщин разных возрастных групп в зависимости от длительности бесплодия в анамнезе // Пробл. репрод. – 2019. – Т. 3, № 4. – С. 59–65.
4. Шаралова О.В. Современные проблемы охраны репродуктивного здоровья женщин: пути решения // Вопр. гинеколог. акуш. перинат. – 2019. – Т. 2, № 1. – С. 7–10.
5. Шуршаллина А.В. Патогенетические подходы к терапии хронического эндометрита // Акушерство и гинекология. – 2019. – № 6. – С. 54–56.

Психологічні аспекти поєднаної патології матки у постменопаузальному періоді

В.А. Шамрай

Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер

Результати проведених досліджень свідчать про необхідність вивчення психологічного статусу у жінок постменопаузального віку з поєднаною патологією, причому з урахуванням наявності метаболічного синдрому.

Отримані результати вказують на наявність емоційного напруження, змін психологічного профілю особи зі збудливим типом реагування. Значення вегетативного коефіцієнта 0,9–1,9 відповідають оптимальній мобілізованій фізичних і психічних ресурсів; менше 0,9 свідчать про хронічну перевтому, неготовності до напруження та адекватних дій у стресових ситуаціях; більше 1,9 – про зайве збудження. Водночас у складних ситуаціях легко формуються реакції: імпульсивність, зниження емоційного самоконтролю.

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

Ключові слова: психологічний статус, поєднана патологія матки, період постменопаузи.

У зв'язку зі збільшенням середньої тривалості життя, що спостерігається сьогодні, особливого значення набувають різні аспекти, що визначають якість життя жінок у постменопаузі, у тому числі зміни в психовегетативній сфері.

Не дивлячись на достатню вивченість клімактеричного синдрому [1–8], конкретні особливості вегетативної симптоматики у жінок, що пред'являють активні скарги, і в тих, що не мають таких, повною мірою не визначені. Окрім вазомоторних симптомів клімактеричного синдрому (КС), від 16 до 31% жінок у пери- і постменопаузі відзначають погіршення настрою, виникнення депресивних порушень [1, 2]. З точки зору інших авторів [3, 4], існування синдрому менопаузи, що характеризується високим рівнем депресії, ставиться під сумнів.

У більшості робіт, присвячених вивченню стану психовегетативної сфери у постменопаузі, основна увага приділяється клінічним дослідженням тривожних і депресивних розладів. Водночас недостатньо вивченими залишаються особливості психологічного статусу, які мають велике значення під час розроблення тактики ведення пацієнок до і після оперативного лікування.

Мета дослідження: вивчення впливу поєднаної патології матки у постменопаузі на психологічні аспекти якості життя пацієнок.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У даному дослідженні 80 пацієнток було розділено на дві групи:

- основна група – 50 жінок з поєднаною патологією матки (ППМ) і явищами метаболічного синдрому;
- контрольна група – 30 жінок з поєднаною патологією матки без метаболічного синдрому.

У поняття «поєднана патологія матки» ми об'єднали патологію ендо- і міометрія: патологія ендометрія поєднано з лейоміомою матки (ЛМ), патологія ендометрія і аденоміоз (АМ), АМ і ЛМ, а також усі три патології одночасно. У поняття «патологія ендометрія» ми включили гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ), поліпи ендометрія (ПЕ), залозисту гіперплазію ендометрія (ЗГЕ) та атипію ендометрія (АЕ) (за умови наявності метроррагії).

Оцінювання психологічних аспектів якості життя проводили за допомогою тесту «Акцент-2-90», який є модифікованою методикою Шмішека-Мюллера. Його 90 питань дозволяють діагностувати акцентуацію особи, тип реагування на стрес, захисні і компенсаторні механізми, які визначають розвиток особи, процеси адаптації, психічне здоров'я.

Основними рисами-блоками є:

- демонстративність,
- педантизм,
- застрягання,
- збудливість,
- гіпертимність,
- дистимність,
- циклотимність,
- екзальтованість,
- тривожність,
- емотивність,
- інтраверсія.

Особовий профіль, що отримується за допомогою тесту, відображає особливості психологічного реагування випробовуваного і характеристики його особи.

Під час інтерпретації цих даних було враховувано стан випробовуваного, поєднання високих значень зі шкалами, що мають низькі значення. Середньо-популярною нормою був діапазон 10–14 балів. Середні значення за шкалою відображують збалансовану, ненапружену форму реагування. Значення, що знаходяться в діапазоні 15–18 балів, свідчать про участь властивостей в емоційному реагуванні особи. Значення у 21–24 бали відображають стійкі властивості особи, що входять у емоційно-динамічний паттерн особи.

Описані вище дослідження дозволяють адекватно оцінити основні особливості психологічного статусу жінок із ППМ у період постменопаузи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати обстеження пацієнток обох груп продемонстрували, що в основній групі достовірно частіше спостерігають поєднання ЛМ і ЗГЕ, ЛМ і ПЕ, при ізольованій формі патології ендометрія також в групі з МС частіше зустрічалися ГЕ. У групі контролю при ізольованій формі патології ендометрія достовірно частіше виявлені АЕ і ПЕ.

Під час аналізу віку проспективно обстежених хворих у підгрупах, зі свого боку розподілених за наявністю ізольованої або поєднаної форм патології ендо- і міоме-

трія, було відзначено, що в основній групі з наявністю ізольованої патології ендометрія середній вік становив $60,51 \pm 1,51$ року, з ППМ – $57,86 \pm 0,99$ року, в контрольній групі з ПЕ – $60,54 \pm 1,34$ року і з ППМ – $58,02 \pm 1,53$ року ($p > 0,05$). Отже, вік хворих був трохи меншим у підгрупах з ППМ ($p > 0,05$) обох груп.

У жінок постменопаузального віку з МС були достовірно більш виражені поєднані скарги (з боку низки систем, перенесені раніше аномалії менструального циклу) порівняно з аналогічними показниками пацієнток без наявності МС.

Результати додаткових методів досліджень свідчать, що у більшості пацієнток із МС кількість балів виходить за рамки середньо-популяційної норми. Порівнюючи ці дані з результатами пацієнток без наявності МС, також зафіксовано високу частоту виходу значень за межі середньо-популяційної норми. Загалом в обох групах найчастіше діагностували дистимію, емотивність, екзальтованість.

Крім того, наголошувалися високі показники тривожності. За шкалою «емотивність» у $60,00 \pm 6,75\%$ жінок з МС і в $52,38 \pm 5,82\%$ пацієнток без МС кількість балів перевищувала 18. Зафіксовані показники за шкалою «тривожність» у $57,50 \pm 5,65\%$ жінок основної групи ($p < 0,001$) і в $33,33 \pm 3,56\%$ пацієнток групи контролю, «дистимія» в $62,50 \pm 6,84\%$ ($p < 0,001$) і в $38,09 \pm 3,92\%$ відповідно.

Отримані результати свідчать про переважання у жінок з МС зниженого настрою з відчуттям внутрішньої напруженості, схильності до тривожних побоювань, сумнівів, песимістичній оцінці свого майбутнього. Рівень тривоги настільки виражений, що може призводити до психосоматичних порушень. Високі показники тривожності можуть бути пов'язані також з особливими особливостями і спричинювати невротичні розлади. Крім того, спостерігається значна залежність настрою від ситуаційних дій, хворобливе реагування на емоційно значущі стимул-реакції. Подібні особи уразливі щодо стресових чинників, схильні до психосоматичної патології і до соціальної дезадаптації.

Під час дослідження проводили розрахунок «сумарного відхилення від аутогенної норми». Значення сумарного відхилення від аутогенної норми був у діапазоні від 0 до 32 балів. Показник сумарного відхилення від аутогенної норми у групі пацієнток з ППМ і МС становив $28,7 \pm 0,65$, у групі пацієнток з ППМ без МС – $24,0 \pm 1,18$ ($p < 0,001$). Цей показник відображає рівень непродуктивної нервово-психічної напруженості, що полягає в надмірно завищеному витрачання нервово-психічних ресурсів при такому самому надмірно низькому коефіцієнті корисної дії. Чим більше величина сумарного відхилення від аутогенної норми, тим більшою мірою сили людини витрачаються на підтримку власної психічної цілісності, на боротьбу з внутрішньоособовими проблемами, на вольове подолання втоми задля досягнення суб'єктивно значущих цілей.

Отже, емоційне сприйняття характеризувалося емоційним напруженням, зміною психологічного профілю особи зі збудливим типом реагування.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про необхідність вивчення психологічного статусу у жінок постменопаузального віку з поєднаною патологією, причому з урахуванням наявності метаболічного синдрому. Отримані результати демонструють наявність емоційного напруження, зміни психологічного профілю особи зі збудливим типом реагування. Значення вегетативного коефіцієнта $0,9-1,9$ відповідають оптимальній мобілізованій фізичних і психічних ресурсів; менше $0,9$ свідчать про

хронічну перевтому, неготовності до напруження та адекватних дій у стресових ситуаціях; більше 1,9 – про зайве збудження. Водночас у складних ситуаціях легко формуються гарячкові реакції: імпульсивність, зниження емоційного самоконтролю.

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

Психологические аспекты сочетанной патологии матки в постменопаузальный период *В.А. Шамрай*

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о необходимости изучения психологического статуса у женщин постменопаузального возраста с сочетанной патологией, причем с учетом наличия метаболического синдрома.

Полученные результаты указывают на наличие эмоционального напряжения, изменений психологического профиля личности с возбудимым типом реагирования. Значения вегетативного коэффициента 0,9–1,9 соответствуют оптимальной мобилизованности физических и психических ресурсов; менее 0,9 свидетельствуют о хроническом переутомлении, неготовности к напряжению и адекватным действиям в стрессовых ситуациях; более 1,9 – об излишнем возбуждении. При этом в сложных ситуациях легко формируются реакции: импульсивность, снижение эмоционального самоконтроля.

Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: *психологический статус, сочетанная патология матки, постменопаузальный период.*

Psychological aspects of the united pathology of uterus in postmenopausal period *V.A. Shamraj*

Scientific work is devoted to studying of influence of combination pathology of uterus in postmenopause on psychological aspects of quality of life of patients.

The received results specify in presence of an emotional pressure, changes of a psychological profile of the person with excitable type of reaction. Values of vegetative factor 0,9–1,9 correspond optimum mobilization of physical and mental resources; less than 0,9 testify to chronic overfatigue, unavailability to pressure and adequate actions in stressful situations; more than 1,9 - about excessive excitation, thus in difficult situations feverish reactions are easily formed: impulsiveness, decrease in emotional self-checking.

The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Keywords: *the psychological status, combination uterus pathology, postmenopausal period.*

Відомості про автора

Шамрай Володимир Анатолійович – Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер, 21029, м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 84. *E-mail:* prore-first@nmapo.edu.ua

Сведения об авторе

Шамрай Владимир Анатолиевич – Винницкий областной клинический онкологический диспансер, 21029, г. Винница, Хмельницкое шоссе, 84, *E-mail:* prore-first@nmapo.edu.ua.

Information about the author

Shamray Volodymyr A. – Vinnytsya regional clinical oncologic dispensary, 21029, Vinnytsia, Khmelnytske highway, 84. *E-mail:* prore-first@nmapo.edu.ua

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

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков. – М.: Медицина, 2018. – 320 с.
2. Аккер Л.В. Течение постоваризакомического синдрома в постменопаузальном периоде. Особенности метаболических изменений и их коррекция заместительной гормональной терапией / Л.В. Аккер, А.И. Гальченко, Т.С. Таранина // Акушерство и гинекология. – 2014. – № 5. – С. 34–38.
3. Афанасьева А.А. Гистероскопический контроль терапии гиперпластических процессов эндометрия в перименопаузе / А.А. Афанасьева, В.А. Кулавский // Проблемы пери- и постменопаузального периода. – М., 2016. – С. 6–7.
4. Беляков Н.А. Метаболический синдром у женщин / Н.А. Беляков и др. – СПб.: СПб МАПО, 2015. – 438 с.
5. Бохман Я. В. Руководство по онкогинекологии / Я.В. Бохман. – СПб: Фолиант, 2019. – 542 с.
6. Бреусенко В.Г. Значение современных методов диагностики опухолей яичников у женщин в период постменопаузы / В.Г. Бреусенко, Л.Н. Демина, Ю.А. Голова и др. // Вестн. акушера-гинеколога. – 2019. – № 2. – С. 67–72.
7. Вихляева Е. Руководство по эндокринной гинекологии: Руководство для врачей / Е.М. Вихляева. – М.: МИА, 2009. – 768 с.
8. Григорян О.Р. Терапия метаболического синдрома: коррекция углеводного обмена и артериальной гипертензии. Возможности коррекции метаболического синдрома у женщин в период постменопаузы / О.Р. Григорян // Справочник поликлинического врача: журн. – 2016. – № 1. – С. 61–63.

ТЕЗИ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
ФАХОВОЇ ШКОЛИ-СЕМІНАРУ
З ОНЛАЙН-ТРАНСЛЯЦІЄЮ

«КЛІНІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ В ПРАКТИЦІ АКУШЕРА-ГІНЕКОЛОГА»

КИЇВ–ВІННИЦЯ–ЖИТОМИР
22 квітня 2021 року

Порушення репродуктивного здоров'я у жінок після першого медичного аборт

С.М. Бакшеев

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

Метою наукового дослідження було вивчення впливу першого медичного аборт на репродуктивне здоров'я жінок.

Відповідно до мети дослідження було проведено клініко-функціональне і лабораторне обстеження 119 жінок. До основної групи увійшли 67 повторно вагітних першородящих жінок, що перервали першу вагітність медичним аборт у I триместрі. До групи порівняння увійшли 52 першовагітних жінок без обтяженого акушерського анамнезу.

Результати проведених досліджень свідчать про високу частоту ускладнень запального генезу після першого медичного аборт. Неприятливі віддалені наслідки медичного аборт спостерігались у 23,9% випадку, причому найчастіше фіксували вторинне безпліддя (14,9%) і невиношування вагітності (14,9%).

Отримані результати свідчать про необхідність розроблення алгоритму реабілітаційних заходів для жінок після першого медичного аборт, що дозволить знизити частоту порушень репродуктивного здоров'я.

Безпліддя у подружніх парах при застосуванні допоміжних репродуктивних технологій з урахуванням психологічного статусу

О.О. Берестовий

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

Метою наукового дослідження було вивчення клініко-психопатологічних закономірностей формування тривожних розладів у жінок при допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).

Відповідно до поставлених завдань було обстежено 156 жінок із безпліддям, які звернулися у відділення допоміжних технологій з лікування безпліддя. На підставі клініко-психопатологічного обстеження за критеріями Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду у 81 жінки було виявлено межові психічні розлади. До контрольної групи увійшли 52 фертильні психічно здорові жінки. У групу дослідження увійшли жінки з межовими психічними розладами (n=81), що звернулися для проведення ДРТ з вторинним безпліддям. Усім пацієнткам було проведено повне клініко-лабораторне обстеження за схемою, прийнятою в клініці допоміжних технологій в лікуванні безпліддя.

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки які застосовують допоміжні репродуктивні технології для настання вагітності входять до групи високого ризику щодо розвитку різних психологічних порушень, особливо тривожних розладів. Динаміка тривожних розладів залежить від психосоціальних чинників або наявності гінекологічного захворювання, що стало причиною безпліддя.

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

Нові аспекти патогенезу доброякісної дисплазії грудних залоз у жінок репродуктивного віку

С.Є. Гладенко

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

Метою дослідження було вивчення сучасних імунологічних аспектів доброякісної дисплазії грудних залоз (ДДГЗ) у жінок репродуктивного віку.

Для вирішення поставленої мети було обстежено 90 пацієнток віком від 22 до 45 років, яких було розподілено на три групи по 30 жінок. До 1-ї групи (група контролю) увійшли жінки без патології в ГЗ, до 2-ї групи – пацієнтки з дифузною формою ДДГЗ, до 3-ї групи – пацієнтки з вузловою формою ДДГЗ.

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

Результати проведених досліджень свідчать, що до чинників ризику розвитку ДДГЗ належать наявність хронічних екстрагенітальних захворювань, куріння, ранне менархе, порушення менструального циклу, міоми матки і аденоміозу, штучне або мимовільне переривання вагітності. Проведене дослідження продемонструвало, що імунологічні детермінанти відіграють істотну роль і є чинниками ризику й ініціальною ланкою патогенезу доброякісної патології ГЗ.

Отримані результати треба враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Гестаційні ускладнення у жінок після апоплексії яєчника

О.М. Іщак

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

Метою дослідження був аналіз впливу апоплексії яєчника на акушерські та перинатальні наслідки розродження.

У ході дослідження проаналізовано історії пологів 62 породіль, які в анамнезі перенесли оперативне втручання з приводу апоплексії яєчника. Вік пацієнток коливався від 18 до 35 років (середній вік – $26,1 \pm 2,3$ року). Інтервал часу від епізоду апоплексії яєчника до вагітності становив $5,44 \pm 2,7$ року. Контрольна група ($n=60$) сформована шляхом випадкової вибірки історій пологів жінок, які не мали в анамнезі апоплексію яєчника.

Отже, основними ускладненнями перебігу вагітності і пологів у пацієнток з апоплексією яєчника в анамнезі були невиношування вагітності в ранні терміни гестації, прееклампсія, гестаційна анемія, передчасне вилиття навколоплідних вод, обвиття пуповиною, розвиток надмірно сильної пологової діяльності зі стрімким перебігом пологів, патологічна крововтрата в пологах, гіпотонічні кровотечі у ранній післяпологовий період.

Вагітні з оперативним лікуванням апоплексії яєчника в анамнезі мають високі ризики щодо розвитку гестаційних ускладнень в ранні терміни: загроза мимовільного аборту і репродуктивні втрати (завмерла вагітність), у пізні терміни: прееклампсія, гестаційна анемія легкого ступеня, інфекційна патологія екстрагенітальної локалізації. Породіллі, які перенесли до вагітності апоплексію яєчника, належать до групи ризику з передчасного вилиття навколоплідних вод, надмірно сильною пологовою діяльністю зі стрімким перебігом пологів, розвитком гіпотонічної кровотечі.

Практична значущість отриманих результатів полягає в обґрунтуванні розроблення реабілітаційних заходів і прегравідарної підготовки, спрямованих на відновлення репродуктивного здоров'я і профілактику ускладнень вагітності і пологів у жінок даної групи ризику.

Особливості порушень менструальної функції у жінок із патологічним пубертатним періодом

О.А. Ковалишин

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

На підставі вивчення клініко-анамнестичних даних, лабораторних та інструментальних методів дослідження, аналізу факторів ризику, клінічного перебігу, ефективності лікування і диспансерного спостереження було надано клінічну характеристику жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді.

Клінічне проспективне дослідження проведено у 280 жінок репродуктивного віку. До основної групи увійшли 210 жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді. За характером порушень в основній групі виділено три підгрупи: перша підгрупа – жінки з первинною олігоменореєю і своєчасним середньопопуляційним менархе (n=70); друга підгрупа – з пізнім віком менархе (n=70); третя підгрупа – з пубертатними кровотечами (n=70). До контрольної групи увійшли 70 жінок з правильним ритмом менструацій у пубертатному періоді.

У жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді, мають місце особливості анамнезу і клініки репродуктивної функції, що формуються при становленні репродуктивної системи і зазнають найбільшого впливу різних факторів, починаючи з віку менархе. Соматичні захворювання спостерігались у 2,3 разу частіше в основній групі порівняно з контрольною. У структурі хвороб жіночих статевих органів в основній групі превалювали ектопія шийки матки (найбільше у підгрупі жінок з пізнім віком менархе – 31,4%), жінки з олігоменореєю в анамнезі найбільше страждали на порушення менструальної функції (21,4%), жіноче безпліддя (14,3%) і незапальні ураження яєчників (12,9%), а у жінок з пубертатними кровотечами зафіксовано найвищий відсоток запальних хвороб жіночих статевих органів – 7,1%.

У 19,5% жінок, що мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді, менструальний цикл не нормалізувався, в тому числі: з первинною олігоменореєю – у 21,4%, з пізнім віком менархе – у 20,0% і з пубертатними кровотечами – у 17,1%. До того ж, періодично жінки третьої підгрупи страждали на рясні менструації. За період спостереження вагітність настала у 75,9% жінок з числа тих, хто її планував.

Проведення клініко-анамнестичного аналізу репродуктивної функції жінок з порушеннями менструальної функції в пубертатному періоді має прогностичне значення, що надасть змогу підвищити ефективність лікування виявлених порушень за основним критерієм – нормалізація менструальної функції, а також розробити алгоритми ведення таких жінок при плануванні та під час вагітності.

Нові аспекти патогенезу поєднаної патології матки та молочних залоз у жінок перименопаузального віку

О.Ю. Крук

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

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

Для вирішення поставленої мети сформована група із 50 пацієнок з ДГЗ (25 жінок з дифузною та 25 жінок із локалізованими формами) та ММ. Крім того, здійснений аналіз історій хвороби і амбулаторних карт даного контингенту хворих. Була розроблена програма досліджень, що передбачає проведення клініко-статистичного аналізу; комплексу гормональних досліджень (визначення статевих стероїдів: естрадіол, прогестерон, тестостерон; гонадотропних гормонів: фолікулостимулюючий гормон – ФСГ, лютеїнізуючий гормон – ЛГ, пролактин; тиреотропного гормону і гормонів щитоподібної залози: трийодтиронін – Т3, тироксин – Т4); рентгенологічного дослідження ГЗ; сонографічних досліджень статевих органів і ГЗ; цитологічного і гістологічних методів із застосуванням біопсії пункції та математичного оброблення.

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 формі абсолютної або відносної гіперестрогенії, більш виражені у пацієнок з локалізованими формами. Порушення нормального менструального циклу виявляються в 76% хворих, дисбіотичні процеси статевих органів – у 46% жінок з ДГЗ. Отримані результати необхідно використовувати під час розроблення комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Вікові аспекти гіперпластичних процесів ендометрія

Ю.М. Садигов

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

Метою дослідження було вивчення клініко-анамнестичних особливостей гіперпластичних процесів ендометрія (ГПЕ) у жінок постменопаузального віку.

Відповідно до мети дослідження було обстежено 90 жінок з ГПЕ у постменопаузі (основна група). Критерієм розподілу пацієнок за групами слугувала морфологічна форма ГПЕ. У 32,2% пацієнок була діагностована залозиста

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

гіперплазія ендометрія, у 45,6% – поліпи ендометрія, у 22,2% – аденоматозна гіперплазія ендометрія. До контрольної групи увійшли 30 пацієнток постменопаузального віку без ГПЕ.

Результати проведених досліджень свідчать, що для жінок постменопаузально-го віку були визначені наступні достовірні чинники ризику розвитку гіперпластичних процесів ендометрія, незалежно від її форми: збільшення віку жінки; надмірна маса тіла; відсутність пологів в анамнезі; наявність абортів в анамнезі; низька частота використання оральних контрацептивів; висока частота використання внутрішньоматкових контрацептивів; наявність різних гінекологічних захворювань в анамнезі; вища частота захворювань серцево-судинної системи, ендокринної системи і органів травлення.

Отримані результати слід враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Тазові перитонеальні спайки у гінекологічних хворих

В.А. Терехов

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Метою дослідження був аналіз значущості ультразвукового дослідження (УЗД) в оцінюванні спайкового процесу у черевній порожнині і малому тазі у пацієнток, які раніше перенесли оперативні втручання.

Проведено аналіз результатів ультразвукового обстеження 90 пацієнток, що госпіталізовані для ендоскопічного оперативного лікування у відділення гінекології і перенесли раніше операції на органах черевної порожнини і малого таза. Вік пацієнток коливався від 18 до 42 років. У 72 пацієнток проведено одне хірургічне втручання, по дві операції в анамнезі – у 18 пацієнток.

Аналіз представлених даних продемонстрував, що ультразвукове дослідження (УЗД) є інформативним методом діагностики спайкового процесу у черевній порожнині і малому тазі та визначення місця введення першого троакара під час лапароскопічних операцій. Під час проведення УЗД у пацієнток з підозрою на спайковий процес необхідно дотримуватися методичності й етапності дослідження, що дозволяє уточнити локалізацію тазових перитонеальних спайок у тій чи іншій ділянці черевної порожнини та малого таза.

Під час трансабдомінального сканування особливу увагу необхідно приділяти дослідженню ділянки типових точок введення під час лапароскопії голки Вереша і першого троакара. Під час трансвагінального дослідження необхідно оцінювати розташування органа, характер зовнішнього контуру анатомічних структур (органів малого таза, патологічних утворень), оцінювати наявність дистанційних спайок, утворень із рідиною, непов'язаних з яєчником, проводити тракційну і компресійну проби.

Діагностична цінність УЗД підвищується у разі поєднання декількох ехографічних ознак: зміни положення, потовщення контуру органа, посилення ехо-сигналу у ділянках зрощень, наявності утворення з рідиною, непов'язаного з яєчником і по-

зитивних результатах тракційної та мануальної проб. Ізольована зміна положення матки або яєчника може бути варіантом норми. Важливо пам'ятати, що помилково негативними можуть бути тракційна та компресійна проби за наявності дистанційних спайок.

Ехографічне дослідження дозволило розширити показання до використання лапароскопічного доступу у хворих з неодноразовими оперативними втручаннями в анамнезі, уникнути пошкодження внутрішніх органів черевної порожнини під час введення голки Вереша, першого троакара та наступних маніпуляцій.

Поєднана маткова патологія як причина жіночого безпліддя

С.Л. Чирва

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Метою наукового дослідження було вивчення патогенетичних аспектів порушень репродуктивної функції при поєднаній патології матки.

Для вирішення поставленої мети було проведено комплексне клініко-лабораторне, функціональне й імуногістохімічне обстеження 109 жінок з поєднаною патологією матки і порушенням репродуктивної функції. Пацієнтки були розподілені на три групи. До 1-ї і 2-ї груп увійшли відповідно 69 і 19 пацієнток з хронічним ендометритом і супутньою генітальною патологією. У 3-ю групу – 21 жінка після різних внутрішньоматкових маніпуляцій.

Результати проведених досліджень продемонстрували, що поєднана патологія матки є причиною порушень репродуктивної функції жінок.

Встановлені патогенетичні особливості свідчать про необхідність більш поглибленого вивчення даної проблеми для розроблення ефективного алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.