



ПЕРИНАТОЛОГІЯ ТА РЕПРОДУКТОЛОГІЯ:

Від наукових досліджень до практики

Електронне науково-практичне видання

PERINATOLOGY AND REPRODUCTOLOGY:

from research to practice

Online scientific-practical journal

№ 4 • 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 –
Протокол №9 від 10.11.2021 /
Recommended for publishinby Scientific
Council of Shupyk National Healthcare
University of Ukraine –
Protocol №9 from 10.11.2021.

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
№ 4 • 2021

EDITORIAL BOARD:

Ginadi BITMAN
Gregory BREKHMAN
Dmytro DZIUBA
Oleg GOLIANOVSKYI
Olga GORBUNOVA
Mykola GRYSHCHENKO
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 СУСЛИКОВА
Ауріка СУХАНОВА
Руслан ТКАЧЕНКО
Марина ТРИЩИНСЬКА
Сергій ШУРПЯК

ЗМІСТ № 4/2021

АКУШЕРСТВО

Особливості гестації та розродження жінок з першим медичним абортom в анамнезі С.М. Бакшеев	5
Порівняльні аспекти перинатальних наслідків після застосування допоміжних репродуктивних технологій О.М. Ішак	12
Особливості патогенезу анемії вагітних із порушеннями в пубертатному періоді О.А. Ковалишин	17
Клінічний аналіз соматичного і репродуктивного анамнезу у вагітних з інфекціями, що передаються статевим шляхом, в анамнезі О.І. Кротік	24

ГІНЕКОЛОГІЯ

Особливості порушень менструальної та репродуктивної функції при поєднаній патології матки С.Є. Гладенко	35
Діагностичне значення оцінки цитокінового статусу при інфекційно-запальних захворюваннях піхви та шийки матки І.Ю. Костюк	41
Діагностична роль гістероскопії при поєднаній патології матки Ю.М. Садигов	48
Тактика прогнозування спайкового процесу після ургентних гінекологічних операцій В.А. Терехов	55

БЕЗПЛІДДЯ

Особливості безпліддя у жінок з різними тиреоїдними порушеннями Д.Ю. Берая	61
Вікові аспекти ефективності допоміжних репродуктивних технологій при поєднаних формах безпліддя О.О. Берестовий	66

ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Моніторинг здоров'я працюючого жіночого населення в шкідливих та небезпечних умовах праці Д.Ю. Берая	73
--	----

ТЕЗИ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ ФАХОВОЇ ШКОЛИ-СЕМІНАРУ «КЛІНІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ В ПРАКТИЦІ АКУШЕРА-ГІНЕКОЛОГА»	79
--	----

TABLE OF CONTENTS № 4/2021

OBSTETRICS

Features of gestation and deliveries of women with the first medical abortion in anamnesis

S.M. Baksheev 5

Comparative aspects of perinatal consequences after auxiliary genesial technologies

O.M. Ishchak 12

Features of pathogeny of anaemia of pregnant with violations in a pubertal period

O.A. Kovalishin 17

Clinical analysis of somatic and reproductive anamnesis of pregnant women with sexually transmitted infections in the case history

O.I. Krotik 24

GYNECOLOGY

Features of violations of menstrual and genesial function at combined pathology of uterus

S.E. Gladenko 35

Diagnostic value of estimation of cytokine status at the infectious-inflammatory diseases of vagina and neck of uterus

I.Yu. Kostyuk 41

Diagnostic role of hysteroscopia at complex pathology of uterus

Yu.M. Sadygov 48

Tactic of prognostication of adhesive process after time-urgen gynaecological operations

V.A. Terekhov 55

INFERTILITY

Features of infertility for women with different thyroid violations

D.Yu. Beraya 61

Age-related aspects of efficiency of auxiliary genesial technologies at the combined forms of infertility

O.O. Berestovoy 66

HEALTHCARE ORGANIZATION

Monitoring the health of the working female population in harmful and dangerous working conditions

O.V. Hryhorian 73

ABSTRACTS 79

DOI: 10.52705/2788-6190-2021-4-1
УДК 618.39-071.1-02:618.3/5-06-036.8

Особливості гестації та розродження жінок з першим медичним абортom в анамнезі

С.М. Бакшеєв

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

Мета дослідження: аналіз акушерських і перинатальних результатів розродження жінок з першим медичним абортom в анамнезі.

Матеріали та методи. Для виконання поставленої мети в дослідження включено 119 жінок. До основної групи увійшли 67 повторновагітних жінок, що вперше народжують, які перервали першу вагітність медичним абортom у I триместрі. До групи порівняння увійшли 52 першовагітних жінок без обтяженого акушерського анамнезу. Основна група була розподілена на дві підгрупи: 1-а підгрупа – 23 жінки, що мали ускладнення після переривання першої вагітності медичним абортom; 2-а підгрупа – 44 жінки, що не мали ускладнення після медичного аборту. На кожну породілля була заповнена спеціально розроблена анкета з результатами клініко-функціональних і лабораторних методів досліджень.

Результати. Більшість пацієнток основної групи і групи порівняння встали на облік у жіночу консультацію до 12 тиж вагітності (83,0% і 72,8% відповідно). Основними варіантами гестаційних ускладнень була загроза переривання вагітності, гестаційна анемія, прееклампсія і плацентарна дисфункція. Вагітність закінчилася пологами через природні пологові шляхи у 80,7% пацієнток основної і в 92,2% жінок групи порівняння. Кесарів розтин зроблено в 19,3% і 7,8% жінок відповідно, зокрема при недоношеній вагітності – в 0,7% (35 тиж) і в 1,9% (32 і 35 тиж). Частота передчасних пологів в основній групі становила 5,2%, у групі порівняння – 2,9%. Найбільшу кількість випадків кесарева розтину в основній групі (7 із 13 – 53,9%) зроблено в плановому порядку, в групі порівняння (три із чотирьох – 75,0%) – в ургентному порядку. Серед показань для кесарева розтину у більшості спостережень в обох групах (57,7% і 75,0% відповідно) переважали екстрагенітальні захворювання і ускладнення вагітності. В основній групі у 67 жінок вагітність закінчилася народженням 67 живих новонароджених, у групі порівняння у 103 жінок народилося 103 живих новонароджених.

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

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

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

За даними сучасної літератури, у жінок, що перенесли медичний аборт, число ускладнень подальшої вагітності в 7–8 разів, а число ускладнень пологів у 10–12 разів вище, ніж у пацієнток, 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 абортom, стикаються жінки репродуктивного періоду і працездатного віку, що підкреслює не лише медичну, але і соціально-економічну значущість цієї проблеми.

Серед ранніх ускладнень першого штучного аборту найчастішими є запальні захворювання (ендометрит, сальпінгоофорит). Цю патологію фіксують у 15–17% жінок, що перенесли перший медичний аборт [1, 5]. Слід відзначити, що у 10–30% жінок після першого медичного аборту розвивається вторинне безпліддя [6]. Встановлено, що після штучного переривання першої вагітності перебіг подальшої вагітності в 4 рази частіше ускладнюється загрозою переривання вагітності як в ранні, так і в пізні терміни [3, 4].

Усе зазначене вище свідчить про актуальність вибраного наукового напрямку.

Мета дослідження: аналіз акушерських і перинатальних результатів розродження жінок з першим медичним абортom в анамнезі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети дослідження було проведено вивчення клінічного перебігу вагітності у 119 жінок. До основної групи увійшли 67 повторновагітних жінок, що вперше народжують, які перервали першу вагітність медичним абортom у I триместрі. До групи порівняння увійшли 52 першовагітних жінок без обтяженого акушерського анамнезу.

У основній групі виконано ретроспективний аналіз медичних абортів з вивченням характеру і зв'язку ступеня тяжкості ускладнень з терміном переривання вагітності, наявністю соматичних і гінекологічних захворювань. З метою вивчення несприятливого впливу штучного переривання першої вагітності на перебіг подальшої гестації, пологів і післяпологового періоду жінок основної групи розподілено на дві підгрупи:

1-а підгрупа – 23 жінки, що мали ускладнення після переривання першої вагітності медичним абортom;

2-а підгрупа – 44 жінки, що не мали ускладнення після медичного аборту.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що вік обстежених жінок коливався від 16 до 40 років. Середній вік пацієнток основної групи становив $25,6 \pm 0,34$ року, порівняльної групи – $23,1 \pm 0,32$ року. Отримані дані свідчать про те, що до найбільшої групи увійшли пацієнтки віком до 30 років, а саме – 90,3%.

Аналіз вивчених анамнестичних даних свідчить про молодий вік контингенту жінок, що вивчається, більшість з яких були такими, що працюють, у кожній третій із п'яти шлюб не був зареєстрований. Кожна четверта мала шкідливі звички (куріння).

Майже половина обстежених жінок не користувалися контрацептивними засобами або застосовували їх нерегулярно.

Під час об'єктивного обстеження привертає увагу висока питома вага хронічних екстрагенітальних захворювань запального генезу. Слід підкреслити високий відсоток гінекологічних захворювань у жінок основної групи, що значно вище за такі показники у групі порівняння (без абортів в анамнезі).

Основні причини першого медичного аборту:

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

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

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

Під час оцінювання акушерських результатів розродження слід зазначити, що вагітність закінчилася пологамі через природні пологові шляхи у 80,7% пацієнток основної і в 92,2% жінок групи порівняння. Кесарів розтин зроблено в 19,3% і 7,8% жінок відповідно, зокрема при недоношеній вагітності – в 0,7% (35 тиж) і в 1,9% (32 і 35 тиж).

Частота передчасних пологів в основній групі становила 5,2%, у групі порівняння – 2,9%. Пологи, що зафіксувалися, через природні пологові шляхи зафіксовано в одній пацієнтки основної групи.

Найбільшу кількість випадків кесарева розтину в основній групі (7 із 13 – 53,9%) виконано в плановому порядку, у групі порівняння (3 із 4 – 75,0%) – в ургентному порядку.

Серед показань для проведення кесарева розтину у більшій кількості спостережень в тій та іншій групі (57,7% і 75,0%) переважали екстрагенітальні захворювання (міопія високого ступеня, глаукома, атрофія зорового нерва, грижа міжхребетного диска) і ускладнення вагітності (пreeклампсія важкого ступеня і передчасне відшарування нормально розташованої плаценти). У зв'язку з розгинальними і тазовими передлежаннями кесарів розтин виконано в 3,0% і 1,0% відповідно. У поодиноких випадках у жінок основної групи кесарів розтин виконували внаслідок таких причин:

- крупний плід при поперечно звуженому тазі,
- дистрес плода в пологах і рубцева деформація шийки матки.

Рубцева деформація шийки матки виявлена у 24-річної вагітної, що перервала першу вагітність медичним абортom у 18 років і яка мала в анамнезі ерозію шийки матки (лазерокоагуляція в 21 рік). У плановому порядку оперативно розроджено 1,5% жінок основної групи за відносними показаннями:

- відсутність біологічної зрілості пологових шляхів при терміні 41 тиж після проведеної комплексної підготовки до пологів,
- обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез (вторинне безпліддя).

Показами для ургентного кесарева розтину були відсутність пологової діяльності при передчасному розриві плодових оболонок, не дивлячись на проведене медикаментозне пологодбуження (1,5% в основній групі), первинна слабкість пологової діяльності, яка була невіддатлива медикаментозній корекції (1,0% у групі порівняння). У всіх випадках кесарів розтин проведено в нижньому сегменті без ускладнень. Середня крововтрата під час операції становила $515,4 \pm 51,3$ мл і достовірно не розрізнялася по групах.

Після кесарева розтину у ранній післяопераційний період у 2 жінок основної групи, прооперованих з приводу важкої прееклампсії, діагностовано маткову кровотечу: в одній – гіпотонічну, в іншій – коагулопатичну з розвитком ДВЗ-синдрому. З позитивним результатом проведено комплексну консервативну інтенсивну терапію. Усі пацієнтки після кесарева розтину виписалися у задовільному стані з живими дітьми.

Серед ускладнень, діагностованих під час пологів, слід зазначити невчасний розрив навколоплідних оболонок більш ніж у половини (54,8% і 52,4%) обстежених жінок обох груп. Водночас аномалії пологової діяльності спостерігалися в 12,6% і 10,7% породіль. У більшості спостережень медикаментозна корекція, що проводиться, мала позитивний результат, і пологи закінчилися через природні пологові шляхи живим плодом. Патологічний прелімінарний період зареєстровано у 5,9% пацієнток основної та у 8,7% жінок групи порівняння.

Привертає увагу відсутність істотної різниці в частоті травм м'яких пологових шляхів у групах дослідження (36,3% і 28,2%), зокрема:

- розриви промежини (10,4% і 6,8%),
- розриви шийки матки (9,6% і 7,8%),
- розриви піхви (16,3% і 13,6%).

Відсоток ручного входження в порожнину матки в послідовий і ранній післяпологовий період становив по групах 8,2% і 3,9% відповідно. Операція ручного відділення і видалення посліду у зв'язку із щільним прикріпленням плаценти виконано лише жінкам основної групи (5,2%). Операція ручного обстеження порожнини матки зроблена відповідно у 3,0% і 3,9% породіль за наступними показаннями:

- дефект посліду (0,7% і 1,9%),
- гіпотонічна маткова кровотеча (2,2% і 1,9%).

Середня крововтрата під час пологів у жінок обох груп становила $221,6 \pm 20,8$ мл.

В основній групі у 67 жінок вагітність закінчилася народженням 67 живих новонароджених, у групі порівняння у 103 жінок народилося 103 живих новонароджених. Раннє прикладання до грудей відзначено у більшості обстежених (82,2% і 92,2%) у групах дослідження. Винятком становили новонароджені, що народилися у стані важкої асфіксії, або ті, хто народився шляхом кесарева розтину.

У стані асфіксії (оцінка за шкалою Апгар на 1-й хвилині менше 7 балів) народилися 14,8% і 8,7% новонароджених відповідно, зокрема важкого ступеня (оцінка за шкалою Апгар 2–3 бали) – 1,5% лише в основній групі. У всіх новонароджених з важким ступенем асфіксії фіксували туге обвиття пуповиною довкола шиї плода.

Клінічні симптоми постгіпоксичного ушкодження ЦНС зафіксовані в 23,7% і 15,5% новонароджених обох груп. Жовтянична форма гемолітичної хвороби за системою АВО діагностована у новонародженого в основній групі при термінових пологах, що відбулися на тлі передчасного вилиття навколоплідних вод, плацентарної дисфункції і прееклампсії середнього ступеня тяжкості.

Внутрішньоутробне інфікування плода достовірне частіше реєстрували у пацієнток основної групи (19,3%), ніж у групі порівняння (7,8%), а саме:

- внутрішньоутробна пневмонія,
- вроджена піодермія,
- вроджений кон'юнктивіт,
- вроджений риніт,
- системна внутрішньоутробна інфекція без чіткої локалізації.

Недоношеними народилися 6,7% і 4,8% новонароджених в основній групі і групі порівняння, а саме:

- народилися через природні пологові шляхи 5,9% і 2,9%,
- шляхом кесарева розтину – 0,7% і 1,9% відповідно.

Кесарів розтин при недоношеній вагітності у всіх випадках виконано з приводу важкої прееклампсії. Найменша маса тіла недоношеного новонародженого становила 1440,0 г (у групі порівняння) і 1680,0 г (в основній групі). У стані асфіксії народився кожен п'ятий недоношений новонароджений (22,2% і 20,0% відповідно).

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

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

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

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

ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать про істотну різницю особливостей перебігу вагітності і пологів у жінок з медичним абортom в анамнезі і які не мають обтяженого анамнезу. Можна стверджувати, що низка ускладнень, які розвинулись під час вагітності у жінок основної групи, пов'язані з раніше перенесеним медичним абортom (загроза переривання вагітності, аномалії пологової діяльності, щільне прикріплення плаценти, внутрішньоутробне інфікування плода).

Отримані результати свідчать про необхідність удосконалення алгоритму ведення вагітності і пологів у жінок з першим медичним абортom в анамнезі.

Особенности гестации и родоразрешения женщин с первым медицинским абортom в анамнезе

С.Н. Бакшеев

Цель исследования: изучение акушерских и перинатальных результатов родоразрешения женщин с первым медицинским абортom в анамнезе.

Материалы и методы. Для выполнения поставленной цели в исследование включены 119 женщин. В основную группу вошли 67 повторнобеременных первородящих женщин, которые прервали первую беременность медицинским абортom в I триместре. В группу

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

сравнения вошли 52 первобеременные женщины безотягощенного акушерского анамнеза. Основная группа пациенток была разделена на две подгруппы: 1-я подгруппа – 23 женщины с осложнением после прерывания первой беременности медицинским абортom; 2-я подгруппа – 44 женщины, которые не имели осложнения после медицинского аборта. На каждую родильницу была заполнена специально разработанная анкета с результатами клинико-функциональных и лабораторных методов исследований.

Результаты. Большинство пациенток основной и группы сравнения встали на учет в женскую консультацию до 12 нед беременности (83,0% и 72,8% соответственно). Основными вариантами гестационных осложнений была угроза прерывания беременности, гестационная анемия, преэклампсия и плацентарная дисфункция. Беременность закончилась родами через естественные родовые пути у 80,7% пациенток основной и у 92,2% группы сравнения. Кесарево сечение проведено у 19,3% и 7,8% женщин соответственно, в том числе при недоношенной беременности – в 0,7% (35 нед) и в 1,9% (32 и 35 нед). Частота преждевременных родов составила в основной группе 5,2%, в группе сравнения – 2,9%. Наибольшее количество случаев кесарева сечения в основной группе (53,9%) выполнено в плановом порядке, в группе сравнения (75,0%) – в ургентном порядке.

Среди показаний для кесарева сечения в большинстве наблюдений в группах исследования (57,7% и 75,0%) преобладали экстрагенитальные заболевания и осложнения беременности. В основной группе у 67 женщин беременность закончилась рождением 67 живых новорожденных, в группе сравнения у 103 женщин родилось 103 живых новорожденных.

Заключение. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной разнице особенностей течения беременности и родов у женщин с медицинским абортom в анамнезе, которые не имеют отягощенного анамнеза. Можно утверждать, что ряд осложнений, развившихся во время беременности у женщин основной группы, связаны с ранее перенесенной операцией медицинского аборта (угроза прерывания беременности, аномалии родовой деятельности, плотное прикрепление плаценты, внутриутробное инфицирование плода).

Полученные результаты указывают на необходимость усовершенствования алгоритма ведения беременности и родов у женщин с первым медицинским абортom в анамнезе.

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

Features of gestation and deliveries of women with the first medical abortion in anamnesis S.M. Baksheev

The objective: study of obstetric and perinatal results of delivery of women with the first medical abortion in anamnesis.

Materials and methods. For the performance of the put goal 119 women are plugged in research. In a basic group 67 entered repeatedly pregnant primiparous of women which cut the first pregnancy short medical abortion in the first trimester. The group of comparison was made 52 primary pregnant women without the burdened obstetric anamnesis. A basic group is subdivided into two sub-groups: The I sub-group is women (23) which had complication after breaking of the first pregnancy medical abortion; The II sub-group is women (44) which did not have complication after medical abortion. On every postpartum woman the specially developed questionnaire was filled with the results of clinical and functional and laboratory methods of researches.

Results. Most and groups of comparison patients of basic got up on an account in womanish consultation to 12 weeks of pregnancy (83,0% and 72,8%). The basic variants of gestational complications is a threat of breaking to pregnancy, gestational anaemia, preeclampsia and placenta disfunction. Pregnancy made off births through natural family ways in 80,7% patients basic and at a 92,2% group of comparison. Caesarian section it is done at 19,3% and 7,8% women respectively, including at prematurely born pregnancy – in 0,7% (35 weeks) and in 1,9% (32 and 35 weeks). Frequency of premature births made in a basic group – 5,2% and in the group

of comparison – 2,9%. Most number of operations caesar sections in a basic group (53,9%) are done in the planned order, in the group of comparison (75,0%) – in a time-urgent order. Among certificates for an operation caesar sections in more than in a that and other group (57,7% and 75,0%) extragenital diseases and complications of pregnancy prevailed the half of supervisions. In a basic group for 67 women pregnancy made off birth 67 living new-born, in the group of comparison for 103 women gave birth 103 living new-born.

Conclusions. The results of the conducted researches testify to the substantial difference of features of flow of pregnancy and births for women, having medical abortion in anamnesis and not having the burdened anamnesis. It is possible to assert that row of complications, developing during pregnancy for the women of basic group related to the before carried operation of medical abortion (threat of breaking to pregnancy, anomalies of childbirth, dense attachment of placenta, intrauterine infecting of fetus).

The got results specify on the necessity of improvement of algorithm of conduct of pregnancy and births for women with the first medical abortion in anamnesis.

Keywords: *medical abortion, births, new-born, complications.*

Відомості про автора

Бакшесв 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 authors

Baksheev Serhii M. – Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 01011, Kyiv, 5 Arsenalna Str. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

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., 2019. – 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.

Порівняльні аспекти перинатальних наслідків після застосування допоміжних репродуктивних технологій

О.М. Іщак

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

Мета дослідження: аналіз впливу допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) на перинатальні результати розродження при одно- і багатоплідній вагітності.

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети був проведений аналіз народження 346 дітей – у групі індукованої вагітності після застосування ДРТ (з них 134 в групі багатоплідної вагітності) і 415 живих дітей в групі мимовільної вагітності (з них 142 в групі багатоплідної вагітності).

Результати. Аналіз стану новонароджених продемонстрував, що при індукованій одноплідній вагітності наступні патологічні стани зустрічаються частіше, ніж при мимовільній вагітності: асфіксія при народженні (4,7% проти 1,1%; $p < 0,05$), неонатальна жовтяниця (31,6% проти 18,6%; $p < 0,05$), внутрішньошлунчкові крововиливи (3,3% проти 0,73%; $p < 0,05$).

При багатоплідді після ДРТ у новонароджених також частіше реєстрували асфіксію при народженні, неонатальну жовтяницю, респіраторний дистрес-синдром, внутрішньошлунчкові крововиливи, проте статистично достовірних відмінностей не виявлено. Розладами, що найчастіше зустрічаються, в даній групі дітей були затримка внутрішньоутробного розвитку (29,3%), асфіксія при народженні (90,5%) і неврологічні зміни (53,6%).

Заключення. Допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) не сприяють збільшенню частоти вроджених аномалій розвитку в плода, а також зростанню рівня перинатальної захворюваності. Набагато частіше велике значення має преморбідний фон подружніх пар, причини безпліддя, ефективність діагностики і лікування, а також варіант застосування програм ДРТ.

Наявність багатоплідної вагітності після проведення ДРТ підвищує ризик розвитку плацентарної дисфункції і затримки розвитку плода, що негативно впливає на перинатальні результати розродження.

Ключові слова: допоміжні репродуктивні технології, перинатальні результати.

Впровадження методів допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) привело до значного збільшення долі індукованої вагітності. Необхідно пам'ятати, що настання вагітності в програмах ДРТ є лише першим етапом, після якого не менш

важливими є завдання виношування вагітності і народження здорової дитини [1–4]. Враховуючи особливості контингенту жінок, що завагітніли з використанням ДРТ, важливе значення набуває вивчення перебігу вагітностей і результатів пологів у даній категорії пацієнток.

Відомо, що перебіг індукованої вагітності характеризується більшою частотою акушерських ускладнень порівняно з мимовільною. Встановлено, що особливо несприятливий перебіг мають перші тижні індукованої вагітності, причому близько 25% репродуктивних втрат доводиться саме на цей період [1, 2].

Одним з ускладнень індукованої вагітності, що найчастіше зустрічаються, є загроза її переривання, частота якої може досягати 50% [2, 3]. Надалі у цих жінок розвивається плацентарна дисфункція (ПД), що призводить до затримки розвитку плода (ЗРП). Починаючи з II триместра, збільшується кількість ускладнень у жінок з багатоплідною вагітністю, а саме: частота мимовільних викиднів – в 1,5 раза, прееклампсії, артеріальної гіпертензії, індукованої вагітності, гестаційного діабету – в 2 рази, передчасного відшарування нормально розташованої плаценти – у 3 рази, передлежання плаценти – в 1,8 раза, передчасного вилиття навколоплідних вод – у 4 рази [1–4] і ін. акушерських ускладнень перевищує відповідні показники мимовільної вагітності.

З огляду на викладене вище, представляє інтерес вивчення перинатальних результатів розродження жінок, вагітність в яких настала внаслідок застосування ДРТ, причому як одно-, так і багатоплідної вагітності.

Мета дослідження: аналіз впливу ДРТ на перинатальні результати розродження при одно- і багатоплідній вагітності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети був проведений аналіз народження 346 дітей – у групі індукованої вагітності після ДРТ (з них 134 в групі багатоплідної вагітності) і 415 живих дітей в групі мимовільної вагітності (з них 142 у групі багатоплідної вагітності).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середня маса плода у групі одноплідної індукованої вагітності становила $3069,1 \pm 556,2$ г (у групі контролю – 3271 ± 542 г), у групі багатоплідної індукованої вагітності – $2403,7 \pm 497,5$ г (у групі контролю – $2336,27 \pm 344,8$ г).

Під час аналізу перинатальних результатів при багатоплідній вагітності залежно від типу плацентації відзначено, що найбільш сприятливі результати були зафіксовані при дихоріальному типові плацентації незалежно від способу досягнення вагітності.

Аналіз перинатальних результатів залежно від способу досягнення вагітності (ЕКЗ/ІКІ/РЕ) продемонстрував, що при перенесенні кріооомбріонів середня маса тіла новонароджених була дещо вищою, ніж при перенесенні нативних ембріонів як в групі одноплідної вагітності ($3305,2 \pm 572,4$ г проти $3227,2 \pm 592,3$ г і $3129,5 \pm 582,3$ г після РЕ, ЕКЗ і ІКІ відповідно), так і при багатоплідді ($2507,2 \pm 365,7$ г проти $2379,1 \pm 642,3$ г і $2394,2 \pm 542,3$ г після РЕ, ЕКЗ і ІКІ). Ймовірно це обумовлено меншою частотою народження дітей з низькою масою тіла (менше 2500 г) та екстремально низькою масою тіла (менше 1500 г), що зі свого боку пояснює декілька меншу частоту госпіталізації новонароджених у відділення реанімації.

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

Аналіз стану новонароджених демонструє, що при індукованій одноплідній вагітності наступні патологічні стани зустрічаються частіше, ніж при мимовільній вагітності, а саме:

- асфіксія при народженні – 4,7% проти 1,1% ($p<0,05$);
- неонатальна жовтяниця – 31,6% проти 18,6% ($p<0,05$);
- внутрішньоплодові крововиливи – 3,3% проти 0,73% ($p<0,05$).

При багатоплідді після ДРТ у новонароджених також частіше реєстрували асфіксію при народженні, неонатальну жовтяницю, респіраторний дистрес-синдром, внутрішньоплодові крововиливи, проте статистично достовірних відмінностей не виявлено. Розладами, що найчастіше зустрічалися, у даної групи дітей були затримка внутрішньоутробного розвитку (29,3%), асфіксія при народженні (90,5%), неврологічні зміни (53,6 %). Церебральні порушення в неонатальний період у дітей після ЕКЗ діагностуються часто (53,7%), але велика їхня частина носить транзиторний характер і спостерігаються протягом першого тижня життя у вигляді синдрому гіперзбудливості або синдрому пригнічення функцій ЦНС.

Згідно з даними літератури, частота вроджених і спадкових захворювань у новонароджених, таких, що народилися після застосування ДРТ, відповідає загальнопопуляційним значенням [1–4]. У цьому дослідженні частота вроджених вад розвитку у новонароджених від індукованої і мимовільної вагітності достовірно не розрізнялася. Так, у групі одноплідної мимовільної вагітності діагностовано 2 випадки вроджених вад серця (дефект міжшлуночкової перегородки), у групі одноплідної індукованої вагітності по 1 випадку вродженої вади серця (дефект міжшлуночкової перегородки) та атрезії ануса. При багатоплідді виявили по 1 випадку атрезії 12-палої кишки і дефекту міжшлуночкової перегородки при мимовільній і індукованій вагітності відповідно.

При обстеженні новонароджених відзначали наявність малих аномалій розвитку, частота яких між групами достовірно не розрізнялася.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) не сприяють збільшенню частоти вроджених аномалій розвитку у плода, а також зростанню рівня перинатальної захворюваності. Набагато частіше велике значення має преморбідний фон подружніх пар, причини безпліддя, ефективність діагностики і лікування, а також варіант використовуваних програм ДРТ.

Наявність багатоплідної вагітності після застосування ДРТ підвищує ризик розвитку плацентарної дисфункції і затримки розвитку плода, що негативно впливає на перинатальні результати розродження.

Сравнительные аспекты перинатальных последствий после применения вспомогательных репродуктивных технологий О.Н. Ищак

Цель исследования: анализ влияния вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) на перинатальные результаты родоразрешения при одно- и многоплодной беременности.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели был проведенный анализ рождения 346 детей – в группе индуцированной беременности после применения ВРТ (из них

134 в группе многоплодной беременности) и 415 живых детей в группе самопроизвольной беременности (из них 142 в группе многоплодной беременности).

Результаты. Анализ состояния новорожденных показал, что при индуцированной одноплодной беременности следующие патологические состояния встречаются чаще, чем при непроизвольной беременности, а именно: асфиксия при рождении (4,7% против 1,1%; $p < 0,05$), неонатальная желтуха (31,6% против 18,6%; $p < 0,05$), внутрижелудочковое кровоизлияние (3,3% против 0,73%; $p < 0,05$). При многоплодии после применения ВРТ у новорожденных также чаще регистрировали асфиксию при рождении, неонатальную желтуху, респираторный дистресс-синдром, внутрижелудочковое кровоизлияние, однако статистически достоверных отличий не обнаружено.

Расстройствами, которые чаще всего встречаются, у данной группы детей были задержка внутриутробного развития (29,3%), асфиксия при рождении (90,5%), неврологические изменения (53,6 %).

Заключение. Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) не способствуют увеличению частоты врожденных аномалий развития у плода, а также росту уровня перинатальной заболеваемости. Намного чаще большое значение имеет преморбидный фон супружеских пар, причины бесплодия, эффективность диагностики и лечения, а также вариант используемых программ вспомогательных репродуктивных технологий.

Наличие многоплодной беременности после применения ВРТ повышает риск развития плацентарной дисфункции и задержки развития плода, что негативно влияет на перинатальные результаты родоразрешения.

Ключевые слова: вспомогательные репродуктивные технологии, перинатальные результаты.

Comparative aspects of perinatal consequences after auxiliary genesial technologies O.M. Ishchak

The objective: to study influence of auxiliary genesial technologies on the perinatal results of delivery at a singleton and multifetation.

Materials and methods. For the decision of the put purpose there was the conducted analysis of birth 346 children – in the group of the induced pregnancy after auxiliary genesial technologies (from them 134 in the group of multifetation) and 415 living children in the group of spontaneous pregnancy (from them 142 in the group of multifetation).

Results. The analysis of the state of new-born retined that at the induced monocyesis the followings pathosiss meet more frequent, than at involuntary pregnancy: asphyxia at birth (4,7% against 1,1%, $p < 0,05$), neonatal icterus (31,6% against 18,6%, $p < 0,05$), intraventricular hemorrhage (3,3% against 0,73%, $p < 0,05$). At multifetation after auxiliary genesial technologies at new-born also more frequent registered asphyxia at birth, neonatal icterus, respirator distress-syndrome, intraventricular hemorrhage, however statistically reliable differences it is not discovered.

By disorders which meet more frequent than all, this group of children had a delay of intrauterine development (29,3%), asphyxia at birth (90,5%), neurological changes (53,6 %).

Conclusions. Auxiliary genesial technologies are not instrumental in the increase of frequency of innate anomalies of development at a fruit, and also to growth of level of perinatal morbidity. Far more frequent a large value has a premonstratensian background of matrimonial pair, reasons of nfertility, efficiency of diagnostics and treatment, and also variant of the in-use programs of auxiliary genesial technologies.

The presence of multifetation after auxiliary genesial technologies promotes the risk of development of placenta disfunction and delay of fetation, that negatively influences on the perinatal results of delivery.

Keywords: auxiliary genesial to technology, 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 authors

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

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Александрова Н.В. Состояние системы мать–плацента–плод, течение и исходы беременности, наступившей с использованием вспомогательных репродуктивных технологий // Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2019. – № 1. – С. 34–36.
2. Александрова Н.В., Баев О.Р. Преждевременные роды при беременности, наступившей с использованием вспомогательных технологий. Пути профилактики // Акушерство и гинекология. – 2019. – № 4–2. – С. 33–38.
3. Гус А.И., Баев О.Р., Александрова Н.В. Раннее прогнозирование фетоплацентарной недостаточности при беременности, наступившей с использованием вспомогательных репродуктивных технологий, с помощью трехмерной эхографии // Диагностическая и интервенционная радиология. – 2018. – Т. 5. – № 2. – С. 141.
4. Особенности пренатального скрининга в I триместре при одноплодной беременности, наступившей с использованием вспомогательных репродуктивных технологий / Н.В. Александрова, О.Р. Баев, А.И. Гус, О.А. Доронина // Материалы конгресса «Амбулаторно-поликлиническая практика: проблемы и перспективы». – М., 2019. – С. 3–4.

DOI: 10.52705/2788-6190-2021-4-3
УДК 618.3-06:616.155.194:612.392.4

Особливості патогенезу анемії вагітних із порушеннями в пубертатному періоді

О.А. Ковалишин

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

Мета дослідження: вивчення ролі сироваткового феритину в патогенезі анемічного синдрому у вагітних із порушеннями в пубертатному періоді.

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети в дослідження були включені 335 вагітних. Усіх пацієнток було розподілено на дві групи. До основної групи увійшли 275 жінок з анемічним синдромом у I, II і III триместрах вагітності, яких було розподілено на декілька підгруп: I підгрупа – 185 жінок, хворих на залізодефіцитну анемію у I, II і III триместрах вагітності, в яких не зафіксовано гострих або хронічних інфекційно-запальних захворювань, як до, так і в період справжньої вагітності. Анемію у таких жінок ми умовно позначили як дійсну залізодефіцитну анемію. У II підгрупу увійшли 90 жінок з анемією у III триместрі вагітності, що розвинулася на тлі гострої або хронічної інфекційно-запальної патології. Анемічний синдром у таких пацієнток умовно позначили як анемію запальних захворювань. До групи контролю включено 60 жінок з фізіологічним перебігом вагітності і нормальними показниками концентрації гемоглобіну, кількості еритроцитів в периферичній крові та обміні заліза, в яких в анамнезі не зафіксовано хронічних інфекційних і аутоімунних захворювань.

Результати. Концентрація гемоглобіну в I триместрі у пацієнток з дійсною залізодефіцитною анемією, що розвинулася у III триместрі, була достовірно вище, ніж у пацієнток контрольної групи, а саме: $119,8 \pm 1,9$ г/л проти $118,8 \pm 2,7$ г/л відповідно. Концентрація сироваткового феритину в контрольній групі у всіх триместрах виявилася достовірно вище, ніж у вагітних з анемією в різні терміни гестації. Це підтверджує, що при прогнозуванні ризику розвитку анемії правильнішим є орієнтуватися не на вихідний рівень гемоглобіну, а на концентрацію сироваткового феритину. Коефіцієнт лінійної кореляції досліджуваних показників у I триместрі вагітності становить +0,63, у II триместрі +0,79, а в III триместрі +0,77.

Суть логарифмічної залежності полягає в тому, що при вищих значеннях сироваткового феритину гемоглобін знижується не настільки істотно, як це відмічено при низьких рівнях сироваткового феритину.

Заключення. Результати проведених досліджень свідчать про істотну роль сироваткового феритину в патогенезі анемічного синдрому у вагітних у всіх триместрах гестації. Встановлені особливості патогенезу анемічного синдрому необхідно враховувати при розробленні комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: анемічний синдром, патогенез, сироватковий феритин.

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

Анемічний синдром у всьому світі залишається серйозною проблемою екстрагенітальної патології в акушерстві, не дивлячись на велику кількість методів лабораторної діагностики і широкий вибір препаратів заліза на світовому фармацевтичному ринку. Технічні і фінансові труднощі, що перешкоджають оцінюванню метаболізму заліза у великих популяціях, не дозволяють отримати точні статистичні дані поширення дефіциту заліза. Водночас можна вважати, що частота виявлення дефіциту заліза набагато перевищує поширеність анемії. Це означає, що навіть в країнах з розвинутою економікою у більшості жінок на початок вагітності запаси заліза не можуть задовольняти потреби, пов'язаної зі збільшенням глобулярного об'єму в материнському організмі і з розвитком плодово-плацентарного комплексу [1–4].

Навіть в економічно стабільних країнах, що мають сприятливі соціально економічні умови, достаток продуктів харчування і доступну медичну допомогу, частота виявлення залізодефіцитної анемії (ЗДА) у вагітних становить 22,7% [1–4]. У країнах, що розвиваються, цей показник доходить до 52%, а в країнах СНД він має проміжне положення – 40–45% [1–4].

Висока частота анемії у вагітних і можливі ускладнення (підвищення перинатальної смертності, затримка розвитку плода, дистрес плода, неонатальна асфіксія, анормалії пологової діяльності тощо) роблять дану проблему надзвичайно актуальною і вимагають поглибленого вивчення патогенезу анемічного синдрому, а також вдосконалення методів лабораторної діагностики, направлених на своєчасну профілактику і лікування анемії вагітних, особливо у жінок із порушеннями в пубертатному періоді.

Мета дослідження: вивчення ролі сироваткового феритину (СФ) в патогенезі анемічного синдрому у вагітних з порушеннями в пубертатний період.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети в дослідження були включені 335 вагітних, які відповідали критеріям включення і виключення. Інформована згода на обстеження і лікування була отримана у всіх жінок перед включенням їх у дослідження.

Критерії включення у дослідження:

- термін вагітності від 7 тиж;
- анемічний синдром легкого і середнього ступеня ($70 \text{ г/л} < \text{Нь} < 109 \text{ г/л}$);
- відсутність прийому препаратів заліза під час справжньої вагітності;
- згода хворих на включення в групу дослідження.

Критерії виключення з дослідження:

- порушення засвоєння заліза (сидероахрестична анемія, свинцева анемія, перниціозна анемія, гемолітична анемія);
- захворювання печінки, хронічний панкреатит, бронхіальна астма, екзема;
- прееклампсія, плацентарна дисфункція;
- вживання антацидів, вітамінів з мікроелементами, препаратів заліза;
- патологія системи гемостазу;
- відмова пацієнтки від лікування і виконання розпоряджень лікаря.

Пацієнтки виключалися з дослідження за наявності у них хоча би однієї з наведених вище умов.

За результатами обстеження всіх пацієнток було розділено на дві групи:

- основна група – 275 жінок з анемічним синдромом у I, II і III триместрах вагітності;

- група контролю – 60 жінок з фізіологічним перебігом вагітності і нормальними показниками концентрації гемоглобіну, кількості еритроцитів в периферичній крові і обміні заліза, в яких в анамнезі не зафіксовано хронічних інфекційних і аутоімунних захворювань.

Під час формування груп дослідження було з'ясовано, що в частини вагітних з анемічним синдромом фактично були відсутні дані щодо наявності дефіциту заліза, пов'язаного з надмірними крововтратами, порушенням всмоктування заліза в системі травлення й іншими чинниками, що впливають на запаси заліза в організмі. Водночас у цих пацієнток відзначено високу частоту інфекційно-запальних захворювань у минулому і справжньому анамнезі. Тому для забезпечення більшої точності дослідження і формування якісної вибірки за допомогою методу стратифікації (розшарування даних) 275 пацієнток з анемічним синдромом було розподілено на наступні підгрупи:

- I підгрупа – 185 жінок із ЗДА в I, II і III триместрах вагітності, в яких не зафіксовано гострих або хронічних інфекційно-запальних захворювань, як до, так і в період справжньої вагітності. Анемію у таких жінок умовно позначили як дійсну ЗДА.
- II підгрупа – 90 жінок з анемією в III триместрі вагітності, що розвинулася на тлі гострої або хронічної інфекційно-запальної патології. Анемічний синдром у таких пацієнток умовно позначили як анемію запальних захворювань.

Отже, наявність або відсутність у вагітних з анемічним синдромом гострих і хронічних внутрішніх хвороб, виявлених до або вчасно при справжній вагітності, було ключовою умовою при розподілі жінок на групи дослідження.

У кожній групі було проведено аналіз динаміки лабораторних показників обміну заліза для уточнення змін, найбільш характерних для даної форми анемічного синдрому.

Вагітні без анемічного синдрому увійшли до групи контролю з I підгрупою для визначення норм концентрації СФ для вагітних у кожному триместрі.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На сьогодні в більшості джерел літератури діапазон нормальної концентрації СФ запропоновано вважати рівним 15–150 нг/мл. У доступній літературі відсутні дослідження, присвячені вивченню ролі СФ як показника, що дозволяє прогнозувати ризик розвитку залізодефіцитної анемії у вагітних. Відсутність таких даних можливо пов'язана з тим, що при таких захворюваннях, як інфекційна патологія сечостатевої системи та дихальних шляхів СФ проявляє себе як активний учасник запалення, концентрація якого істотно збільшується вже через декілька годин після початку запальної реакції.

Ця обставина значною мірою ускладнює проведення досліджень, присвячених ролі СФ у розвитку анемічного синдрому у вагітних. Враховуючи неоднозначність показників СФ при вагітності, було поставлено завдання визначити його норми для кожного триместра вагітності, оцінити мінімальний рівень запасів заліза у жінок в різні терміни гестації, що забезпечує підтримку концентрації гемоглобіну більше 110 г/л на початок пологів.

З цією метою проведено динамічне обстеження жінок з дійсною ЗДА у I, II і III триместрах вагітності і контрольної групи з фізіологічним перебігом вагітності.

У 157 вагітних була діагностована дійсна ЗДА. У 39 з них дійсна ЗДА була виявлена в I триместрі, у 45 – у II триместрі, у 73 – у III триместрі вагітності.

Серед 39 вагітних з дійсною ЗДА в I триместрі концентрація гемоглобіну становила $103,1 \pm 0,6$ г/л, а концентрація СФ – $8,64 \pm 0,59$ нг/мл. У 45 жінок анемія розвинулася у II триместрі вагітності, при цьому концентрація гемоглобіну в I триместрі

становила $118,5 \pm 0,9$ г/л, а в II триместрі – $96,0 \pm 1,4$ г/л. Концентрація СФ в I триместрі була $25,29 \pm 1,10$ нг/мл, у II триместрі – $8,09 \pm 0,46$ нг/мл.

У 73 жінок діагноз анемії вперше встановлений у III триместрі: концентрація гемоглобіну в I триместрі становила $119,9 \pm 0,6$ г/л, у II триместрі – $112,2 \pm 0,4$ г/л, у III триместрі – $97,15 \pm 1,09$ г/л. Концентрація СФ в I триместрі становила $46,90 \pm 1,19$ нг/мл, у II триместрі – $31,41 \pm 0,95$ нг/мл, а в III триместрі – $7,14 \pm 0,35$ нг/мл.

До контрольної групи увійшли 54 жінки з фізіологічним перебігом вагітності. У даних пацієнток середня концентрація гемоглобіну в I триместрі становила $118,8 \pm 0,7$ г/л, у II триместрі – $114,9 \pm 0,5$ г/л, у III триместрі – $114,0 \pm 0,5$ г/л. Концентрація СФ становила $68,17 \pm 0,90$ нг/мл в I триместрі, $48,87 \pm 0,59$ нг/мл – у II триместрі і $13,43 \pm 0,61$ нг/мл – у III триместрі.

Проведений аналіз виявив достовірні зміни концентрації СФ і гемоглобіну в різних триместрах вагітності при поступовому порівнянні результатів у всіх досліджуваних групах. Заслугує уваги факт, що концентрація гемоглобіну в I триместрі у пацієнток з дійсною ЗДА, що розвинулася у III триместрі, була достовірно вище, ніж у пацієнток контрольної групи: $119,8 \pm 1,9$ г/л проти $118,8 \pm 2,7$ г/л відповідно. І навпаки, концентрація СФ в контрольній групі у всіх триместрах виявилася достовірно вище, ніж у вагітних з анемією в різні терміни гестації. Це підтверджує, що при прогнозуванні ризику розвитку анемії правильнішим є орієнтуватися не на вихідний рівень гемоглобіну, а на концентрацію СФ. Водночас динаміка концентрації гемоглобіну в контрольній групі у III триместрі порівняно з II триместром не мала достовірних відмінностей ($p > 0,05$). Було проведено аналіз концентрацій гемоглобіну і сироваткового феритину у всіх триместрах при попарному зіставленні груп, де отримані достовірні відмінності ($p < 0,001$ за критеріями Манна-Уїтні і Крускала-Уоллеса).

Більшість даних літератури свідчать про лінійну зміну концентрації гемоглобіну і СФ залежно від терміну гестації, що недостатньо для коректної і точної оцінки такої взаємозалежності з урахуванням того, що потреби в залізі матері і плода значно розрізняються в різні терміни гестації. З цієї причини було вирішено проаналізувати зв'язок даних показників, враховуючи припущення про можливе існування різних видів залежностей між рівнями гемоглобіну і СФ.

Згідно з отриманими результатами, коефіцієнт лінійної кореляції досліджуваних показників у I триместрі вагітності становив $+0,63$, у II триместрі $+0,79$, а в III триместрі $+0,77$. Як відомо, високі цифри коефіцієнтів лінійної кореляції відображають і високий ступінь залежності між аналізованими показниками. Ця обставина (отриманий високий зв'язок) підтверджує всі наявні гіпотези про прямий зв'язок даних показників, що збільшується в II і III триместрах вагітності. Подальший аналіз даного зв'язку на наявність інших видів залежності (поліноміальної, гіперболічної, експоненціальної) засвідчив, що найбільш інформативно слід признати логарифмічну залежність.

Як свідчать отримані результати, логарифмічний вигляд зв'язку між концентраціями феритину і гемоглобіну виявився досить точним, а саме:

- I триместр $Hb = 16,8 * \log(SF) + 90,9$
- II триместр $Hb = 24,4 * \log(SF2) + 75,0$
- III триместр $Hb3 = 43,4 * \log(SF3) + 63,6$.

З представлених рівнянь регресії ($Y = k * F(X) + b$) видно, що вони дозволяють оцінити структуру зв'язку між ознаками X і Y, керуючись як особливостями функції F(X), так і сенсом, і величиною параметрів до Y.

Суть логарифмічної залежності полягає в тому, що при вищих значеннях СФ гемоглобін знижується не настільки істотно, як спостерігається при низьких рівнях СФ. Іншими словами, чим більше задепонованого заліза в організмі, тим повільніше швидкість зниження гемоглобіну.

Коефіцієнт регресії (k) демонструє наскільки змінюється результативна ознака Y при зміні факторної ознаки X на одиницю в разі лінійної залежності або при збільшенні на одиницю $\log Q$, як в досліджуваному випадку, де X – концентрація СФ, а Y – концентрація гемоглобіну. Коефіцієнт регресії є параметром, що погоджує показники, що мають різні одиниці виміру і масштаб. Вільний член регресійного рівняння b забезпечує «вирівнювання» результативної ознаки Y до потрібного значення у разі, коли $F(X)=0$.

Зазначене вище смислове значення параметрів регресійного рівняння є принципово важливим як при оцінюванні зв'язків СФ з гемоглобіном в різних триместрах вагітності, так і при оцінюванні динаміки концентрації СФ в II і III триместрах вагітності залежно від його концентрації в I триместрі.

ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать про істотну роль сироваткового феритину в патогенезі анемічного синдрому у вагітних у всіх триместрах гестації. Встановлені особливості патогенезу анемічного синдрому необхідно враховувати під час розроблення комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Особенности патогенеза анемии беременных с нарушениями в пубертатном периоде О.А. Ковалишин

Цель исследования: изучение роли сывороточного ферритина в патогенезе анемического синдрома у беременных с нарушениями в пубертатный период.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели в исследование были включены 335 беременных. Все пациентки были разделены на две группы. В основную группу вошли 275 женщин с анемическим синдромом в I, II и III триместрах беременности, которых распределили на несколько подгрупп: I подгруппа – 185 женщин, страдающих железодефицитной анемией в I, II и III триместрах беременности, и у которых не зафиксированы острые или хронические инфекционно-воспалительные заболевания, как до, так и в период настоящей беременности. Анемию у таких женщин условно обозначили как действительную железодефицитную анемию. Во II подгруппу вошли 90 женщин с анемией в III триместре беременности, которая развилась на фоне острой или хронической инфекционно-воспалительной патологии. Анемический синдром у таких пациенток условно обозначили как анемию воспалительных заболеваний.

Группу контроля составили 60 женщин с физиологическим течением беременности и нормальными показателями концентрации гемоглобина, количества эритроцитов в периферической крови и обмене железа, у которых в анамнезе не зафиксированы хронические инфекционные и аутоиммунные заболевания.

Результаты. Концентрация гемоглобина в I триместре у пациенток с действительной железодефицитной анемией, которая развилась в III триместре, была достоверно выше, чем у пациенток контрольной группы: $119,8 \pm 1,9$ г/л и $118,8 \pm 2,7$ г/л соответственно. Концентрация сывороточного ферритина в контрольной группе во всех триместрах оказалась

достоверно выше, чем у беременных с анемией в разные сроки гестации. Выявлено, что при прогнозировании риска развития анемии правильнее ориентироваться не на исходный уровень гемоглобина, а на концентрацию сывороточного ферритина. Коэффициент линейной корреляции исследуемых показателей в I триместре беременности составляет +0,63, во II триместре +0,79, а в III триместре +0,77.

Суть логарифмической зависимости заключается в том, что при более высоких значениях сывороточного ферритина гемоглобин снижается не настолько существенно, как это отмечено при низких уровнях сывороточного ферритина.

Заключение. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной роли сывороточного ферритина в патогенезе анемического синдрома у беременных во всех триместрах гестации. Установленные особенности патогенеза анемического синдрома необходимо учитывать при разработке комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: анемический синдром, патогенез, сывороточный ферритин.

Features of pathogeny of anaemia of pregnant with violations in a pubertal period O.A. Kovalishin

The objective: study of role of whey ferritin in pathogeny of anaemic syndrome for expectant mothers with violations in a pubertal period.

Materials and methods. For the decision of the put purpose in research were included 335 pregnant. All patients parted on two categories: a basic group is 275 women which suffered an anaemic syndrome in I, II and the III trimesters of pregnancy. They were up-diffused on a I group – 185 women, sufferings iron-scarce anaemia in I, II and the III trimesters pregnancies at which the sharp are not fixed or chronic infectious-inflammatory diseases, both to and in the period of the real pregnancy. Anaemia for such women we de bene esse designated as actual iron-scarce anaemia and group II – 90 women with anaemia in the III trimester of pregnancy which developed on a background sharp or chronic infectious-inflammatory pathology. Anaemic syndrome for such patients we de bene esse designated as anaemia of inflammatory diseases.

A control group was made by 60 women with the physiology flow of pregnancy and normal indexes of conntraction haemoglobin, numbers of red corpuscles in peripheral blood and exchange of iron, at which chronic infectious and autoimmune diseases are not fixed in anamnesis.

Results. Concentration of haemoglobin in the I trimester for patients with actual iron deficient anaemia which developed in the III trimester, there was authentically higher, than for the patients of control group: $119,8 \pm 1,9$ g/l against $118,8 \pm 2,7$ g/l accordingly. Opposite, the concentration of whey ferritin in a control group in all trimesters appeared for certain higher, than for pregnant with anaemia in the different terms of gestation. It confirms that at prognostication of risk of development of anaemia more correct is oriented not on the initial level of haemoglobin, but on the concentration of whey ferritin. The coefficient of linear correlation of the investigated indexes makes in the I trimester of pregnancy +0,63, in the II trimester +0,79, and in trimester +0,77.

Essence of logarithmic dependence consists in that at the higher values of whey ferritin haemoglobin goes down not so substantially, as it is marked at the low levels of whey ferritin.

Conclusion. The results of the conducted researches testify to the substantial role of whey ferritin in pathogeny of anaemic syndrome for expectant mothers in all trimesters of gestation. The set features of pathogeny of anaemic syndrome must be taken into account at development of complex of diagnostic and treatment-and-prophylactic measures.

Keywords: anaemic syndrome, pathogeny, whey ferritin.

Відомості про автора

Ковалишин Орія Анатоліївна – 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

Ковалишин Орія Анатольевна – 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 authors

Kovalishin Orysia A. – Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 01011, Kyiv, 5 Arsenalna Str. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Анемии у беременных: дифференциальная диагностика и лечебная тактика: пособие для врачей / под ред. Е.Ф. Морщаковой. – Рязань, 2019. – 38 с.
2. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях / С.В. Апресян; под ред. В.Е. Радзинского. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2019. – 464 с.
3. Баев О.Р. Диагностика и лечение железодефицитной анемии беременных / О.Р. Баев // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2018. – Т. 4, № 2. – С. 14–19.
4. Бокарев И.Н. Анемический синдром / И.Н. Бокарев, Е.Н. Немчинов, Т.Б. Кондратьев. – М.: Практическая медицина. – 2019. – 128 с.

Клінічний аналіз соматичного і репродуктивного анамнезу у вагітних з інфекціями, що передаються статевим шляхом, в анамнезі

О.І. Кротік

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

Мета дослідження: проведення клініко-статистичного аналізу соматичного та репродуктивного анамнезу у вагітних з інфекціями, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), в анамнезі.

Матеріали та методи. Було проведено клініко-статистичний аналіз соматичного та репродуктивного анамнезу 100 вагітних з ІПСШ, в анамнезі. Пацієнтки були розподілені методом випадкового вибору на групи: I (основна) група – 50 вагітних, що підлягали прегравідарній підготовці, акушерському та перинатальному супроводженню і розродженню згідно з розробленими нами медико-організаційними алгоритмами, прогностичної методики та лікувально-профілактичних схем; II група – 50 вагітних, що отримували загальноприйняті прогностичні та лікувально-профілактичні заходи, і III група (контрольна) – 30 практично здорових вагітних з благополучним репродуктивним анамнезом і неускладненим перебігом даної вагітності.

Оброблення даних проводили з використанням програмного пакета StatSoft Statistica 8.0.

Результати. Основними факторами ризику розвитку акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з ІПСШ, в анамнезі є: наявність високого інфекційного індексу в анамнезі (76,0% та 72,0%), хронічні та гострі запальні процеси сечовидільної системи (48,0% та 40,0%), ІПСШ до вагітності (32,0% та 28,0%), а також репродуктивні втрати інфекційного генезу (21,0% та 28,0%): мимовільні викидні, затримка розвитку плода, та ПД, анте- та інтранатальна загибель плода в анамнезі. Проведений клініко-статистичний аналіз не виявив істотної різниці між жінками основної групи та групи порівняння за вивченими показниками, що дозволяє їх порівнювати між собою у подальшому дослідженні.

Заключення. При співставленні отриманих даних після проведеного аналізу преморбідного фону, соматичного та репродуктивного анамнезу у вагітних

з інфекціями, що передаються статевим шляхом, в анамнезі суттєві розбіжності між основною та групою порівняння були відсутні, що дає нам змогу порівнювати їх між собою в подальшому дослідженні.

Ключові слова: інфекції, що передаються статевим шляхом, допоміжні репродуктивні технології, вагітність, соматичний та репродуктивний анамнез.

Особливості клініки та перебігу хронічних запальних захворювань справляють негативний вплив на організм жінки. Тривалий перебіг, часті загострення хронічних процесів органів малого таза негативно впливають на репродуктивну функцію жінок, на перебіг вагітності, результат пологів і на здоров'я новонароджених [1–3].

Урогенітальні інфекції належать до найбільш соціально значущих захворювань. Їхніми особливостями є як значне поширення, так і тяжкі наслідки для організму хворого і для суспільства загалом [1–4]. За даними ВООЗ, сифіліс, гонорея, трихомоніаз, хламідійна інфекція є найбільш поширеними хворобами у світі. Щодня реєструють понад 1 млн випадків зараження інфекціями, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), щорічно фіксують 376 млн нових випадків зараження однієї з чотирьох ІПСШ – хламідіозом (127 млн), гонореєю (87 млн), сифілісом (6,3 млн) або трихомоніазом (156 млн). Понад 500 млн людей живуть з генітальною інфекцією (генітальним герпесом ВПГ), близько 300 млн жінок інфіковані вірусом папіломи людини (ВПЛ) – основною причиною раку шийки матки.

За статистикою, майже 240 млн осіб у всьому світі живуть з хронічним гепатитом В. Ще приблизно у 250 млн людей реєструють інші сексуально-трансмисивні інфекції [1]. Передача ІПСШ від матері до дитини може призводити до мертвонародження, смерті новонародженого, малої маси тіла при народженні, недоношеності, сепсису, пневмонії, неонатального кон'юнктивіту і вроджених аномалій.

За оцінками науковців, у 2016 році майже 1 млн вагітних були інфіковані сифілісом, що призвело приблизно до 350 тис. випадків несприятливих наслідків пологів, з них 200 тис. мертвонароджень і випадків смерті новонародженого [1, 7–12]. Інфекція ВПЛ щорічно призводить до 570 тис. випадків захворювання на рак шийки матки і понад 300 тис. випадків смерті від раку шийки матки [1–6, 13–15].

Отже, соціальна значущість ІПСШ визначається цілою низкою чинників, серед яких можна виділити наступні [1, 6, 13]:

- етіологія запальних захворювань органів малого таза у жінок, що призводять до розвитку безпліддя та інших порушень репродуктивної функції, в 60–70% спостережень обумовлена такими ІПСШ, як хламідійна або гонококова інфекції;
- ІПСШ є небезпекою для плода та новонародженого, викликаючи важкі захворювання, нерідко несумісні з життям;
- переконливо доведена роль онкогенних типів вірусу папіломи людини, що передаються статевим шляхом, у розвитку раку шийки матки.

Однією з провідних причин безплідного шлюбу є інфекційно-запальні процеси статевих органів, які складають генітальну патологію у 38,2% жінок, у 43,3% чоловіків і в 2/3 випадків діагностують в обох з подружжя. Водночас щонайменше 60% випадків запальних захворювань органів малого таза жінок пов'язані з інфікуванням збудниками ІПСШ, нерідко в асоціації з облигатними мікроорганізмами, що входять до складу нормальної вагінальної мікрофлори [11–15].

Викладене вище свідчить про актуальність вивчення проблеми репродуктивного здоров'я жінок з інфекціями, що передаються статевим шляхом, в анамнезі як з наукових, так і з практичних позицій.

Мета дослідження: проведення клініко-статистичного аналізу соматичного і репродуктивного анамнезу у вагітних з інфекціями, що передаються статевим шляхом, в анамнезі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети на базі Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини за період 2020–2021 рр. (клінічна база кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НУОЗУ імені П.Л. Шупика) вивчені основні особливості клініко-статистичного аналізу соматичного та репродуктивного анамнезу 100 вагітних з інфекціями, що передаються статевим шляхом, в анамнезі. Пацієнтки були розподілені методом випадкового вибору на групи:

I (основна) група – 50 вагітних, що підлягали прегравідарній підготовці, акушерському та перинатальному супроводженню і розродженню згідно з розробленими нами медико-організаційними алгоритмами, прогностичними методами і лікувально-профілактичними схемами;

II група – 50 вагітних, що отримували загальноприйняті прогностичні й лікувально-профілактичні заходи;

III (контрольна) група – 30 практично здорових вагітних з благополучним репродуктивним анамнезом і неускладненим перебігом даної вагітності.

Під час підрахунку результатів застосовували методи, прийняті медико-біологічної статистикою, викладені в керівництві Гланц [16]. Оброблення даних проводили з використанням програмного пакета StatSoft Statistica 8.0.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Усім вагітним було проведено комплексне клінічне обстеження з урахуванням скарг, даних анамнезу, об'єктивних та додаткових методів обстеження.

Критерії включення пацієнток у дослідження:

- жінки репродуктивного віку з підтвердженням в анамнезі ІПСШ;
- встановлений діагноз безпліддя;
- бажання жінки (інформована згода) взяти участь у дослідженні;
- відсутність соматичних захворювань, які є протипоказанням до вагітності та пологів;
- відсутність некомпенсованої екстрагенітальної патології;
- відсутність психічних розладів та прийому психотропних препаратів за рік до та під час вагітності;
- відсутність наркотичної та алкогольної залежності.

Розподіл обстежених жінок за віковим складом представлено в табл. 1. Зважаючи на отримані результати, слід відзначити, що середній вік пацієнток КГ становить $26,2 \pm 2,1$ року, а в основній групі та групі порівняння цей показник був достовірно вищий – $31,53 \pm 2,8$ року та $32,69 \pm 2,7$ відповідно ($p > 0,05$). Такі розбіжності можна пояснити особливостями акушерського анамнезу.

Під час вивчення соціального статусу привертає увагу те, що у всіх трьох групах переважали жінки-службовці – 62,6% ($p > 0,05$).

Таблиця 1

Вік досліджуваних жінок, абс. число (%)

Вік	Група жінок		
	КГ, n=30	I група, n=50	II група, n=50
20–25 років	12 (40,0%)	7 (14,0%)*	6 (12,0%)*
26–30 років	9 (30,0%)	12 (24,0%)	9 (18,0%)
31–35 років	7 (23,3%)	21 (42,0%)*	23 (46,0%)*
36–40 років	2 (6,7%)	10 (20,0%)*	12 (24,0%)*
Середній вік	27,5±1,2	34,7±1,1	35,1±1,3

Примітка. * – Різниця достовірна щодо КГ ($p<0,05$).

Таблиця 2

Особливості менструальної функції в обстежених жінок, абс. число (%)

Показник	Група жінок		
	КГ, n=30	I група, n=50	II група, n=50
Раннє менархе	1 (3,3%)	4 (8,0%)*	5 (10,0%)*
Пізнє менархе	2 (6,7%)	5 (10,0%)	4 (8,0%)
АМК в анамнезі	-	4 (8,0%)*	5 (10,0%)*
Нормальний МЦ	27 (90,0%)	37 (74,0%)*	36 (72,0%)*

Примітка. * – Різниця достовірна щодо КГ ($p<0,05$).

Ранній початок статевого життя спостерігався у кожній другій жінки I та II груп, а в жінок КГ – у кожній четвертій. Аналіз становлення менструальної функції у пацієнток досліджуваних груп продемонстрував:

- високий рівень раннього початку менархе у жінок I та II груп (КГ – 3,3%, I група – 11,7%, II група – 10,0%; $p<0,05$);
- пізнє менархе (КГ – 6,7%, I група – 16,7%, II група – 13,3%; $p<0,05$);
- аномальні маткові кровотечі в анамнезі (тільки в I групі – 13,3% та II групі – 16,7%; $p<0,05$).

Таблиця 3

Гінекологічна патологія в обстежених жінок, абс. число (%)

Показник	Група жінок		
	КГ, n=30	I група, n=50	II група, n=50
Патологічні зміни шийки матки	4 (13,3%)	19 (38,0%) *	18 (36,0%) *
Запальні захворювання	3 (10,0%)	50 (100,0%) *	50 (100,0%) *
Лейоміома матки	2 (6,7%)	7 (14,0%)	5 (10,0%)
Ендометріоз	-	4 (8,0%)	3 (6,0%)
Кісти яєчників	-	2 (4,0%)	1 (2,0%)
Хронічний аднексит	-	23 (46,0%) *	24 (48,0%) *
Хронічний ендометрит	-	11 (22,0%) *	12 (24,0%) *

Примітка. * – Різниця достовірна щодо КГ ($p<0,05$).

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

Аналіз даних гінекологічного анамнезу дозволив зробити висновок, що найбільш часто патологія зареєстрована у жінок I та II груп. Так, кількість гінекологічних захворювань на одну жінку в I і II групах – 1,3, в КГ – 0,3. Питома вага перенесеної гінекологічної патології в обстежених вагітних була достатньо високою. Водночас зафіксовано патологічні зміни шийки матки (38,0% і 36,0% відповідно; $p < 0,05$).

Привертає увагу високий рівень:

- запальних захворювань матки і придатків (КГ – 10,0%, I група – 68,0% і II група – 72,0%; $p < 0,05$);
- лейоміоми матки (КГ – 6,7%, I група – 14,0% і II група – 10,0%).

На високу частоту запальних захворювань матки і придатків у структурі гінекологічної патології у жінок I та II групи вказують й інші дослідники [3, 4, 7–9, 14, 18–20]. Усе це негативно впливає в подальшому на реалізацію репродуктивної функції, є причиною порушень ранньої гестації, раннього розвитку ПД, загрози переривання вагітності, синдрому затримки розвитку плода (ЗРП), передчасних пологів. Тому таким жінкам необхідне проведення комплексу заходів з профілактики ускладнень поза вагітністю.

З огляду на спрямованість роботи щодо відношення до можливого розвитку внутрішньоутробного інфікування, ми вважали доцільним проаналізувати наявність ІПСШ в анамнезі у пацієнток усіх досліджуваних груп. Аналіз цих даних представлено в табл. 4.

У жінок КГ під час обстеження найчастіше фіксували гриби роду *Candida* (13,3%), бактеріальний вагіноз (16,7%), неспецифічні інфекції (13,3%). Дані, наведені у табл. 4, свідчать про те, що у жінок основної групи та групи порівняння найчастіше виявлялися:

- гриби роду *Candida* (52,0% та 56,0% відповідно; $p < 0,05$),
- бактеріальний вагіноз (44,0% та 48,0% відповідно; $p < 0,05$),
- генітальний герпес (12,0% та 10,0% відповідно; $p < 0,05$),
- неспецифічні інфекції зовнішніх статевих шляхів (32,0% та 28,0% відповідно; $p < 0,05$).

Таблиця 4

Інфекція, що передається статевим шляхом в анамнезі, абс. число (%)

Показник	Група жінок		
	КГ, n=30	I група, n=50	II група, n=50
<i>Trichomonas vaginalis</i>		26 (52,0)	28 (56,0)
<i>Chlamydia trachomatis</i>	-	5 (10,0)	4 (8,0)
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	-	2 (4,0)	2 (4,0)
<i>Mycoplasma genitalium</i>	-	3 (6,0)	4 (8,0)
Бактеріальний вагіноз	5 (16,7)	22 (44,0) *	24 (48,0) *
Вульвовагінальний кандидоз	4 (13,3)	26 (52,0) *	28 (56,0) *
Herpes simplex virus I, II	-	6 (12,0) *	5 (10,0) *
Cytomegalovirus	-	16 (32,0) *	14 (28,0) *
Неспецифічні інфекції	4 (13,3)		

Примітка. * – Різниця достовірна щодо КГ ($p < 0,05$).

Таблиця 5

Акушерський анамнез у досліджуваних жінок, абс. число (%)

Показник	Група жінок		
	КГ, n=30	I група, n=50	II група, n=50
Першовагітні	23 (76,7%)	21 (42,0%) *	23 (46,0%) *
Народжують вперше	26 (86,7%)	32 (64,0%)	34 (68,0%)
Народжують повторно	4 (13,3%)	18 (36,0%)	16 (32,0%)
Медичні аборти	3 (10,0%)	11 (22,0%) *	10 (20,0%) *
Мимовільні викидні	-	5 (10,0%)	3 (6,0%)
Безпліддя	-	24 (48,0%)	26 (52,0%)
Позаматкова вагітність	-	2 (4,0%)	2 (4,0%)
Анте- та інтранатальна загибель	-	1 (2,0%) *	2 (4,0%) *
ЗРП при попередній вагітності	-	5 (10,0%) *	6 (12,0%) *

Примітка. * – Різниця достовірна щодо КГ ($p < 0,05$).

Загалом у 100% досліджуваних пацієнток I та II груп спостерігалися в анамнезі ІПСШ. Ці показники основної групи та групи порівняння суттєво відрізняються від КГ і свідчать про те, що обтяжений гінекологічний анамнез є прегравадарним фоном для ускладненого перебігу вагітності у цих жінок. Отримані розбіжності, на нашу думку, слід враховувати і під час оцінювання факторів ризику подальшого розвитку акушерських та перинатальних ускладнень.

Отже, одним з основних факторів ризику розвитку акушерських та перинатальних ускладнень у жінок I та II груп є наявність в анамнезі хронічних гінекологічних запальних процесів. Тому дуже важливим є обстеження цих жінок в період планування наступної вагітності.

Було проведено аналіз акушерського анамнезу в обстежених жінок. За результатами аналізу репродуктивного анамнезу (табл. 5) в КГ переважали жінки, які вперше завагітніли (76,7%), в обох досліджуваних групах переважали повторновагітні пацієнтки: I група – 42,0% і II група – 46,0%; $p < 0,05$. Відсоток штучних абортів приблизно однаковий серед жінок I і II групи і становить 22,0% в основній групі та 20,0% в групі порівняння, але достовірно відрізнявся від показника КГ – 10,0% ($p < 0,05$). В основній групі 10,0% та 6,0% жінок групи порівняння мали в анамнезі один та більше мимовільних викиднів.

Хронічні запальні процеси призвели до розвитку позаматкової вагітності – по 2 (4,0%) випадки в I і II групах відповідно. Синдром ЗРП при попередніх вагітностях спостерігався в I групі – 10,0%, в II групі – 12,0%; $p < 0,05$; анте- та інтранатальна загибель плоду в анамнезі в I та II групі – 6,0% та 4,0% випадків відповідно, в КГ групі цей показник, як і синдром ЗРП, відсутній.

Ці дані повинні були враховані під час оцінювання факторів ризику розвитку акушерських та перинатальних ускладнень при наступній вагітності.

Було проаналізовано соматичні захворювання в групах досліджуваних жінок (табл. 6). У ході аналізу з'ясовано, що формування групи високого інфекційного ризику має свої фактори ще в дитячому віці. Так, у цьому дослідженні показано, що:

- інфекційні захворювання дитячого віку (кір, коклюш, скарлатина, вітряна віспа) спостерігалися у 76,0% жінок I групи та у 72,0% пацієнток II групи; $p < 0,05$;

Таблиця 6

Екстрагенітальна патологія, абс. число (%)

Показник	Група жінок		
	КГ, n=30	I група, n=50	II група, n=50
Дитячі інфекції	10 (30,0%)	38 (76,0%) *	36 (72,0%) *
Хронічний тонзиліт	3 (10,0%)	21 (41,0%) *	19 (38,0%) *
Хронічний бронхіт	2 (6,7%)	9 (18,0%) *	11 (22,0%) *
Серцево-судинні захворювання:			
- ГХ	-	6 (12,0%)	8 (16,0%)
- НЦД	2 (6,7%)	16 (32,0%) *	14 (28,0%) *
- ревматизм	-	2 (4,0%)	3 (6,0%)
- вади серця	-	3 (6,0%)	2 (4,0%)
Захворювання сечовидільної системи:			
- пієлонефрит	-	11 (22,0%)	9 (18,0%)
- гломерулонефрит	-	3 (6,0%)	2 (4,0%)
- сечокам'яна хвороба	-	3 (6,0%)	2 (4,0%)
- цистит	2 (6,7%)	13 (26,0%) *	11 (22,0%) *
Захворювання ШЗ	4 (13,3%)	12 (24,0%)	14 (28,0%)
Захворювання травного тракту:			
- дискінезія жовчного міхура	-	2 (5,0%)	3 (6,0%)
- хронічний гастрит	2 (6,7%)	9 (18,0%) *	11 (22,0%) *
- жовчнокам'яна хвороба	-	4 (8,0%)	3 (6,0%)
Усього	25 (83,3%)	149 (298,0%)	148 (296,0%)

Примітка. * – Різниця достовірна щодо КГ ($p < 0,05$).

- тонзиліт в анамнезі – у 41,0% жінок I групи і 38,0% вагітних II групи; $p < 0,05$;
- хронічний бронхіт – 18,0% та 22,0% відповідно; $p < 0,05$.

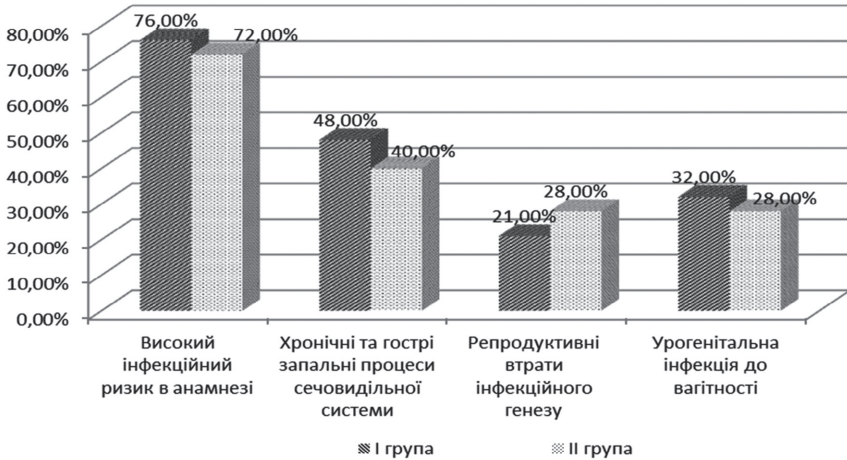
Серед основних варіантів соматичної патології у вагітних КГ найчастіше спостерігались:

- дитячі інфекції (30,0%),
- хронічний тонзиліт (10,0%),
- хронічний бронхіт (6,7%),
- нейроциркулярна дистонія (6,7%),
- захворювання щитоподібної залози (13,3%),
- хронічний гастрит (6,7%).

Загалом на кожну жінку КГ припадало 1,2 нозологічної форми. У групах досліджуваних пацієнток цей показник становив 2,9 (тобто в 2,5 раза перевищував показник КГ).

За даними табл. 6, у групах досліджуваних пацієнток не спостерігалася важка соматична патологія. Нейроциркуляторна дистонія діагностована у 32,0% випадків в I групі та в 28,0% у II групі ($p < 0,05$). Патологія сечовидільної системи: пієлонефрит у 22,0% та 18,0% випадків у вагітних I і II груп відповідно ($p < 0,05$); цистит – 26,0% та 22,0% відповідно у I і II групах ($p < 0,05$). Загалом соматичну патологію в анамнезі мали 100% жінок обох досліджуваних груп.

Отже, можна зробити висновок, що вагітність у жінок із ІПСШ в анамнезі розвивалась на тлі обтяженого соматичного анамнезу, а саме – на тлі хронічних запальних захворювань.



Фактори ризику розвитку акушерських та перинатальних ускладнень у вагітних I та II груп (%)

Як підсумковий аспект проведеної клінічної характеристики жінок I та II груп, представлені основні фактори ризику розвитку акушерської та перинатальної патології ще до вагітності (рисунок).

Основними факторами ризику розвитку акушерських та перинатальних ускладнень у досліджуваних жінок I та II груп є:

- 1) наявність високого інфекційного індексу в анамнезі (76,0% та 72,0%),
- 2) хронічні та гострі запальні процеси сечовидільної системи (48,0% та 40,0%),
- 3) ІПСШ до вагітності (32,0% та 28,0%),
- 4) репродуктивні втрати інфекційного генезу (21,0% та 28,0%):
 - самовільні викидні,
 - ЗРП та ПД,
 - анте- та інтранатальна загибель плода в анамнезі.

Проведений клініко-статистичний аналіз не виявив істотної різниці між жінками основної групи та групи порівняння за вивченими показниками, що дозволяє їх порівнювати між собою.

ВИСНОВКИ

Отже, клініко-статистичний аналіз анамнезу у досліджуваних пацієнток дозволяє зробити висновок, що серед факторів ризику щодо розвитку акушерських та перинатальних ускладнень у вагітних з інфекціями, що передаються статевим шляхом, в анамнезі основним є наявність хронічного або гострого запального процесу у вагітної.

Ці дані свідчать про необхідність подальшого удосконалення заходів, спрямованих на планування вагітності, прегравідарну підготовку, антенатальну охорону плода та зниження частоти ускладнень з боку матері і плода у цих вагітних.

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

Клинический анализ соматического и репродуктивного анамнеза у беременных, которые перенесли инфекции, передаваемые половым путем, в анамнезе

Е.И. Кротик

Цель исследования: провести клинко-статистический анализ соматического и репродуктивного анамнеза у беременных, которые перенесли инфекцию, передаваемую половым путем (ИППП), в анамнезе

Материалы и методы. Проведено клинко-статистический анализ соматического и репродуктивного анамнеза 100 беременных с ИППП, в анамнезе, которые были разделены методом случайного выбора на группы: I (основная) группа – 50 беременных, подлежащих прегравидарной подготовке, акушерскому и перинатальному сопровождению и родоразрешению согласно разработанным медико-организационным алгоритмам, прогностической методике и лечебно-профилактическим схем; II группа – 50 беременных, получавших общепринятые прогностические и лечебно-профилактические мероприятия и III (контрольная) группа – 30 практически здоровых беременных с благополучным репродуктивным анамнезом и неосложненным течением данной беременности.

Обработка данных проводилась с использованием программного пакета StatSoft Statistica 8.0.

Результаты. Основными факторами риска развития акушерских и перинатальных осложнений у женщин с ИППП в анамнезе являются: наличие высокого инфекционного индекса в анамнезе (76,0% и 72,0%), хронические и острые воспалительные процессы мочеполовой системы (48,0% и 40,0%), ИППП до беременности (32,0% и 28,0%), а также репродуктивные потери инфекционного генеза (21,0% и 28,0%): самопроизвольные выкидыши, ЗРП и ПД, ante- и интранатальная гибель плода в анамнезе.

Проведенный клинко-статистический анализ не выявил существенных различий между женщинами основной группы и группы сравнения по изученным показателям, что позволяет их сравнивать между собой в дальнейшем исследовании.

Заключение. При сопоставлении полученных данных после проведенного анализа преморбидного фона, соматического и репродуктивного анамнеза у беременных с наличием в анамнезе инфекций, которые передаются половым путем, существенные расхождения между основной и группой сравнения отсутствовали, что дает возможность сравнивать их между собой в дальнейшем исследовании.

Ключевые слова: инфекции, передаваемые половым путем, вспомогательные репродуктивные технологии, беременность, соматический и репродуктивный анамнез.

Clinical analysis of somatic and reproductive anamnesis of pregnant women with sexually transmitted infections in the case history

O.I. Krotik

The objective: to conduct a clinical and statistical analysis of somatic and reproductive anamnesis of pregnant women with sexually transmitted infections in the case history.

Materials and methods. Clinical and statistical analysis of somatic and reproductive anamnesis of 100 pregnant women with sexually transmitted infections in the case history, who were randomly divided into two groups: I (main) group – 50 pregnant women who were subject to pregravid training, obstetric and perinatal support and delivery according to the medical and organizational algorithms, prognostic methods and medical-preventive activities developed by us; Group II – 50 pregnant women who received conventional prognostic and medical-preventive activities and Group III (control) – 30 practically healthy pregnant women with a successful reproductive history and uncomplicated course of this pregnancy. Data processing was performed using StatSoft Statistica 8.0 software package.

Results. The main risk factors of obstetric and perinatal complications for the women under investigation, with sexually transmitted infections (STIs) in the case history, are: the presence of a high infectious index in the anamnesis (76.0% and 72.0%), chronic and acute inflammatory

processes of the urinary tract system (48.0% and 40.0%), STIs before pregnancy (32.0% and 28.0%), as well as reproductive losses of infectious origin (21.0% and 28.0%): miscarriages, fetal growth retardation and placental dysfunction, ante- and intranatal fetal death in the anamnesis. The conducted clinical and statistical analysis based on the studied indicators did not reveal a significant difference between the women of the main group and the control group, which enables us to compare them in a further study.

Conclusions. When comparing the data obtained after analysis of the premorbid background, somatic and reproductive anamnesis of pregnant women with sexually transmitted infections in the case history, significant differences between the main and the control group were not found, which allows us to compare them in a further study.

Keywords: *sexually transmitted infections, assisted reproductive technologies, pregnancy, somatic and reproductive anamnesis.*

Інформація про автора

Кротик Олена Ігорівна – Кафедра акушерства, гінекології та репродуктології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел.: (067) 804-33-11. *E-mail: krotik.elena@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-1677-6634

Information about the author

Krotik Olena I. – Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductology Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 04112, Kyiv, 9 Dorohozhytska St.; tel.: (067) 804-33-11. *E-mail: krotik.elena@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-1677-6634

Інформація об авторе

Кротик Елена Игоревна – Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии Национального университета здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (067) 804-33-11. *E-mail: krotik.elena@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-1677-6634

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. World Health Organization 2016. Globalnaya strategiya sektora zdoravohraneniya po infektsiyam, peredavaemyim polovym putem 2016–2021 na puti likvidatsii IPPP. VOZ, Zheneva, Shveysariya; 2016. [Global Health Sector Strategy for Sexually Transmitted Infections 2016–2021 Towards the Elimination of STIs. WHO, Geneva, Switzerland; 2016 (in Russ.).]
2. Barinova A.N. Ponyatie o gruppah riska IPPP i VICH-infektsii: obzor literatury. Rossiyskiy semeyniy vrach. 2012;16(1):33–39. [Barinova A.N. The concept of risk groups for STIs and HIV infection: a review of the literature. Russian family doctor. 2012;16(1):33–39 (in Russ.).]
3. Kachestvo profilaktiki sotsialno obuslovlennykh zabolevaniy v ekspertnykh otsenках vrachey / Timoshilov V.I., Sidorov G.A., Agarkova T.A., Veselova A.M., Shtefura E.A. // Aktualnyye voprosy meditsiny v sovremennykh usloviyah: Sbornik nauchnykh trudov po itogam mezhdunarodnoy nauchno- prakticheskoy konferentsii. – SPb.: ITsRON. – 2015. – P. 108–111.
4. Masyukova S.A. Infektsii, peredayushiesya polovym putem / S.A. Masyukova // Farmatsevticheskiy vestnik. – 2013. – № 5. – P. 25–29.
5. Berditskaya L.Yu. Sotsialnyye aspekty sifilisa u beremennykh i novorozh-dennykh, sovershenstvovanie mer pro-filaktiki / L.Yu. Berditskaya, T.A. Syrneva. – 2010. – Elektron. dan. – Rezhim dostupa: <http://www.dermato-log.ru/collections>
6. Issledovanie vliyaniya infektsiy, peredavaemykh polovym putem, i soput-stvuyusheyy patologii u beremennykh na gumoralnyy autoimmunitet / E.N. Volkova [i dr.] // Ros. zhurn. kozhnykh i venericheskikh bolezney. – 2011. – № 3. – P. 56–59.
7. Optimizatsiya farmakoterapii sochetannoy trihomonadno-hlamidiynoy infektsii. Innovatsii v meditsine: materialy shestoy mezhdunarodnoy distantsionnoy nauchnoy konferentsii posvyaschennoy 80-letiyu Kurskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta, Kursk, 2014. – P. 305–311.

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

8. Analiz pokazateley reproduktivnogo i somaticheskogo zdorov'ya u zhenshin s infektsiyami, peredavaemyimi polovym putem / I.G. Sergeeva [i dr.] // Vestn. dermatologii i venerologii. – 2010. – № 6. – P. 124–129
9. Kubanova A.A., Bakulev A.L., Gluzmin M.I. i dr. Klinicheskie rekomendatsii po vedeniyu bolnykh infektsiyami, peredavaemyimi polovym putem, i urogenitalnyimi infektsiyami. Klinicheskie rekomendatsii. M.; 2012. [Kubanova A.A., Bakulev A.L., Gluzmin M.I. et al. Clinical guidelines for managing patients with sexually transmitted infections and urogenital infections. Clinical recommendations. M.; 2012 (in Russ.)].
10. Newman L., Rowley J., Vander Hoorn S. et al. Global estimates of the prevalence and incidence of four curable sexually transmitted infections in 2012 based on Systematic review and global reporting. PLoS One. 2015;10: e0143304. DOI: 10.1371/journal.pone.0143304.
11. Markle W. Sexually transmitted diseases / W. Markle, T. Conti, M. Kad // Primary Care. – 2013. – Vol. 40, N 3. – P. 557–587.
12. Centers for Disease Control and Prevention Recommendations for the laboratory-based detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae, 2014 // Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report / Centers for Disease Control. – 2014. – Vol. 63, N Rr-02. – P. 1–19.
13. Workowski K.A. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015 / K.A. Workowski, G.A. Bolan // Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports / Centers for Disease Control. – 2015. – Vol. 64, N Rr-03. – P. 1–137.
14. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Update to CDC's Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010: oral cephalosporins no longer a recommended treatment for gonococcal infections / Centers for Disease Control and Prevention (CDC) // MMWR. Morbidity and mortality weekly report. – 2012. – Vol. 61, N 31. – P. 590–594.
15. Fuchs W Sexually transmitted infections / W. Fuchs, N.H. Brockmeyer // J. der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. – 2014. – Vol. 12, N 6. – P. 451–463.
16. Гланц С. Медико-биологическая статистика. Москва: Практика; 1999. 459 с.

DOI: 10.52705/2788-6190-2021-4-5
УДК 618.17/5-092-06:618.14

Особливості порушень менструальної та репродуктивної функції при поєднаній патології матки

С.Є. Гладенко

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

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

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети було проведено комплексне клініко-лабораторне, функціональне та імуногістохімічне обстеження 109 жінок з поєднаною патологією матки і порушенням репродуктивної функції. Пацієнтки були розподілені на групи: 1-а група (n=69) і 2-а група (n=19) були сформовані з пацієнток з хронічним ендометритом і супутньою генітальною патологією. У 3-ю групу (n=21) увійшли жінки після проведення різних внутрішньоматкових маніпуляцій.

Для вивчення нових аспектів патогенезу порушення репродуктивної функції у жінок з поєднаною патологією матки імуногістохімічне дослідження ендометрія проводили методом подвійних антитіл з імунопероксидазною (стрептовідин-біотиною) міткою, використовували серійні парафінові зрізи.

Результати. Ретроспективне вивчення наданої медичної допомоги продемонструвало, що бажання мати дітей стало причиною активного лікування у більшості обстежених жінок. Протизапальна (включаючи антибактеріальну) терапія раніше проведена в 93,3% хворих, причому в половині випадків – неодноразово. Гормональні препарати раніше призначалися 66,2% хворих. Ендоскопічні хірургічні втручання на органах репродуктивної системи виконані у 46,7% пацієнток. Більше половини жінок використовували програми допоміжних репродуктивних технологій, які не принесли бажаного ефекту.

Результати лабораторно-інструментального обстеження підтвердили наявність різних структурно-функціональних змін ендометрія, які могли бути самостійним чинником, що перешкоджає імплантації та успішному розвитку вагітності. Підвищення проангіогенного потенціалу відіграє значну роль в патогенезі поєднаної патології матки і порушень репродуктивної функції.

Заключення. 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.

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

Порушення репродуктивної функції жінок є наслідком безлічі причин, де матковий чинник становить 24–62% [1]. У структурі внутрішньоматкової патології переважає хронічний ендометрит, який більш ніж у 2 рази перевищує поширеність інших захворювань [2, 3]. Його частота найбільш висока (17,2–67,7%) у пацієнток із 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 із 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 невиношування вагітності, описані різні нозологічні структурно-функціональні зміни в ендометрії, які можуть бути самостійною причиною порушень репродуктивної функції, а саме:

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

Лікування при внутрішньоматковій патології зазвичай медикаментозне при хронічному ендометриті або хірургічне за наявності поліпів ендометрія, внутрішньоматкових синехій, перегородки, субмукозної міоми матки. Хірургічне втручання дозволяє відновити анатомічну цілісність порожнини матки в 93–96% випадків, тоді як вагітність настає лише у 15–50% жінок [1]. Лікарська терапія хронічного ендометриту недостатньо результативна, про що свідчить його висока частота у жінок з порушенням репродуктивної функції, які 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 вивчення патогенетичних особливостей порушень репродуктивної функції при поєднаній матковій патології.

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

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

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено комплексне клініко-лабораторне, функціональне та імуногістохімічне обстеження 109 жінок з поєднаною патологією матки і порушенням репродуктивної функції. Пацієнтки були розподілені на групи: 1-а група (n=69) і 2-а група (n=19) були сформовані з пацієнток з хронічним ендометритом і супутньою генітальною патологією. У 3-ю групу (n=21) були включені жінки після проведення 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 гемостазіограми;
- для 1-ї і 2-ї груп – наявність гістологічної верифікації хронічного ендометриту;
- для 3-ї групи – ехоплерометричних 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 (стрептовідин-біоти-

новою) міткою, використовували серійні парафінові зрізи. Як первинні антитіла використовували наступні моноклональні антитіла:

- CD138 – маркер плазматичних клітин («Novocastra Lab. Ltd»);
- CD68 – маркер моноцитів/макрофагів («Dako Cytomation»);
- EGF – епідермальний чинник росту («Sygma»);
- VEGF – судинний ендотеліальний чинник зростання («Dako Cytomation»);
- TNF- α – фактор 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»);
- колагени III і IV типів («Dako Cytomation»).

Визначення концентрації чинників ангиогенезу (VEGF, sVEGF-R1, sVEGF-R2) у сироватці крові і цервікальному 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 варіював від 22 до 39 років, достовірно по групах не відрізнявся і становив у середньому $32,0 \pm 0,7$ року. Переважали пацієнтки віком 30 і більше років.

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

У проведеному дослідженні частка хворих із захворюваннями, що передаються статевим шляхом, становила 37,2%, неспецифічні вагініти перенесли 71,3% жінок. Хронічний сальпінгофорит виявлений у 59,7% пацієнток, що в 4 рази перевищувало показники фертильних жінок. Невиношування вагітності в анамнезі і ускладнений перебіг післяабортного періоду фіксували 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 була приділена особлива увага вивченню супутньої патології репродуктивної системи. У 28,5% жінок, що увійшли до дослідження, 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 у 64,2% пацієнток. Тривалість хронічного ендометриту у пацієнток 1-ї і 2-ї груп становила $7,4 \pm 0,7$ і $6,5 \pm 0,7$ року відповідно. Ретроспективне вивчення наданої медичної допомоги засвідчило, що бажання мати дітей слугувало причиною активного лікування у більшості обстежених жінок. Протизапальна (включаючи антибактеріальну) терапія раніше проведена в 93,3% хворих, причому в половині випадків – неодноразово. Гормональні препарати раніше призначалися

66,2% хворих. Ендоскопічні хірургічні втручання на органах репродуктивної системи виконані у 46,7% пацієнток.

Більшість жінок використовували програми ДРТ, які не принесли бажаного ефекту. Кількість спроб варіювала від 1 до 18, становлячи у середньому $2,9 \pm 0,6$ спроб на пацієнтку. Водночас 82,2% хворих мали неодноразові невдачі.

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

Оцінювання клінічної картини у пацієнток з патологічними змінами порожнини 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, відзначені в 40,6% (1-а група – 46,7%; 2-а група – 36,8%; 3-я група – 23,8%), біль у нижніх відділах живота в 17% (1-а група – 17,9%; 2-а група – 18,4%; 3-я група – 11,9%), гіпоменорея – в 10,2% (1-а група – 8,6%; 2-а група – 10,5%; 3-я група – 11,9%) хворих.

Результати лабораторно-інструментального обстеження підтвердили 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 частини пацієнток. В останніх випадках плазматичні клітини були відсутні, але зберігалися запальні інфільтрати і фіброз. Імуногістохімічне дослідження ендометрія у жінок цієї групи продемонструвало, 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 ангіоархітекtonики 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 і 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 всіх наведених вище маркерів, але не сталося зміни експресії колагену III типу, переважаючого при хронічному ендометриті, і відновлення фізіологічного співвідношення стероїдних рецепторів.

Останніми роками при дослідженні патогенезу різних захворювань жіночої статеві сфери, значущих для реалізації репродуктивної функції, велику увагу приділяють стану системи ангіогенезу. Оцінка концентрації чинників ангіогенезу, проведена в 37 обстежених хворих 1-ї і 2-ї груп, виявила підвищення вмісту VEGF-A в 2,7 рази в плазмі крові і в 3,5 рази в цервікальному слизі, якому супроводжувала зміна концентрації його рецепторів.

Виявлений 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 в 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 унаслідок дії Th-1 цитокінів, підтримує високий рівень ангіогенезу в ендометрії.

Значний інтерес представляє виявлене нами істотне підвищення рівнів VEGF-A і sVEGF-R1 в цервікальному слизі у пацієнток з хронічним ендометритом і супутніми лейоміомою матки і генітальним ендометріозом (у жінок без супутніх лейоміом 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 в сироватці крові відповідно $304 \pm 89,1$ пг/мл і $292,1 \pm 54,6$ пг/мл; $p > 0,05$).

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

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що поєднана патологія матки є причиною порушень репродуктивної функції жінок. Встановлені патогенетичні особливості вказують на необхідність більш поглибленого вивчення даної проблеми для розроблення ефективного алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Особенности нарушений менструальной и репродуктивной функции при сочетанной патологии матки С.Е. Гладенко

Цель исследования: изучение патогенетических аспектов нарушений менструальной и репродуктивной функции при сочетанной патологии матки.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели было проведено комплексное клинико-лабораторное, функциональное и иммуногистохимическое обследование 109 женщин с сочетанной патологией матки и нарушением репродуктивной функции. Пациентки были распределены по группам: 1-я группа ($n=69$) и 2-я группа ($n=19$) были сформированы из пациенток с хроническим эндометритом и сопутствующей генитальной патологией. В 3-ю группу ($n=21$) вошли женщины после проведения различных внутриматочных манипуляций. Для изучения новых аспектов патогенеза нарушения репродуктивной функции у женщин с сочетанной патологией матки иммуногистохимическое исследование эндометрия проводили методом двойных антител с иммунопероксидазной (стрептовидин-биотиновой) меткой, использовали серийные парафиновые срезы.

Результаты. Ретроспективное изучение предоставленной медицинской помощи продемонстрировало, что желание иметь детей послужило причиной активного лечения у большинства обследованных женщин. Противовоспалительная (включая антибактериальную) терапия ранее проведена у 93,3% больных, причем в половине случаев – неоднократно. Гормональные препараты ранее назначались 66,2% больным. Эндоскопические хирургические вмешательства на органах репродуктивной системы выполнены у 46,7% пациенток. Большинство женщин использовали программы вспомогательных репродуктивных технологий, которые не принесли желаемый эффект.

Результаты лабораторно-инструментального обследования подтвердили наличие различных структурно функциональных изменений эндометрия, которые могли быть самостоятельным фактором, препятствующим имплантации и успешному развитию беременности. Повышение проангиогенного потенциала играет значительную роль в патогенезе сочетанной патологии матки и нарушений репродуктивной функции.

Заключение. 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.

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

Features of violations of menstrual and genesial function at combined pathology of uterus.

S.E. Gladenko

The objective: study of nosotropic aspects of violations of menstrual and genesial function at combined pathology of uterus.

Materials and methods. For the decision of the put purpose we conducted a complex clinical and laboratory, functional and immunohistochemical inspection 109 women with combined pathology of uterus and violation of genesial function. 1 (n=69) and 2 (n=19) groups were formed from patients with chronic endometritis and concomitant genital pathology. In 3 (n=21) groups there were the included women after different endometrial manipulations.

For the study of new aspects of pathogeny of violation of genesial function for women with combined pathology of uterus immunohistochemical researches of endometrium conducted the method of double antibodies with immunoperoxidase (streptavidin-biotinic) by a mark, used serial paraffin cuts.

Results. The retrospective study of the given medicare rotined that a desire to have children had served by reason of active treatment at the most inspected women. Anti-inflammatory (including antibacterial) therapy is before conducted at 93,3% patients, thus in the half of cases – repeatedly. Hormonal preparations were before appointed 66,2% to the patients. Endoscopic surgical interferences on the organs of the genesial system are executed for 46,7% patients. Used the more than half of women programs of auxiliary reproductive technologies which did not bring the desired effect.

The results of laboratory-instrumental inspection confirmed a presence different structurally functional changes of endometrium, which could be an independent factor, impedimental to implantation and successful development of pregnancy. The increase of proangiogenic potential plays a considerable role in pathogeny of combined pathology of uterus and violations of genesial function.

Conclusions. Combined pathology of uterus is reason of violations of genesial function of women. The set nosotropic features testify to the necessity of more deep study of this problem for development of effective algorithm of diagnostic and лечебно-профилактических measures.

Keywords: violations of genesial function, combined pathology of uterus, pathogeny.

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 authors

Gladenko Svitlana M. – Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 01011, Kyiv, 5 Arsenalna Str. E-mail: pror-first@nmapo.edu.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Грищенко В.И., Щербина Н.А. Женское бесплодие: состояние проблемы // Международный медицинский журнал. – 2015. – № 1. – С. 89–92.
2. Сметник В.П. Неоперативная гинекология / В.П. Сметник, Л.Г. Тумилевич. – Санкт-Петербург: СОТИС. – 2019. – 134 с.
3. Светлаков А.В. Формирование бластоцист 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. Шарাপова О.В. Современные проблемы охраны репродуктивного здоровья женщин: пути решения // Вопр. гинеко. акуш. перинат. – 2019. – Т. 2. – № 1. – С. 7–10.
5. Шуршалина А.В. Патогенетические подходы к терапии хронического эндометрита // Акушерство и гинекология. – 2019. – № 6. – С. 54–56.

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

Діагностичне значення оцінки цитокінового статусу при інфекційно-запальних захворюваннях піхви та шийки матки

І.Ю. Костюк

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

Мета дослідження: визначення особливостей цитокінового статусу при неспецифічних інфекційних захворюваннях піхви та шийки матки.

Матеріали та методи. Для виконання поставленої мети було виділено 9 профільних груп: I – умовно здорові (42 жінки), II – кандидоносійство (45 жінок), III – бактеріальний вагіноз (112 жінки), IV – неспецифічний вульвовагініт (107 жінок), V – гострий вульвовагінальний кандидоз (61 жінка), VI – хронічний вульвовагінальний кандидоз (76 жінок), VII – бактеріальний вагіноз + кандидозна інфекція (71 жінка), VIII – неспецифічний вульвовагініт + кандидозна інфекція (84 жінки), IX – бактеріальний вагіноз + неспецифічний вульвовагініт (63 жінки). Після розподілу пацієнток по групах проведені поглиблені імунологічні дослідження. Цитологічне, бактеріоскопічне і бактеріологічне дослідження вагінального секрету проводили традиційними методами.

Результати. Підвищення активності IL-4 спостерігали при кандидозній інфекції. При аеробно-грибкових асоціаціях відзначений виражений дисбаланс цитокінів: достовірне підвищення рівня IL-4, IL-6 при зменшенні кількості IL-1, IL-2, TNF- α , INF γ . Такі зміни цитокінового каскаду поєднуються зі зміною вираженості запальної реакції. Змішана аеробно-анаеробна інфекція супроводжувалася значними порушеннями системи локального імунітету. Активний синтез прозапальних цитокінів, що поєднується з депресією протизапальної ланки, супроводжується зниженням кількості і поглинальної активності фагоцитів.

Заключення. Результати проведених досліджень свідчать про істотну роль цитокінового статусу при оцінюванні стану місцевих чинників захисту у пацієнток з інфекційно-запальними захворюваннями піхви та шийки матки.

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

Ключові слова: інфекційно-запальні захворювання піхви та шийки матки, цитокіновий статус.

Результати багаточисельних досліджень останніх років продемонстрували, що інфекційно-запальні процеси, зокрема в піхві та шийці матки, беруть участь в розвитку акушерсько-гінекологічної патології, що визначає стан здоров'я не лише матері, але і плода [1–6]. У клініці захворювань спостерігають дві тенденції: по-перше, невідповідність тяжкості зовнішніх проявів і рівня патологічних змін в репродуктивній сфері, по-друге, невисока ефективність лікування, що проводиться, що призводить до фульмінантного перебігу з летальним результатом або до хронізації процесів [1–6].

Етіологічна структура збудників інфекційних процесів в останнє десятиліття істотно змінилася, що пов'язане з постійною еволюцією бактерій і залученням до патологічних процесів умовно-патогенних мікроорганізмів (УПМ) [2, 3]. У зв'язку з подвійною природою останніх – УПМ як коменсали присутні у складі нормальної мікрофлори здорових людей, а також реєструються як етіопатогени при різних місцевих і генералізованих процесах – у клініцистів нерідко виникають складнощі під час оцінювання результатів обстеження, визначенні доцільності лікування, що призначається, і виборі лікарських препаратів [4, 5].

У діагностиці неспецифічних інфекцій до останнього часу вирішальне значення при визначенні етіологічної значущості надавалося чисельності виявлених мікроорганізмів в ураженому органі, а в разі мікст-інфекції – встановленню кількісних співвідношень між асоціантами. Проте багато дослідників [1–6] в подібних ситуаціях часто більш істотним визнають визначення у виділених культур чинників патогенності. Цінність цього критерію підвищується при виявленні не одного, а декількох чинників вірулентності, особливо в патогенетично значущій дозі і рівні активності.

Вирішення питання щодо етіологічної ролі УПМ в осередку ураження полегшується при з'ясуванні у відповідь реакції макроорганізму в зоні первинної колонізації, оскільки ступінь реактивності і динамічні зміни показників локальних чинників неспецифічного захисту значною мірою відображають «поведінку» умовного патогену як коменсала або збудника інфекційного процесу. Комплексний підхід, що враховує як біологічні особливості УПМ, так і специфіку локальної реакції у відповідь макроорганізму, розроблення нових інформативних і доступних для практики критеріїв, що дозволяють визначити роль ізольованих штамів в патологічному процесі при неспецифічних інфекційних захворюваннях піхви та шийки матки (НІЗПШМ), представляється актуальною і нагальною проблемою, яка потребує вирішення.

Попри значну кількість наукових досліджень з проблеми НІЗПШМ не можна вважати всі питання повністю вирішеними, особливо в аспекті змін цитокінового статусу при даній патології.

Мета дослідження: вивчення особливостей цитокінового статусу при НІЗПШМ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для детального аналізу інфекційних захворювань репродуктивної сфери була розроблена власна карта обліку, в якій виділені змішані форми інфекції різної етіології (вірусно-бактеріальні, бактеріально-грибові тощо).

Після оформлення згоди на медичне втручання і відповідно до критеріїв включення і виключення було сформовано декілька груп.

Критерії включення у дослідження:

- вік обстежуваних від 20 до 45 років;
- скарги на патологічні виділення зі статевих шляхів;

- встановлення діагнозу вульвовагінального кандидозу (ВБК), бактеріального вагінозу (БВ), неспецифічного вульвовагініту (НВВ) або змішаних бактеріально-грибкових або аеробно-анаеробних бактеріальних інфекцій піхви та шийки матки;
- пацієнтки, обстежені особисто автором.

Критерії виключення з дослідження:

- вживання гормональної або внутрішньоматкової контрацепції;
- наявність ектопії шийки матки, гострого чи загострення хронічного екстрагенітального або гінекологічного захворювання;
- позитивний тест на ВІЛ, сифіліс;
- позитивні тести на *M. genitalium*, *C. trachomatis*, вірус папіломи людини (ВПЛ), вірус простого герпесу (ВПГ), цитомегаловірус (ЦМВ), *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*.

У результаті було виділено 9 профільних груп:

- I група – умовно здорові (42 жінки),
- II група – кандидоносійство (45 жінок),
- III група – бактеріальний вагіноз (112 жінок),
- IV група – неспецифічний вульвовагініт (107 жінок),
- V група – гострий вульвовагінальний кандидоз (61 жінка),
- VI група – хронічний вульвовагінальний кандидоз (76 жінок),
- VII група – бактеріальний вагіноз + кандидозна інфекція (71 жінка),
- VIII група – неспецифічний вульвовагініт + кандидозна інфекція (84 жінки),
- IX група – бактеріальний вагіноз + неспецифічний вульвовагініт (63 жінки).

Після розподілу пацієнток по групах були проведені поглиблені імунологічні дослідження. Цитологічне, бактеріоскопічне і бактеріологічне дослідження вагінального секрету проводили традиційними методами.

Визначення рівня цитокінів периферичної крові і вагінальної рідини проводили методом твердофазного імуноферментного аналізу відповідно до загальноприйнятих рекомендацій. Для дослідження використовували набори стандартних реагентів ProCon IL-1, IL-2, IL-6, IL-4, TNF- α , IFN- γ .

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що характерні клінічні ознаки (сирністі виділення, запах протухлої риби, виражена дифузна гіперемія слизової оболонки) реєструються лише при моноформах захворювання (кандидоз, бактеріальний вагіноз, неспецифічний вульвовагініт), а утворення різних бактеріальних і бактеріально-грибкових асоціацій мікроорганізмів у вагінальному біотопі призводить до зміни клінічної картини і формування малосимптомних форм захворювання.

Приєднання грибів роду *Candida* до мікробіоценозу, характерного для бактеріального вагінозу, найчастіше реалізують у вигляді кандидоносійства (76,1%). Навпаки, при неспецифічному вульвовагініті гриби залучаються до інфекційного процесу значно частіше (58,3%), при цьому їхня участь у складі бактеріально-грибкових асоціацій формує складний комплекс змін, що спотворюють клінічні симптоми як неспецифічного вульвовагініту, так і власне кандидозу.

Оцінювання якісного і кількісного складу мікрофлори вагінального біотопу, заснована на екологічних принципах. Використання оригінальних індексів відносної різноманітності і домінування облігатних і транзиторних видів мікроорганізмів за-

безпечує велику стандартність і об'єктивність обліку результатів бактеріологічного дослідження.

Аналіз функціональної активності УПМ, які ізолюються при неспецифічних інфекційних захворюваннях піхви та шийки матки, що дозволяє розрізняти штами за ступенем патогенності, може бути додатковим критерієм у визначенні їхньої етіологічної значущості і диференціюванні стану «здорового носійства» від інфекційного процесу.

Як відомо, умовно-патогенні бактерії є сапрофітами-коменсалами і розвиток інфекційного процесу за їхньою участю можливий при порушенні в системі протиінфекційного захисту. З урахуванням особливостей етіології і переважно локальної природи НІЗПШМ можна було очікувати різний ступінь участі компонентів цитокінового статусу.

Згідно з отриманими результатами, підвищення активності IL-4 спостерігали при кандидозній інфекції, переважання Th2 ефектів стає більш вираженим при хронічній формі, що призводить до порушень антитілоутворення (IgA – $0,21 \pm 0,035$ г/л, IgG – $0,31 \pm 0,127$ г/л; $p1-6 < 0,05$) і фунгіцидної активності макрофагів (здорові: кількість макрофагів – $391,8 \pm 98,16$ абс. число клітин в мкл, фагоцитарний показник – $34,7\%$, фагоцитарне число – $0,6 \pm 0,06$, фагоцитарний індекс – $1,7 \pm 0,17$; хронічний ВБК: кількість макрофагів – $2197,1 \pm 205,63$ абс. число клітин в мкл, фагоцитарний показник – $19,9 \pm 1,24$, фагоцитарне число – $0,3 \pm 0,05$, фагоцитарний індекс – $1,4 \pm 0,24$).

За наявності аеробно-грибкових асоціацій спостерігається виражений дисбаланс цитокінів: достовірне підвищення рівня IL-4, IL-6 при зменшенні кількості IL-1, IL-2, TNF- α , INF γ . Такі зміни цитокінового каскаду поєднуються зі зміною вираженості запальної реакції (кількість нейтрофільних гранулоцитів: БВ + кандидоінфекція – $7623,1 \pm 215,13$, НВВ + кандидоінфекція – $16148,4 \pm 164,96$ клітин в мкл; кількість макрофагів: БВ + кандидоінфекція – $1676,2 \pm 277,36$, НВВ + кандидоінфекція – $2302,6 \pm 337,44$ клітин в мкл) і зниженням активності лізоциму ($0,27 \pm 0,074$ ум.од. і $0,25 \pm 0,056$ ум.од. відповідно).

Змішана аеробно-анаеробна інфекція супроводжувалася значними порушеннями системи локального імунітету. Активний синтез прозапальних цитокінів, що поєднується з депресією протизапальної ланки, супроводжується зниженням кількості і поглинальної активності фагоцитів (кількість нейтрофільних гранулоцитів – $11801,2 \pm 1309,90$ клітин в мкл, фагоцитарний показник – $22,0 \pm 4,84\%$, фагоцитарне число – $0,3 \pm 0,06$, фагоцитарний індекс – $1,2 \pm 0,44$), зменшенням кількості IgA, IgM в порівнянні з НВВ. Наголошується виражене зниження активності чинників неспецифічного захисту (кількість лізоциму – $0,22 \pm 0,041$ ум.од.).

Дослідження щодо вивчення інфекційної патології часто неоднозначні, тобто розглядають або якісні і кількісні характеристики мікрофлори, або оцінюють стан макроорганізму, що не сприяє формуванню цілісної картини етіопатогенезу захворювання. Крім того, при вивченні взаємодії макро- і мікроорганізму, разом з визначенням видової приналежності, необхідно особливу увагу приділяти ступеню патогенності збудника. На сьогодні вже неприпустимо проводити діагностику генітальних інфекцій на використанні лише одного методу і лише за результатами виявлення будь-якого одного мікроорганізму, який потенційно може бути причиною запального процесу.

Встановлено зв'язок між клініко-лабораторними особливостями вивчених станів і біологічними властивостями штамів *C. albicans*, виділених від різних пацієнтів. Разом з порівняльним аналізом морфологічних і культуральних характеристик грибкових культур особливий інтерес представляло визначення їхньої фосфоліпазної активності, яка розглядається як основний, корелюючий з іншими, чинник патогенності *C. albicans*. Відзначено, що в тих випадках, коли можна було перед-

бачати участь *C. albicans* в інфекційному процесі як монозбудник або співчлен паразитоценозу, реєстрували достовірно значиме збільшення ступня їх вірулентності. Розміри клітин варіювали, але частіше були нижче за середні величини. Коефіцієнт вірулентності, що корелює з рівнем фосфоліпазної активності, коливався в межах 0,3-0,9 і зазвичай перевищував 0,5.

Відзначена також залежність від температурного чинника, а саме: швидкість росту «вірулентних» варіантів при кімнатній температурі значно сповільнювалася, або зростання взагалі було відсутнє, що типово для збудників інфекційно-запальних захворювань. У тих випадках, коли кандиди виявляли у практично здорових жінок або як «випадкові», транзиторні компоненти на тлі неспецифічного вагініту або БВ, коефіцієнт вірулентності виділених штамів був завжди нижчий 0,3, просліджувалася тенденція до збільшення розмірів клітин. При цьому культури однаково добре росли і за кімнатної температури, і за температури 37 °С.

Слід зазначити, що при уточненні діагнозу для диференціації станів, пов'язаних з інфікуванням *C. albicans* і оцінюванням їхнього вкладу в інфекційний процес, разом з традиційними клініко-лабораторними тестами доцільно вивчати наведені вище властивості мікробних культур, що виділяються.

Вважаємо, що доцільно застосовувати такий підхід і за наявності інших НІЗПШМ, оскільки це сприяє розшифруванню етіологічної значущості ізолюваних УПМ.

У разі виникнення і розвитку патологічних процесів у піхві істотне значення має рН вагінального секрету, рівень якого може впливати і на стан мікрофлори, і на фармакологічні властивості препаратів, що призначаються. У нормі рН вагінального середовища становить 3,8–4,2, що стримує ріст і розмноження «небажаних» транзиторних видів мікроорганізмів, які реєструють у вагінальному біотопі.

Порушення у складі мікрофлори, пов'язані з надмірним ростом аеробних і факультативно анаеробних бактерій, таких, що виявляються зазвичай клінікою неспецифічного вагініту, супроводжуються зміною рН в лужну сторону. Ще більш виражене лужне середовище фіксують у піхві при інтенсивному розмноженні анаеробних бактерій, що асоціюються з БВ. Це призводить не лише до зміни властивостей *C. albicans*, а й впливає на антимікотичну дію препаратів як безпосередньо (за рахунок зміни їхньої фунгіцидній активності), так і опосередковано (через зміну морфофункціонального стану клітин збудника).

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень демонструють істотну роль цитокинового статусу під час оцінювання стану місцевих чинників захисту у пацієнток з інфекційно-запальними захворюваннями піхви та шийки матки.

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

Диагностическое значение оценки цитокинового статуса при инфекционно-воспалительных заболеваниях влагалища и шейки матки И.Ю. Костюк

Цель исследования: изучение особенностей цитокинового статуса при неспецифических инфекционных заболеваниях влагалища и шейки матки.

Материалы и методы. Для выполнения поставленной цели было выделено 9 профильных групп: I – условно здоровые (42 женщины), II – кандидоносительство (45 женщин), III – бак-

териальный вагиноз (112 женщины), IV – неспецифический вульвовагинит (107 женщин), V – острый вульвовагинальный кандидоз (61 женщина), VI – хронический вульвовагинальный кандидоз (76 женщин), VII – бактериальный вагиноз + кандидозная инфекция (71 женщина), VIII – неспецифический вульвовагинит + кандидозная инфекция (84 женщины), IX – бактериальный вагиноз + неспецифический вульвовагинит (63 женщины).

После распределения пациенток по группам были проведены углубленные иммунологические исследования. Цитологическое, бактериоскопическое и бактериологическое исследования влагалищного секрета проводили традиционными методами.

Результаты. Повышения активности IL-4 наблюдали при кандидозной инфекции. При аэробно-грибковых ассоциациях отмечен выраженный дисбаланс цитокинов: достоверное повышение уровня IL-4, IL-6 при уменьшении количества IL-1, IL-2, TNF- α , INF γ . Такие изменения цитокинового каскада совмещаются с изменением выраженности воспалительной реакции. Смешанная аэробно-анаэробная инфекция сопровождалась значительными нарушениями системы локального иммунитета. Активный синтез провоспалительных цитокинов, который совмещается с депрессией противовоспалительного звена, сопровождается снижением количества и поглотительной активности фагоцитов.

Заключение. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной роли цитокинового статуса при оценке состояния местных факторов защиты у пациенток с инфекционно-воспалительными заболеваниями влагалища и шейки матки.

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

Ключевые слова: инфекционно-воспалительные заболевания влагалища и шейки матки, цитокиновый статус.

Diagnostic value of estimation of cytokine status at the infectious-inflammatory diseases of vagina and neck of uterus

I. Yu. Kostyuk

The objective: study of features of cytokine status at the heterospecific infectious diseases of vagina and neck of uterus.

Materials and methods. For the performance of the put goal 9 type groups were selected: I – de bene esse healthy (42 women), II – candidacy (45 women), III – bacterial vaginosis (112 women), IV is a heterospecific vulvovaginitis (107 women), V is sharp вульвовагинальный candidiasis (61 woman), VI is chronic vulvovaginal candidiasis (76 women), VII – bacterial vaginosis + candida infection (71 woman), VIII is a heterospecific vulvovaginitis + candida infection (84 women), IX – bacterial vaginosis + heterospecific vulvovaginitis (63 women).

After distributing of patients on groups the conducted deep immunological researches. Cytological, bacterioscopy and the bacteriological of vaginal secret was conducted by traditional methods.

Results. The increases of activity of IL-4 looked after at a candida infection. At aerobic-mycotic associations the expressed disbalance of cytokine is marked: reliable increase of level of IL-4, IL-6 at diminishing of amount of IL-1, IL-2, TNF- α , INF γ . Such changes of cytokine cascade are combined with a change to expressed to the inflammatory reaction. The mixed aerobic-anaerobic infection was accompanied by considerable violations of the system of local immunity. The active synthesis of proinflammatory cytokine, which is combined with depression of anti-inflammatory link, is accompanied by the decline of amount and absorptive activity of phagocytes.

Conclusion. The results of the conducted researches testify to the substantial role of cytokine status at the estimation of the state of local factors of defence for patients with the infectious-inflammatory diseases of vagina and neck of uterus.

The got results must be taken into account at development of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic measures.

Keywords: infectious-inflammatory disease of vagina and neck of uterus, cytokine status.

Відомості про автора

Костюк Ірина Юріївна – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9

Сведения об авторе

Костюк Ирина Юрьевна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национального университета здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, 04107, г. Киев, ул. Дорогожичская, 9

Information about the authors

Kostyuk Iryna Yu. – Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 04107, Kyiv, 9, Dorohozhytska Str.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Карпунина Т.И. Сложности диагностики и лечения вагинального кандидоза, ассоциированного со стафилококковой инфекцией // Вестник Российской военно-медицинской академии. Приложение. – 2017. – Ч. 1. – № 1 (17). – С. 487.
2. Карпунина Т.И. Микрофлора влагалища и сенсibilизация к микробным антигенам у женщин с привычным невынашиванием беременности // Вестник Российской военно-медицинской академии. Приложение. – 2018. – Ч. II. – № 2 (22). – С. 569–570.
3. Олина А.А. Местный иммунитет и локальная иммунотерапия эктопии шейки матки // Журнал акушерства и женских болезней. – 2017. – Т. LV. – Вып. 4. – С. 71–76.
4. Олина А.А. Эпидемиологические и микробиологические аспекты неспецифических инфекционных заболеваний влагалища / А.А. Олина // Уральский медицинский журнал. Гигиена и эпидемиология. – 2018. – № 8 (48). – С. 160–163.
5. Падруль М.М. Состояние микробиоценоза влагалища при бактериальном вагинозе // Бюллетень ВСЦН СО РАМН. – 2019. – Т. 10. – № 4. – С. 119–121.
6. Ширева Ю.В. Аэробный вагинит – реальная угроза сохранению репродуктивного здоровья // Здоровье и образование ребенка: материалы X Всерос. науч.-практ. конф. – Пермь, 2019. – С. 428–430.

Діагностична роль гістероскопії при поєднаній патології матки

Ю.М. Садигов

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

Мета дослідження: гістероскопічне оцінювання поєднаної патології матки в постменопаузальний період.

Матеріали та методи. Матеріалом дослідження були дані проспективного обстеження 171 хворої у постменопаузальний період. Усі пацієнтки пройшли повне клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження. У ході поглибленого обстеження були сформовані дві клінічні групи. До основної групи увійшли 89 жінок з наявністю метаболічного синдрому, до контрольної групи – 82 жінки, що не мають метаболічного синдрому. Основну групу було розподілено на дві підгрупи: 1-а підгрупа – 30 жінок з ізольованою формою патології ендометрія, 2-а підгрупа – 59 жінок з поєднаною патологією матки. Контрольну групу також було розподілено на дві підгрупи: 1-а підгрупа – 48 пацієнток з ізольованою патологією ендометрія, 2-а підгрупа – 34 жінки з поєднаною формою проліферативних процесів матки.

До комплексу обстеження жінок, що перебували під спостереженням, входили ретельний збір анамнезу життя і захворювання, об'єктивне обстеження та додаткові методи обстеження: гістероскопія за загальноприйнятими методиками.

Результати. При гістероскопічному дослідженні у жінок основної групи (в обох підгрупах) частіше зустрічалася гіперплазія ендометрія, тоді як в контрольній групі жінок, що мають ізольовану патологію ендометрія, частіше фіксували атрофію ендометрія. Збіг висновків морфологічного дослідження зіскрібків ендометрія і гістероскопічних досліджень виявлений у 156 (91,22%) жінок.

До комплексного обстеження хворих входила також проста і розширена кольпоскопія шийки матки з подальшою прицільною біопсією. Патологія ектоцервікса підтверджувалася даними морфологічного дослідження біоптатів.

Заключення. Результати проведених досліджень свідчать про високий ступінь інформативності гістероскопічного оцінювання поєднаної патології матки у жінок у постменопаузальний період.

Встановлені особливості необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у цих пацієнток.

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

Актуальність вивчення особливостей клініки, діагностики і тактики ведення жінок в постменопаузальний період з поєднаною патологією матки зумовлена значним поширенням даної патології в цьому віці (15–35% кількості звернень в гінекологічні відділення) і значною частотою рецидивів – до 38% [1–4]. Клінічні прояви при цьому характеризуються виникненням рецидивних маткових кровотеч на тлі гіперпластичних або

атрофічних станів ендометрія, що призводять до тимчасової втрати працездатності і зниження якості життя, що найактуальніше в плані онкологічної настороженості [5–8].

Складність ведення даного контингенту хворих обумовлена тим, що в постменопаузальний період вже є зазвичай соматичні захворювання:

- гіпертонічна хвороба,
- остеохондроз,
- ендокринна патологія,
- метаболічні порушення,
- функціональні зміни центральної нервової системи.

Цей контингент пацієнток зазвичай не організований, що знижує частоту профілактичних оглядів і збільшує ступінь занедбаності захворювання [1, 6].

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

З огляду на викладене вище представляється актуальним і перспективним обґрунтування і розроблення клінічної системи діагностики і тактики ведення жінок з поєднаною патологією матки в постменопаузальний період.

Мета дослідження: гістероскопічне оцінювання поєднаної патології матки в постменопаузальний період.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети проведено ретроспективний аналіз історій хвороби 128 жінок і проспективне вивчення 171 пацієнтки з кровотечами в постменопаузальний період. Серед ретроспективно вивчених пацієнток виділена група порівняння – 61 жінка з поєднаною патологією матки (ППМ) в постменопаузальний період (для порівняння методів лікування даного контингенту).

З цього дослідження були виключені пацієнтки, в яких при патоморфологічному дослідженні виявлені злоякісні або передракові зміни ендо- і міометрія. Водночас не можна не відзначити, що такі поєднання патологій, як метаболічний синдром (МС), лейоміома матки (ЛМ) і атрофія ендометрія (АЕ) (на тлі метроррагії); МС, ЛМ і гіперплазія ендометрія (ГЕ); рецидивна гіперплазія ендометрія (РГЕ), що є доброякісними з точки зору патоморфолога, проте враховуючи вік пацієнток і комплексність ушкодження, можуть розглядатися передраковими з позиції клініциста.

Матеріалом дослідження були дані проспективного обстеження 171 хворої в постменопаузальний період. Усі пацієнтки пройшли повне клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження. У ході поглибленого обстеження були сформовані дві клінічні групи.

До основної групи увійшли 89 жінок з наявністю МС; до контрольної групи – 82 жінки, що не мають МС.

Основна група була розподілена на дві підгрупи:

- 1-а підгрупа – 30 жінок з ізольованою формою патології ендометрія
- 2-а підгрупа – 59 жінок із ППМ.

Контрольна група також була розподілена на дві підгрупи:

- 1-а підгрупа – 48 пацієнток з ізольованою патологією ендометрія
- 2-а підгрупа – 34 жінки з поєднаною формою ППМ.

Діагностика МС ґрунтувалася на критеріях, затверджених ВООЗ.

У поняття ППМ було об'єднано патологію ендо- і міометрія: патологію ендометрія поєднано з ЛМ, патологію ендометрія і аденоміоз (АМ), АМ і ЛМ, а також всі три патології водночас. У поняття патології ендометрія були включені гіперпластичні

процеси ендометрія (ГПЕ), поліпи ендометрія (ПЕ), залозиста гіперплазія ендометрія (ЗГЕ) та АЕ (за умови наявності метроррагії).

До комплексу обстеження жінок, що взяли участь у дослідженні, входили:

- ретельний збір анамнезу життя і захворювання,
- об'єктивне обстеження,
- додаткові методи обстеження: гістероскопія за загальноприйнятими методиками.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При обстеженні пацієнток обох груп були виявлені наступні види ППМ:

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

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

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

Отже, в основній групі достовірно частіше діагностовані поєднання ЛМ і ЗГЕ, ЛМ і ПЕ, при ізольованій формі патології ендометрія (ІПЕ) також в групі з МС частіше зустрічалися ПЕ. 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 ендометрія, було відзначено, що в основній групі з наявністю ізольованої патології ендометрія середній вік жінок становив 60,51±1,51 року, із ППМ – 57,86±0,99 року, в контрольній групі з ІПЕ – 60,54±1,34 і із ППМ – 58,02±1,53 року ($p>0,05$). Отже, вік хворих був трохи меншим у підгрупах із ППМ ($p>0,05$) обох груп.

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

Кожна з проспективно обстежених груп зі свого боку були розділені на підгрупи за тривалістю постменопаузального періоду:

- до 5 років,
- 6–10 років,
- більше 11 років.

Жінки з проявами МС і ізольованою патологією ендометрія за тривалістю постменопаузального періоду були розподілені таким чином: тривалість постменопаузального періоду до 5 років – у 10 (33,33±3,06%), 6–10 років – в 10 (33,33±3,06%), більше 11 років – у 10 (33,34±3,06%) пацієнток. Серед пацієнток без проявів МС з ізольованою формою патології ендометрія було у 17 (35,42±3,90%), у 17 (35,42±3,90%), у 14 (29,17±2,56%) жінок відповідно.

Клінічна симптоматика у спостережуваних жінок відрізнялася значною різноманітністю симптомів, що зумовлене різними чинниками:

- тривалістю захворювання,
- поєднанням декілька патологічних процесів статевих органів,
- особливостями попереднього лікування, що проводиться,
- соматичною патологією.

Клінічна картина гіперпластичних процесів матки в обстежуваних жінок характеризувалася матковими кровотечами (різного ступеня вираженості і тривалості) і болізовим синдромом.

При проведенні гістероскопії виявлено підслизову локалізацію вузла в групі жінок з МС в 4 ($6,78 \pm 0,27\%$) випадках і в групі пацієнток, що не мають МС – в 3 ($8,82 \pm 0,86\%$). Збіг результатів з морфологічним діагнозом становив $87,50\%$.

У дослідженнях АМ 1-ї стадії вдалося виявити в основній групі в 3 ($5,08 \pm 1,85\%$) випадках, збіг з гістологічним діагнозом – у $80,0\%$; у групі контролю відповідно в 2 ($5,88 \pm 1,03\%$), збіг з гістологічним діагнозом – у $85,71\%$.

Поліпи в постменопаузальний період часто фіксують на тлі атрофічного ендометрія, при цьому спостерігаються поліпоподібні розростання від $0,5$ см до $2,0$ см і більше. У даному дослідженні при гістероскопії поліпи ендометрія виявлені в групі із ППМ і МС у 30 ($50,85 \pm 4,50\%$) жінок, в групі без МС і ППМ – в 20 ($58,82 \pm 5,44\%$); в основній групі з ІПЕ – у 18 ($60,00 \pm 5,99\%$) жінок, у контрольній з ізольованою патологією ендометрія – в 22 ($45,83 \pm 4,19\%$; $p < 0,05$). Збіг гістероскопічного і гістологічного висновків становив в групі пацієнток з МС і поєднаною патологією матки $90,62\%$ і з ізольованою патологією ендометрія – $94,44\%$; у групі без МС – $93,10\%$ і $90,90\%$ відповідно.

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

Ознаки, характерні для гіперпластичного процесу ендометрія (прості форми): потовщення ендометрія більше 5 мм; ендометрій створює складки різної висоти (феномен «пастки»), блідо-рожевого кольору з вираженим судинним малюнком. На поверхні слизової оболонки при кістозній формі гіперплазії була видимою велика кількість проток залоз (прозорі крапки) і кістозних порожнин діаметром 2 – 3 мм. При зміні швидкості подачі рідини наголошувався хвилюподібний рух ендометрія (феномен «водних рослин»).

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

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

Збіг висновків морфологічного дослідження зіскрібків ендометрія і гістероскопічних досліджень виявлено у 156 ($91,22\%$) жінок.

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

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

Залозисто-м'язова гіпертрофія шийки матки зафіксована у 7 ($11,86 \pm 2,24\%$) пацієнток основної групи із ППМ і в 3 ($8,82 \pm 0,86\%$) жінок контрольної групи. Частим було поєднання доброякісної зони трансформації із залозисто-м'язовою гіпертрофією. Дифузна атрофія епітелію шийки матки поєднано із запаленням слизової оболонки піхви та екзоцервікса діагностована у 6 ($10,57 \pm 1,93\%$) жінок з МС і у 4 ($11,76 \pm 2,04\%$) пацієнток без МС. Рубцева деформація шийки матки діагностована у 5 ($8,47 \pm 1,62\%$) жінок із ППМ в основній групі, в групі контролю – у 4 ($11,76 \pm 2,04\%$).

Поліп цервікального каналу виявлено у 5 ($8,47 \pm 1,62\%$) пацієнток із ППМ в основній групі; у групі контролю із ППМ – у 3 ($8,82 \pm 0,86\%$). У поліпах ендоцервікса в 75,65% випадків наголошувалася плоскоклітинна гіперплазія з резервних клітин циліндрового епітелію, що виникає зазвичай на тлі запальних процесів. Елонгацію шийки матки діагностовано у 3 ($5,08 \pm 0,85\%$) пацієнток із ППМ у групі з ознаками МС і у 2 ($5,88 \pm 1,03\%$) жінок із ППМ – у групі без МС.

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

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

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

Наведені дані дозволяють дійти висновку, що в обстежених хворих значно поширені супутні патологічні стани шийки матки з переважанням фонових процесів. Ендоцервіцит і поліп цервікального каналу мають достовірно значущі відмінності в обох підгрупах основної і контрольної груп, що свідчить про безперечну роль запального компоненту в патогенезі даної патології. Достовірно частіше в обох підгрупах основної групи зустрічалися поєднання декількох фонових процесів шийки матки.

Слід зазначити, що найбільшу достовірність діагностики ППМ у хворих постменопаузального віку (97,3%) вдалося досягти послідовним вживанням даних методів, тоді як кожен з них окремо міг давати діагностичні помилки. Підтвердженням високої діагностичної цінності подібного алгоритму була значна частка збігів клінічного і морфологічного діагнозу у прооперованих пацієнток. Крім того, в алгоритм обстеження хворих даної групи, враховуючи безперечну синхронність розвитку проліферативних процесів статеві сфери жінки, необхідно включати адекватне ендоскопічне обстеження ендо- й екзоцервіксу.

ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать про високий ступінь інформативності гістероскопічної оцінки поєднаної патології матки у жінок постменопаузального віку. Встановлені особливості необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у цих пацієнток.

Диагностическая роль гистероскопии при сочетанной патологии матки Ю.М. Садыгов

Цель исследования: гистероскопическая оценка сочетанной патологии матки в постменопаузальный период.

Материалы и методы. Материалом исследования были данные проспективного обследования 171 больной в постменопаузальный период. Все пациентки прошли полное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование. В ходе углубленного обследования были сформированы две клинических группы. В основную группу вошли 89 женщин с наличием метаболического синдрома, в контрольную группу – 82 женщины без метаболического синдрома. В основной группе были выделены две подгруппы: 1-я подгруппа – 30 женщин с изолированной формой патологии эндометрия, 2-я подгруппа – 59 женщин с сочетанной патологией матки. В контрольной группе также были выделены две подгруппы: 1-я подгруппа – 48 пациенток с изолированной патологией эндометрия, 2-я подгруппа – 34 женщины с сочетанной формой пролиферативных процессов матки.

В комплекс обследования женщин, находившихся под наблюдением, входили: тщательный сбор анамнеза жизни и заболевания, объективное обследование, дополнительные методы обследования: гистероскопия по общепринятым методикам.

Результаты. При гистероскопическом исследовании у женщин основной группы (в обеих подгруппах) чаще встречалась гиперплазия эндометрия, тогда как в контрольной группе женщин с изолированной патологией эндометрия чаще фиксировали атрофию эндометрия. Совпадение выводов морфологического анализа соскобов эндометрия и гистероскопических исследований выявлено у 156 (91,22%) женщин.

В комплексное обследование больных входила также простая и расширенная кольпоскопия шейки матки с последующей прицельной биопсией. Патология экзоцервикса подтверждалась данными морфологического исследования биоптатов.

Заключение. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой степени информативности гистероскопической оценки сочетанной патологии матки у женщин постменопаузального возраста.

Выявленные особенности необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у этих пациенток.

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

Diagnostic role of hysteroscopia at complex pathology of uterus Yu.M. Sadygov

The objective: hysteroscopic estimation of complex pathology of uterus in postmenopausal period.

Materials and methods. Information of prospective inspection appeared research material 171 patient in a postmenopausal period. All patients passed a complete clinical, laboratory and instrumental inspection. During a deep inspection two clinical groups were formed. In a basic group 89 women entered with the presence of metabolic syndrome; a control group was made by 82 women, not having a metabolic syndrome. Into a basic group two sub-groups of women are selected: 1 – with the isolated form of pathology of endometrium (30) and 2 – with complex

pathology of uterus (59); in a control group observed accordingly: a 1 sub-group is 48 patients with the isolated pathology of эндометрия and 2 a sub-group is 34 women with the complex form of пролиферативных processes of uterus.

In the complex of inspection of women, being under a supervision, entered: careful collection of anamnesis of life and disease, objective inspection, additional methods of inspection: гистепоскопия on the generally accepted methods.

Results. At hysteroscopic research the women of basic group (in both sub-groups) had hyperplasia of endometrium more frequent, while in the control group of women, having the isolated pathology of endometrium, more frequent the noted atrophy of endometrium. Coincidence of conclusions of morphological research of scraping endometrium and hysteroscopic researches exposed for 156 (91,22%) women.

In the complex inspection of patients simple and extended colposcopy of neck of uterus entered also with a subsequent aiming biopsy. Pathology of exocervix was confirmed by given morphological research of biopsies.

Conclusion. Results of the spent researches testifies about high degree information hysteroscopic estimation complex pathologies of a uterus at women postmenopausal period.

The established features are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions at these patients.

Keywords: complex uterus pathology, postmenopausal period, hysteroscopia.

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: pror-first@nmapo.edu.ua

Сведения об авторе

Садыгов Юрий Мехдийович – 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

Sadygov Yuri M. – 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. Адамьян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамьян, В.И. Кулаков. – М.: Медицина, 2018. – 320 с.
2. Аккер Л.В. Течение постовариэктомического синдрома в постменопаузальном периоде. Особенности метаболических изменений и их коррекция заместительной гормональной терапией / Л.В. Аккер, А.И. Гальченко, Т.С. Таранина // Акушерство и гинекология. – 2017. – № 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., 2018. – С. 6–7.
4. Беляков Н.А. Метаболический синдром у женщин / Н.А. Беляков и др. – СПб.: СПб МАПО, 2020. – 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. // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2019. – № 2. – С. 67–72.
7. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии: Руководство для врачей / Е.М. Вихляева. – М.: МИА, 2016. – 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.

DOI: 10.52705/2788-6190-2021-4-8
УДК 618.5-089.888.61-055.2-053.84.86

Тактика прогнозування спайкового процесу після ургентних гінекологічних операцій

В.А. Терехов

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Мета дослідження: вивчення залежності вираженості спайкового процесу у гінекологічних хворих з урахуванням кількості та об'єму попередніх операцій.

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети обстежено і проведено хірургічне лікування лапароскопічним доступом у 304 пацієнток, що перенесли раніше оперативні втручання на органах черевної порожнини і малого тазу.

Усіх хворих було розподілено на три групи залежно від кількості і характеру перенесених операцій. До 1-ї групи увійшли 159 хворих з одним череворозтинном в анамнезі після гінекологічних операцій. У 2-у групу включено 99 жінок з двома череворозтинами в анамнезі, при цьому фіксували гінекологічні, хірургічні втручання або їх поєднання. До 3-ї групи увійшли 46 пацієнток, з них 30 жінок мали в анамнезі три і більше череворозтинни, а 16 жінок перенесли оперативні втручання з приводу розлитого гнійного перитоніту, кишкової непрохідної і перфоративної виразки шлунка.

Результати. Перенесені оперативні втручання є важливим чинником, що призводить до утворення спайок в малому тазу. Вираженість спайкового процесу в малому тазу мала прямо пропорційну залежність від кількості череворозтинів. Серед усіх пацієнток, що мали в анамнезі консервативну міомектомію поєднано з кесаревим розтином або гістеректомією, спайковий процес органів малого тазу виявився найбільш вираженим.

Заключення. Чинниками, що призводять до формування спайок в малому тазу, є перенесені оперативні втручання. Ризик розвитку і вираженість післяопераційних спайок знаходяться в прямій залежності від кількості череворозтинів в анамнезі. Прогностично несприятливим є два і більше гінекологічних втручання, більшою мірою радикальні операції на матці.

Отримані результати необхідно використовувати під час розроблення тактики лапароскопічного лікування гінекологічних хворих.

Ключові слова: спайковий процес, об'єм оперативного втручання, прогнозування.

За даними низки авторів, виконання лапароскопії у пацієнток з череворозтинами в анамнезі супроводжується високим ризиком пошкоджень внутрішніх органів [1–4]. Недосконалість доопераційної діагностики поширеності, точної локалізації спайкового процесу [4] і пов'язана з ним небезпека поранення органів черевної порожнини у пацієнток з череворозтинами в анамнезі протягом тривалого часу ви-

кликають особливу заклопотаність хірургів, змушують шукати нові підходи до проблеми, удосконалюючи техніку лапароскопічних втручань.

Підвищення безпеки виконання лапароскопії у пацієнок з череворозтинами в анамнезі, на нашу думку, засноване на трьох принципово важливих складових [4]:

- вираженість спайкового процесу в черевній порожнині і малого тазу перед проведенням лапароскопічного втручання;
- вибір найбільш оптимального та безпечного лапароскопічного методу входу в черевну порожнину;
- раціональні методи виконання лапароскопічного адгезіолізісу.

Дані про частоту і вираженість спайкового процесу у пацієнок з череворозтинами в анамнезі в літературі вельми суперечливі [1–4]. Проте всі автори вважають, що оперативні втручання на органах черевної порожнини є чинником, який індукує виникнення спайкової хвороби.

На думку низки авторів, детально зібраний анамнез про перенесені операції може дати певне уявлення про поширеність спайок [4]. Характер захворювання і травматичність хірургічного втручання відіграють важливу роль у виникненні післяопераційних спайок черевної порожнини. При лапаротомії і маніпуляціях на органах черевної порожнини очеревина піддається багаточисельним травматичним діям.

Найчастіше до спайкової хвороби призводять:

1) захворювання:

- проникаючі поранення черевної порожнини,
- непрохідність кишечника,
- проривна виразка шлунка,
- позаматкова вагітність;

2) хірургічні операції:

- холецистектомія,
- резекція шлунка,
- апендектомія,
- грижосічення.

За наявності таких захворювань і операцій важливими ушкоджувальними чинниками є наявність інфекції в черевній порожнині, потрапляння в неї чужорідних тіл, вмісту травного тракту, крововиливи, висушування очеревини повітрям.

Обширні спайки, що виникають після гінекологічних операцій, пов'язані з підвищеною пластичною здатністю очеревини нижнього поверху черевної порожнини. Так, за даними деяких авторів [1], частота утворення післяопераційних спайок після реконструктивних операцій на матці та її придатках становила 90,1%, після адгезіолізісу – 92,1%, після тубектомії – 90,9%, після надпівкової ампутації матки – 92,6%, після екстирпації матки – 95,0%, після кесарева розтину – 70,6%.

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

Мета дослідження: вивчення залежності вираженості спайкового процесу у гінекологічних хворих з урахуванням кількості і об'єму попередніх операцій.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети обстежено і проведено хірургічне лікування лапароскопічним доступом у 304 пацієнок, що перенесли раніше оперативні втручання на органах черевної порожнини і малого тазу.

Усіх хворих було розподілено на три групи залежно від кількості і характеру перенесених операцій:

1-а група – 159 хворих з одним череворозтином в анамнезі після гінекологічних операцій;

2-а група – 99 жінок з двома череворозтинами в анамнезі, зокрема після гінекологічних, хірургічних втручань або їхнього поєднання;

3-я група – 46 пацієнток, з них: 30 жінок мають в анамнезі 3 і більше череворозтинів та 16 жінок, які перенесли оперативні втручання з приводу розлитого гнійного перитоніту, кишкової непрохідної і перфоративної виразки шлунка.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Попередні результати досліджень дозволили визначити прогностичні чинники ризику виникнення спайкового процесу в черевній порожнині у пацієнток з череворозтинами в анамнезі, а саме:

- повторні череворозтини, особливо поєднано з верхньосерединною лапаротомією;
- несприятливий перебіг післяопераційного періоду;
- оперативні втручання з приводу перитоніту.

Отримані результати дозволили передбачити, що на формування післяопераційних спайок в малому тазу більшою мірою впливають об'єми раніше перенесених оперативних втручань, чим використовувані доступи (характер череворозтину). Тому при визначенні чинників, що дозволяють прогнозувати розвиток спайок в малому тазу у пацієнток з череворозтинами в анамнезі, ми намагалися встановити залежність вираженості спайкового процесу від кількості і об'єму попередніх операцій.

Враховуючи значну варіабельність поєднань операцій у хворих, що мають два і більше череворозтинів, всі перенесені гінекологічні втручання були розподілені на дві підгрупи:

1) перша підгрупа – операції на придатках матки:

- туботомія,
- тубектомія,
- резекція яєчників,
- аднексектомія,
- ревізія і дренування черевної порожнини з приводу гострих запальних захворювань придатків матки.

2) друга підгрупа – реконструктивні і радикальні операції на матці:

- консервативна міомектомія,
- ушивання перфоративного отвору матки,
- надпівхова ампутація матки,
- екстирпація матки,
- кесарів розтин.

З отриманих даних видно, що співвідношення об'ємів перенесених гінекологічних втручань у всіх групах було приблизно однаковим, при цьому операції на придатках матки становили близько 2/3 від усіх.

Вивчення залежності вираженості спайкового процесу в малому тазу від кількості перенесених втручань у пацієнток з череворозтинами в анамнезі продемонструвало, що перенесені оперативні втручання призводять до утворення спайок в малому тазу. Так, при ревізії органів малого таза післяопераційні зрощення не виявлені лише у 67 (22,1%) із 304 хворих з череворозтинами в анамнезі. Слід зазначити, що серед них не було пацієнток, що перенесли три і більше втручання, а також операції з приводу перитоніту. З 237 пацієнток, що мали

спайки в малому тазу, у 50,9% фіксували спайкову хворобу легкого ступеня, а в 49,1% хворих був констатований спайковий процес III–IV ступеня. Вираженість спайкового процесу в малому тазу мала прямо пропорційну залежність від кількості череворозтинів.

Представлені результати свідчать, що до формування післяопераційних спайок в малому тазу частіше призводять операції на матці. Так, спайковий процес в малому тазу був виявлений у 87,2% пацієнток, що перенесли реконструктивні і радикальні операції на матці. Приблизно в половини з них він відповідав III–IV ступеня. У хворих, що оперуються з приводу різної патології придатків матки, спайки малого тазу виявлені в 65,7%. Водночас важкий ступінь вираженості відзначений менш ніж у третини з них (33,3%).

Під час оцінювання вираженості спайок в малому тазу і об'ємів оперативних втручань у пацієнток з двома череворозтинами в анамнезі встановлено, що до виникнення спайок в малому тазу природно більшою мірою призводили гінекологічні операції. У всіх пацієнток, що перенесли двічі втручання на внутрішніх статевих органах, були виявлені спайки в ділянці малого тазу.

Вираженість цих зрощень була варіабельною. У пацієнток з двома операціями на придатках у 55,6% спостережень був виявлений спайковий процес легкого ступеня, а в 44,4% – важкого ступеня. При поєднанні втручання на матці з операцією на придатках, спайки в малому тазу у 47,6% пацієнток відповідали I–II ступеню, у 52,4% – III–IV ступеню.

Вкрай несприятливою виявилася вказівка у минулому на два хірургічні втручання на матці. Серед всіх пацієнток, що мали в анамнезі консервативну міомектомію поєднано з кесаревим розтином або гістеректомією, спайковий процес органів малого тазу виявився найбільш вираженим.

Із 45 жінок з поєднаннями хірургічних (апендектомія, холецистектомія) і гінекологічних втручанням в анамнезі спайки в малому тазу були виявлені в 24 (53,3%) жінок, при цьому лише в 10 (22,2%) з них вони мали важкий ступінь.

Дані щодо ступеня вираженості спайкового процесу в малому тазу та об'єми оперативних втручань у пацієнток 3-ї групи свідчать, що у більшості пацієнток (85,9%) з трьома і більше череворозтинами в анамнезі і операціями з приводу перитоніту незалежно від поєднання об'ємів спайковий процес в малому тазу відповідав III–IV ступеню. Найбільш виражені зрощення були відмічені у хворих, що перенесли лише гінекологічні операції. Спайки I–II ступеню виявлені у 14,1% пацієнток із вказівкою на одне або два хірургічні втручання.

ВИСНОВКИ

Отже, чинниками, що призводять до формування спайок в малому тазу, є перенесені оперативні втручання. Ризик розвитку і вираженість післяопераційних спайок знаходяться в прямій залежності від кількості череворозтинів в анамнезі. Прогностично несприятливою є вказівка на два і більше гінекологічних втручання, більшою мірою радикальні операції на матці.

Отримані результати необхідно використовувати під час розроблення тактики лапароскопічного лікування гінекологічних хворих.

Тактика прогнозирования спаечного процесса после urgentных гинекологических операций

В.А. Терехов

Цель исследования: изучение зависимости выраженности спаечного процесса у гинекологических больных с учетом количества и объема предыдущих операций.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели обследовано и проведено хирургическое лечение лапароскопическим доступом у 304 пациенток, которые перенесли раньше оперативные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза.

Все больные были распределены на три группы в зависимости от количества и характера перенесенных операций. В 1-ю группу вошли 159 больных с одним чревосечением в анамнезе после гинекологических операций. Во 2-ю группу вошли 99 женщин с двумя чревосечениями в анамнезе, при этом фиксировали гинекологические, хирургические вмешательства или их сочетания. В 3-ю группу вошли 46 пациенток, из них у 30 женщин были в анамнезе три и более чревосечений, а 16 женщин перенесли оперативные вмешательства по поводу разлитого гнойного перитонита, кишечной непроходимой и перфоративной язвы желудка.

Результаты. Перенесенные оперативные вмешательства являются важным фактором, который приводит к образованию спаек в малом тазу. Выраженность спаечного процесса в малом тазу имела прямо пропорциональную зависимость от количества чревосечений. Среди всех пациенток, которые имели в анамнезе консервативную миомэктомию в сочетании с кесаревым сечением или гистерэктомией, спаечный процесс органов малого таза оказался наиболее выраженным.

Заключение. Факторами, приводящими к формированию спаек в малом тазу, являются перенесенные оперативные вмешательства. Риск развития и выраженность послеоперационных спастических состояний находятся в прямой зависимости от количества чревосечений в анамнезе. Прогностически неблагоприятным является два и больше гинекологических вмешательства, в большей степени – радикальные операции на матке.

Полученные результаты необходимо использовать при разработке тактики лапароскопического лечения гинекологических больных.

Ключевые слова: спаечный процесс, объем оперативного вмешательства, прогнозирование.

Tactic of prognostication of adhesive process after time-urgent gynaecological operations

V.A. Terekhov

The objective: study of dependence of expressed of adhesive process for gynaecological patients taking into account an amount and volume of previous operations.

Materials and methods. For the decision of the put purpose inspected and conducted surgical treatment laparoscopic access for 304 patients which carried before operative interferences on the organs of abdominal region and small pelvis. All patients were up-diffused on 3 groups depending on an amount and character of the carried operations. a 1 group (n=159) was made by patients with one чревосечением in anamnesis after gynaecological operations. 2 a group (n=99) is women with two чревосечениями in anamnesis. Gynaecological, surgical interferences or their combinations took place in this group. Patients (n=46) which have in anamnesis 3 and more чревосечений (n=30), and also women (n=16) which carried operative interferences concerning the poured out festering peritonitis, entered in 3 groups, intestinal impassable and perforated gastric ulcers.

Results. Operative interferences are carried by an important factor which results in formation of joints in to the small pelvis. Shown of спаечного process in small to the pelvis had straight proportional dependence on the amount of чревосечений. Among all patients which had in

anamnesis a conservative myomectomy in combination with a caesarian section or hysterectomy, the adhesive process of organs of small pelvis appeared most expressed.

Conclusion. The factors leading to formation of solderings in a small basin, the transferred operative interventions are. The risk of development and expressiveness of postoperative unions are in direct dependence on quantity laparotomy in the anamnesis. Forecasting the instructions on two and more gynecologic interventions, in a greater degree radical operations on a uterus are adverse. The received results are necessary for using by tactics working out laparoscopic treatments of gynecologic patients.

Keywords: *adhesive process, volume of operative intervention, forecasting.*

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: pror-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: pror-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 Rymyskogo-Korsakova Str. E-mail: pror-first@nmapo.edu.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бреусенко В.Г., Савельева Г.М., Штыров С.В. Лапароскопия в диагностике и лечении острых воспалительных заболеваний придатков матки // Акушерство и гинекология. – 2019. – № 3. – С. 35–39.
2. Ререкин И.А., Лупов В.И. Некоторые дифференциально-диагностические особенности острой гинекологической и хирургической патологии // Акт. вопр. акушерства и гинекологии. Мат. научно-практ. конф., посвященной 90-летию проф. М.И. Медведевой. – Курск, 2020. – С. 103-105.
3. Савельева Г.М., Штыров С.В., Тангиева З.С. Динамическая лапароскопия у гинекологических больных // Акушерство и гинекология. – 2019. – № 3. – С. 17–20.
4. Штыров С.В., Панкова Ю.А., Евсеев А.А. Диагностика и лечение спайковой болезни у гинекологических больных // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2018. – № 2. – С. 110–114.

Особливості безпліддя у жінок з різними тиреоїдними порушеннями

Д.Ю. Берая

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

Мета дослідження: вивчення частоти і структури тиреоїдних порушень у жінок з безпліддям.

Матеріал та методи. Для виконання поставленої мети була проведена скринінгова оцінка патології щитоподібної залози у 298 жінок з безпліддям (основна група) і у 50 фертильних жінок, що звернулися в клініку для підбору методу контрацепції (контрольна група). Обстеження пацієнток з безпліддям проводили відповідно до загальноприйнятого діагностичного алгоритму, включаючи ендоскопічні методи, а лікування – залежно від виявлених причин безпліддя.

Результати. Провідне місце у структурі причин безпліддя у жінок з аутоімунним тиреоїдитом займав зовнішній генітальний ендометріоз (34,4%), у жінок з виявленим гіпотиреозом – ендокринний чинник безпліддя (синдром полікістозних яєчників) – 29,8%, у пацієнток з компенсованим гіпотиреозом – зовнішній генітальний ендометріоз (26,6%), у жінок з еутиреоїдним зобом і у пацієнток без патології щитоподібної залози – трубно-перитонеальний чинник (33,3% і 39,8% відповідно). Для пацієнток з аутоімунними тиреопатіями характерна висока частота невиношування вагітності (у 2–2,4 раза), що перевищує аналогічні показники в контрольній групі.

Заключення. У пацієнток з безпліддям поширеність тиреоїдної патології в 3,8 раза вище порівняно з фертильними жінками (48% і 12,5% відповідно). У структурі патології щитоподібної залози переважає носійство антитіл до тиреопероксидази поєднано з ультразвуковими ознаками аутоімунного тиреоїдиту (24% і 8,7% відповідно); субклінічний гіпотиреоз в результаті аутоімунного тиреоїдиту (8,6% і 2,5% відповідно); еутиреоїдний зоб (7,8% і 2,5% відповідно). Результати анкетування, проведеного у жінок з безпліддям, продемонстрували низьку діагностичну цінність клінічної симптоматики гіпотиреозу порівняно з лабораторною діагностикою у верифікації даного діагнозу. Чутливість симптомів була невисокою і коливалась від 16,1% до 27,8%, тоді як специфічність симптомів була значною і варіювала від 85,1% до 94,5%.

Ключові слова: безпліддя у жінок, тиреоїдна патологія.

Проблема взаємозв'язку порушень репродуктивної функції і патології щитоподібної залози (ЩЗ) активно обговорюється в науковій літературі. З одного боку, це обумовлено високою поширеністю безпліддя у шлюбі (до 15–17%), яке, не дивля-

чись на сучасні досягнення в галузі репродуктивного здоров'я, не має тенденції до зниження [1–5]. З іншого боку, захворювання ЩЗ посідають перше місце у структурі ендокринної патології у жінок репродуктивного віку [2, 3].

Аутоімунні захворювання щитоподібної залози (АЗЩЗ), хвороба Грейвса, що перебігає з тиреотоксикозом, і тиреїдит Хашимото, що є основною причиною розвитку гіпотиреозу, діагностують приблизно у 5% населення земної кулі. Вони можуть призводити до розвитку патології в репродуктивній системі жінок найчастіше у формі порушень менструальної функції, безпліддя, гормонозалежних пухлин, а в разі субклінічного перебігу можуть розглядатися як чинники ризику невиношування вагітності або аномалій розвитку плода [4, 5].

Вдосконалення програм допоміжних репродуктивних технологій дозволило збільшити частоту настання вагітності від 30% до 80% при безплідді різного генезу [2, 4]. Перебіг ранніх термінів індукованої вагітності відбувається на тлі високих нефізіологічних концентрацій стероїдних гормонів, що виробляються яєчниками, які гіперстимулюють, і супроводжується підвищеною частотою ускладнень (синдрому гіперстимуляції яєчників, багатопліддя, ранніх репродуктивних втрат) [1–5]. Виражене гормональне навантаження може несприятливо позначитися на функції ЩЗ, особливо у жінок з тиреїдною патологією.

Мета дослідження: вивчення частоти і структури тиреїдних порушень у жінок з безпліддям.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети була проведена скринінгова оцінка патології ЩЗ у 298 жінок з безпліддям (основна група) та у 50 фертильних жінок, що звернулися в клініку для підбору методу контрацепції (контрольна група). Відбір пацієнток здійснювали відкритим когортним методом, враховуючи наявність у пацієнток безпліддя, у відділенні збереження і відновлення репродуктивної функції. Анкетування проведено у 205 жінок із безпліддям.

Обстеження пацієнток з безпліддям проводили відповідно до загальноприйнятого діагностичного алгоритму, включаючи ендоскопічні методи, а лікування – залежно від виявлених причин безпліддя.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що поширеність тиреїдної патології у жінок із безпліддям була в 3,8 раза вище порівняно з фертильними жінками (48,0% і 12,5% відповідно; $p < 0,05$). У структурі тиреїдної патології при безплідді переважало носійство антитіл до тиреопероксидази (АТ-ТПО) поєднано з ехо-камерознаками аутоімунного тиреїдиту (АІТ) (24,0%); гіпотиреоз у результаті АІТ (9,4%), зокрема маніфестний (0,8%) і субклінічний (8,6%) та еутиреїдний зоб (7,8%), тоді як частка пацієнток з безпліддям і тиреотоксикозом була невисокою (0,6%).

Оцінювання стану репродуктивної системи у жінок з безпліддям залежно від виявленої патології ЩЗ продемонструвала, що провідне місце в структурі причин безпліддя у жінок з АІТ займав зовнішній генітальний ендометріоз (ЗГЕ) – 34,4%, у жінок з виявленим гіпотиреозом – ендокринний чинник безпліддя (СПКЯ) – 29,8%, у пацієнток з компенсованим гіпотиреозом – ЗГЕ (26,6%), у жінок з еутиреїдним зобом і у пацієнток без патології ЩЗ – трубно-перитонеальний чинник (33,3% і 39,8% відповідно).

Отримані під час дослідження дані загалом збігаються з результатами епідеміологічних досліджень, що свідчить про підвищену поширеність АЗЩЗ у пацієн-

ток з безпліддям порівняно з фертильними жінками із встановленим ризиком 2,1 ($p < 0,0001$), а також про сильний зв'язок між АІТ і ендометріозом як причини безпліддя і тісної асоціації ендокринного безпліддя і гіпотиреозу. Висока частота виявлення еутиреоїдного зоба у жінок з безпліддям свідчить про необхідність проведення індивідуальної йодної профілактики всім жінкам з безпліддям.

Результати анкетування 205 жінок із безпліддям свідчать про низьку діагностичну цінність аналізу клінічної симптоматики гіпотиреозу порівняно з лабораторною діагностикою у жінок з безпліддям. Оскільки чутливість симптомів була невисокою (16,1–27,8%), а їхня специфічність була значною (85,1–94,5%), було зроблено висновки, що відсутність симптомів з більшою вірогідністю свідчить про відсутність гіпотиреозу, ніж наявність симптомів про його наявність. У клінічній практиці слід уникати гіперболізації значення клінічної симптоматики в діагностиці порушень функції ЩЗ, відводячи вирішальну роль лабораторній діагностиці.

Питання про роль порушень функції ЩЗ у розвитку порушень менструального циклу до сьогодні не вирішене. За даними проведеного дослідження, ті або інші порушення менструального циклу у жінок з гіпотиреозом наголошувалися в 2,7 раза частіше, ніж у пацієнток без патології ЩЗ (34% і 12,5% відповідно; $p < 0,05$), причому у структурі порушень домінувала олігоменорея (25,5% і 9,4%; $p < 0,05$), що можна пояснити швидше тісною асоціацією гіпотиреозу із синдромом полікістозних яєчників (СПКЯ), ніж гіпотиреозом як основною причиною розвитку олігоменореї. Проте обидва цих стани надають сумарний негативний ефект на прогноз настання і перебігу вагітності. Висока частота дисменореї серед пацієнток з АІТ порівняно з контролем (26,9% і 12,5%; $p < 0,05$), ймовірно, була обумовлена тісною асоціацією АІТ і генітального ендометріозу.

Результати оцінювання репродуктивного анамнезу у жінок із вторинним безпліддям продемонстрували, що для пацієнток з аутоімунними тиреопатіями характерна висока частота невиношування вагітності – в 2–2,4 раза, що перевищує аналогічні показники в контрольній групі.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що у пацієнток з безпліддям поширеність тиреоїдної патології в 3,8 раза вище порівняно з фертильними жінками (48% і 12,5%; $p < 0,05$).

У структурі патології ЩЗ переважає:

- носійство АТ-ТПО поєднано з ультразвуковими ознаками АІТ (24% і 8,7%; $p < 0,05$);
- субклінічний гіпотиреоз у результаті АІТ (8,6% і 2,5%; $p < 0,05$);
- еутиреоїдний зоб (7,8% і 2,5%; $p < 0,05$).

Результати анкетування, проведеного у жінок із безпліддям, продемонстрували низьку діагностичну цінність клінічної симптоматики гіпотиреозу порівняно з лабораторною діагностикою у верифікації даного діагнозу. Чутливість симптомів була невисокою і коливалась від 16,1% до 27,8%, тоді як специфічність симптомів була значною і варіювала від 85,1% до 94,5%.

Провідне місце в структурі причин безпліддя у жінок з АІТ займає ЗГЕ (34,4%); у пацієнток з гіпотиреозом – ендокринне безпліддя (29,8%), у жінок з еутиреоїдним зобом і без патології ЩЗ – трубно-перитонеальний чинник безпліддя (33,3% і 39,8%).

Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Особенности бесплодия у женщин с разными тиреоидными нарушениями

Д. Ю. Берая

Цель исследования: изучение частоты и структуры тиреоидных нарушений у женщин с бесплодием.

Материалы и методы. Для выполнения поставленной цели была проведена скрининговая оценка патологии щитовидной железы у 298 женщин с бесплодием (основная группа) и у 50 фертильных женщин, которые обратились в клинику для подбора метода контрацепции (контрольная группа). Обследование пациенток с бесплодием проводили в соответствии с общепринятым диагностическим алгоритмом, включая эндоскопические методы, а лечение – в зависимости от обнаруженных причин бесплодия

Результаты. Ведущее место в структуре причин бесплодия у женщин с аутоиммунным тиреоидитом занимал наружный генитальный эндометриоз (34,4%), у женщин с обнаруженным гипотиреозом – эндокринный фактор бесплодия (синдром поликистозных яичников) – 29,8%, у пациенток с компенсированным гипотиреозом – наружный генитальный эндометриоз (26,6%), у женщин с эутиреоидным зобом и у пациенток без патологии щитовидной железы – трубно-перитонеальный фактор (33,3% и 39,8% соответственно). Для пациенток с аутоиммунными тиреопатиями характерна высокая частота невынашивания беременности (в 2–2,4 раза), который превышает аналогичные показатели в контрольной группе.

Заключение. У пациенток с бесплодием распространенность тиреоидной патологии в 3,8 раза выше по сравнению с фертильными женщинами (48% и 12,5% соответственно). В структуре патологии щитовидной железы преобладает носительство антител к тиреопероксидазе в сочетании с ультразвуковыми признаками аутоиммунного тиреоидита (24% и 8,7%); субклинический гипотиреоз в результате аутоиммунного тиреоидита (8,6% и 2,5%); эутиреоидный зоб (7,8% и 2,5%).

Результаты анкетирования, проведенного у женщин с бесплодием, продемонстрировали низкую диагностическую ценность клинической симптоматики гипотиреоза по сравнению с лабораторной диагностикой в верификации данного диагноза. Чувствительность симптомов была невысокой и колебалась от 16,1% до 27,8%, тогда как специфичность симптомов была значительной и варьировала от 85,1% до 94,5%.

Ключевые слова: бесплодие у женщин, тиреоидная патология.

Features of infertility for women with different thyroid violations

D. Yu. Beraia

The objective: study of frequency and structure of thyroid violations for women with infertility.

Materials and methods. For the performance of the put goal the screening estimation of pathology of thyroid was conducted for 298 women with infertility (basic group) and at 50 fertile of women which appealed to the clinic for the selection of method of contraception (control group). The inspection of patients with infertility was conducted in accordance with the generally accepted diagnostic algorithm, including endoscopic methods, and treatment – depending on found out reasons of infertility

Results. Leading place in the structure of reasons of infertility for women with autoimmune thyroiditis occupied outward genital endometriosis (34,4%), for women with found out a thyroprivia is an endocrine factor of infertility (syndrome of polycystic ovaries) – 29,8%, for patients with the compensated thyroprivia is outward genital endometriosis (26,6%), for women with a euthyroid goitre and for patients without pathology of thyroid is a pipe-peritoneal factor (33,3% and 39,8% accordingly). For patients with autoimmune thyroopathy high-frequency of unmaturing of pregnancy is characteristic – at 2–2,4 time which exceeds analogical indexes in a control group.

Conclusion. For patients with infertility prevalence of thyroid pathology at 3,8 time higher by comparison to fertile women (48% and 12,5% accordingly). In the structure of pathology of

thyroid the transmitter of antibodies prevails to thyroperoxidase in combination with the ultrasonic signs of autoimmune thyroiditis (24% and 8,7% accordingly); subclinical thyroprivia as a result of autoimmune thyroiditis (8,6% and 2,5% accordingly); euthyroid goitre (7,8% and 2,5% accordingly). The results of questionnaire, conducted for women with infertility, showed the low diagnostic value of clinical симптоматики of thyroprivia by comparison to laboratory diagnostics in verification of this diagnosis. A sensitiveness of symptoms was low and hesitated from 16,1% to 27,8%, while specificity of symptoms was considerable and varied from 85,1% to 94,5%.

Keywords: infertility for women, thyroid pathology.

Відомості про автора

Берая Дженетті Юрївна – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9

Сведения об авторе

Берая Дженетти Юрьевна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национального университета здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, 04107, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

Information about the authors

Beraya Dzhaneltti Yu. – Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 04107, Kyiv, 9, Dorohozhytska Str.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Йена С.С.К., Джаффе Р.Б. Репродуктивная эндокринология. Т.2: Пер. с англ. – М.: Медицина, 2018. – 432 с.
2. Каширова Т.В. Менструальная и репродуктивная функция женщин с гипертиреозом // Материалы XV международной конференции «Репродуктивные технологии: сегодня и завтра». – Чебоксары, 2018. – С. 69–70.
3. Перминова С.Г. Нарушения репродуктивной функции у женщин с патологией щитовидной железы // Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению. – М., 2018. – С. 231-246.
4. Петров В.Н., Петрова С.В., Пятибратова Е.В. Состояние репродуктивной системы у женщин с гиперплазией щитовидной железы // Новые горизонты гинекологической эндокринологии. – М., 2020. – С. 52-56.
5. Фадеев В.В. Репродуктивная функция женщин с патологией щитовидной железы // Проблемы репродукции. – 2019. – № 1. – С. 70-77.

Вікові аспекти ефективності допоміжних репродуктивних технологій при поєднаних формах безпліддя

О.О. Берестовий

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

Мета дослідження: вивчити роль віку пацієнток в оцінюванні ефективності допоміжних репродуктивних технологій при поєднаних формах безпліддя.

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети обстежено 70 жінок репродуктивного віку, які були розподілені на три групи: основну (n=30), групу порівняння (n=30) і контрольну (n=10). До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, ендокринологічні, морфологічні, статистичні та імунологічні.

Результати. Зі збільшенням віку хворих закономірно знижується кількість зростаючих фолікулів; отриманих під час пункції яєчників ооцитів, зокрема зрілих. Одним із механізмів порушення фолікуло- та оогенезу є зміна цитокінової регуляції цих процесів. Зі збільшенням віку пацієнток відбувається збільшення вмісту у фолікулярній рідині яєчників прозапальних цитокінів.

Стимуляція яєчників гонадотропінами супроводжується зростанням фолікулів, рекрутуванням і активацією імунокомпетентних клітин з індукцією проти-запальних, прозапальних цитокінів і хемокінів. Негативну роль можуть відігравати високі концентрації в крові естрадіолу, а також фармакологічні препарати, що використовуються під час стимуляції яєчників (гонадотропіни, агоністи та антагоністи гонадотропін-релізінг-гормону), а також вік пацієнток.

Заключення. До інформативних клініко-анамнестичних і гормональних чинників, що визначають результат циклу допоміжних репродуктивних технологій у хворих репродуктивного віку з поєднаними формами безпліддя, належать: вік хворої, індекс маси тіла, наявність трубно-перитонеального чинника безпліддя, рівень вільного тестостерону в крові, вміст прогестерону в крові на 20–22-й день менструального циклу, а також визначення у фолікулярній рідині яєчників цитокінів.

У дослідженні показана роль віку пацієнток в оцінюванні ефективності допоміжних репродуктивних технологій.

Ключові слова: безпліддя, вік, допоміжні репродуктивні технології.

На сьогодні одним із напрямів лікування безпліддя є застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), частота настання вагітності і пологів після якого становлять відповідно 29,1% і 21,5% (дані Європейського суспільства репро-

дукції людини, 2019 р.). Підвищення ефективності ДРТ пов'язане з дослідженнями, направленими на вивчення регуляторних механізмів репродуктивних процесів, прогнозування їхніх порушень і визначення підходів до корекції. У цьому плані одне з центральних місць посідає проблема імунологічної регуляції репродуктивної функції жінки. Відомо, що імунокомпетентні клітини (макрофаги, лімфоцити) і продуковані ними цитокіни (інтерлейкіни, ростові чинники, хемокини) беруть участь в механізмах фолікулогенезу, овуляції, формування і функціонування жовтого тіла, циклічних морфофункціональних змін ендометрія, заплідненні та імплантації [1–6].

Не дивлячись на значну кількість наукових публікацій щодо ДРТ, не можна вважати всі питання повністю вирішеними, особливо в плані вивчення віку пацієнток в оцінюванні їхньої ефективності.

Мета дослідження: вивчити роль віку пацієнток в оцінюванні ефективності ДРТ при поєднаних формах безпліддя.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети обстежено 70 жінок репродуктивного віку, які були розподілені на три групи: основну (n=30), групу порівняння (n=30), контрольну (n=10).

Критерії включення в основну групу:

- вік 25–38 років;
- безпліддя (ендокринне, трубно-перитонеальне, поєднане);
- програма ДРТ;
- стимуляція яєчників препаратами гонадотропінів;
- настання вагітності після справжньої програми ДРТ (візуалізація плодового яйця при ультразвуковому дослідженні через 3 тиж після перенесення ембріонів).

Критерії включення в групу порівняння:

- вік 25–38 років;
- безпліддя (ендокринне, трубно-перитонеальне, поєднане);
- програма ДРТ;
- відсутність вагітності після справжньої програми ДРТ.

Критерії включення в контрольну групу:

- вік 25–32 роки;
- наявність в анамнезі вагітності, що закінчилася пологам.

До контрольної групи увійшли пацієнтки, що беруть участь у програмі «Донорство ооцитів».

Критерії виключення для основної групи і групи порівняння були загальними:

- гіпер- і гіпогонадотропна оваріальна недостатність;
- видалення одного або обох яєчників в анамнезі;
- важкі ступені астенотератозооспермії, азооспермія;
- єдина причина безпліддя – чоловічий чинник;
- ожиріння II–III ступеня.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, ендокринологічні, морфологічні, статистичні і імунологічні, які включали визначення рівня цитокінів у фолікулярній рідині методом мультиплексного аналізу білків (MCP-1 (мо-

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

ноцитарного хемотаксичного протеїну 1), MIP-1 α , MIP-1 β , RANTES, еотаксину, IP-10 (інтерферон-індукованого протеїну 10), IL-8, фракталкіну, TNF α , IL-1 β , IL-2, IL-5, IL-6, IL-7, IL-9, IL-12, IL-13, IL-15, IL-10, IL-1ra) і визначення методом PCR в біоптатах ендометрія експресії мРНК хемокинів (MCP-1, MIP-1 α , MIP-1 β , RANTES, еотаксину, IP-10, IL-8, фракталкіну) та їх рецепторів (CXCR1, 2, 3, 4; CXCR1; CCR1, 3, 4, 5, 7).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік жінок в основній групі становив $32,2 \pm 4,3$ року, тривалість безпліддя – $6,2 \pm 3,7$ року. У минулому 46,7% хворих цієї групи мали вагітності (13,3% – пологи, 30,0% – штучні аборти, 3,3% – мимовільні аборти, 3,3% – вагітність, що не розвивається). У структурі супутньої гінекологічної захворюваності у пацієнток основної групи виявлені: хронічний сальпінгоофорит (36,7%), лейоміома матки (10,0%), зовнішній генітальний ендометріоз I–II ступеня тяжкості (23,3%), аденоміоз (6,7%). Крім того, 36,7% пацієнток основної групи перенесли в анамнезі діагностичну та операційну лапароскопію, 26,7% – діагностичну і операційну гістероскопію.

Середній вік жінок у групі порівняння становив $33,7 \pm 4,2$ року, тривалість безпліддя – $5,7 \pm 3,2$ року. У минулому 63,3% хворих цієї групи мали вагітності (26,7% – термінові пологи, 16,7% – ектопічну вагітність, 43,3% – штучний аборт, 6,7% – мимовільний аборт, 16,7% – вагітність, що не розвивається). У структурі супутньої гінекологічної захворюваності у пацієнток групи порівняння виявлені: хронічний сальпінгоофорит (56,7%), лейоміома матки (16,7%), зовнішній генітальний ендометріоз I–II ступеня тяжкості (26,7%), аденоміоз (13,3%). Пацієнтки групи порівняння (46,7%) перенесли в анамнезі діагностичну та операційну лапароскопію, 56,7% – діагностичну та операційну гістероскопію.

До контрольної групи увійшли здорові жінки, що взяли участь у програмі «Донорство ооцитів». Усі вони перебували у шлюбі, в анамнезі мали пологи, що закінчилися народженням здорової дитини. Середній вік пацієнток становив $29,7 \pm 3,9$ року.

Отримані результати свідчать, що зі збільшенням віку хворих закономірно знижується кількість зростаючих фолікулів ($R_c = -0,32$; $p < 0,05$); отриманих під час пункції яєчників ооцитів ($R_c = -0,33$; $p < 0,01$), у тому числі зрілих ($R_c = -0,31$; $p < 0,05$). Це свідчить про зниження активності процесів фолікуло- та оогенезу, частоти настання вагітності зі збільшенням віку жінок. Дані процеси обумовлені морфофункціональними змінами яєчників у жінок старшого віку, зниженням їхнього оваріального резерву, збільшенням частоти анеуплоїдії ооцитів, що може з'явитися однією з причин низької частоти імплантації.

Окрім фізіологічного збільшення частоти елімінації примордіальних фолікулів у старшому репродуктивному віці, чинниками, що призводять до зниження ефективності гонадотропної стимуляції яєчників в обстежених хворих, могли бути супутні гінекологічні захворювання (хронічний сальпінгоофорит, зовнішній генітальний ендометріоз), перенесені оперативні втручання на органах репродуктивної системи.

Одним із механізмів порушення фолікуло- та оогенезу є зміна цитокінової регуляції цих процесів. Зі збільшенням віку пацієнток відбувається збільшення вмісту у фолікулярній рідині яєчників прозапальних цитокінів: IL-1ra, IL-7, IL-9, G-CSF і PDGF BB (таблиця). Можливо, що збільшення вмісту прозапальних цитокінів негативно впливає на гранульозні клітини, комплекс ооцит-кумулюс, якість ооциту та є одним з механізмів зниження ефективності циклів ЕКЗ. Це свідчить про зменшення оваріального резерву, асоційоване з віком жінки, що супроводжується активацією апоптозу гранульозних клітин фолікула. Виявлене посилення експресії тромбоцитарного чинника зростання в яєчнику може бути обумовлене активацією синтезу прозапальних цитокінів.

Кореляційна залежність вмісту цитокінів у фолікулярній рідині яєчників і експресії рецепторів хемокинів в ендометрії від віку хворих з безпліддям

Вік хворих	Цитокін (фолікулярна рідина)	Rc	P
	IL-1ra	0,31	<0,01
	IL-7	0,33	<0,01
	IL-9	0,28	<0,05
	G-CSF	0,33	<0,01
	PDGF-BB	0,41	<0,01
	mPHK (ендометрій)		
	CCR1	0,41	<0,05
	CCR3	-0,42	<0,05

Зі збільшенням віку хворих спостерігалось достовірне зниження товщини ендометрія під час перенесення ембріонів ($R_c = -0,33$; $p < 0,05$). Це може бути обумовлено як збільшенням частоти перенесення ембріонів на 3-й день розвитку, так і віковими морфофункціональними змінами ендометрія. Зі збільшенням віку хворих змінюється чутливість ендометрія до хемокинів, що виражалось збільшенням експресії рецептора хемокинів CCR1 та зниженням рецептора CCR3 (див. таблицю).

За допомогою кореляційного аналізу визначено, що кількість зростаючих при гонадотропній стимуляції фолікулів має достовірну пряму кореляційну залежність від вмісту у фолікулярній рідині цитокінів: IL-10 ($R_c = 0,31$; $p < 0,05$), IFN γ ($R_c = 0,32$; $p < 0,05$), MIP-1 β ($R_c = 0,32$; $p < 0,05$), RANTES ($R_c = 0,38$; $p < 0,01$) та TNF α ($R_c = 0,27$; $p < 0,05$).

Виявлено, що є пряма кореляційна залежність між кількістю ооцитів, отриманих при пункції яєчників, і вмістом в них цитокінів IL-10, IFN γ , GM-CSF, MIP-1 β , RANTES і TNF α . У хворих з негативним результатом циклу ДРТ рівень IL-13 у фолікулярній рідині яєчників під час стимуляції у 2 рази вищий за такий у хворих з вагітністю, що настала після ДРТ.

За допомогою кореляційного аналізу був виявлений достовірний взаємозв'язок між рівнями цитокінів у фолікулярній рідині. Так, вміст IL-10 корелював з концентрацією IL-6 ($R_c = 0,76$; $p < 0,0001$), еотаксину ($R_c = 0,62$; $p < 0,0001$), MCP-1 ($R_c = 0,62$; $p < 0,0001$) і G-CSF ($R_c = 0,56$; $p < 0,0001$), а вміст IL-2 – з GM-CSF ($R_c = 0,59$; $p < 0,0001$) та IL-15 ($R_c = 0,78$; $p < 0,0001$), що може свідчити про схожі клітинні джерела синтезу зазначених чинників у тканинах яєчника.

Поліфункціональні цитокіни IL-10, IL-4, IL-13 належать до цитокінів, характерних для так званої Th-2 імунної відповіді, домінуючої при нормальному перебігу вагітності. IL-10 і IL-4 мають виражений протизапальний ефект, регуляторні властивості щодо цитотоксичних і хелперних Т-лімфоцитів, НК-клітин, В-лімфоцитів і дендритних клітин. IL-10 здатний також інгібувати апоптоз клітин, що індукується TNF α або IFN γ . IL-13 продукується переважно активованими Т-клітинами і є потужним модулятором активності моноцитів і В-клітин, не надаючи, на відміну від IL-4, прямого біологічного впливу на Т-клітини. Окрім цього існують дані про здатність IL-13 надавати ефект, що інгібує, на продукцію інших цитокінів, стимулюючих початок запального процесу.

Зростання продукції цитокінів, хемокинів і ростових чинників в яєчниках при їх стимуляції, ймовірно, забезпечується високим вмістом і активацією в них ІКК. Окрім

цього, секреція цитокінів забезпечується гранульозними клітинами зростаючих фолікулів. $TNF\alpha$, $IFN\gamma$, $GM-CSF$ залучені в розвиток і зростання фолікула, сигнальна взаємодія між ооцитом і оточуючими його соматичними (гранульозними) клітинами, баланс процесів проліферації і апоптозу клітин фолікула, регулюють ангиогенез і синтез стероїдних гормонів в яєчнику.

$TNF\alpha$ і $IFN\gamma$ через активацію проапоптотичних Вах-білків, протеїнкінази С або каспаз можуть індукувати апоптоз клітин фолікула. Хемокіни ($RANTES$, зотаксин, $MIP-1\beta$), що синтезуються в яєчниках, володіючи хемоаттрактивним ефектом, залучають в тканині яєчника і активують ІКК, які зі свого боку секретують цитокіни, хемокіни і чинники зростання, забезпечуючи надмірність цитокінової регуляції фолікулогенезу.

Проаналізовані в дослідженні цитокіни можуть регулювати процес ангиогенезу в яєчнику. Так, $TNF\alpha$ і $GM-CSF$, безпосередньо або за допомогою індукції $VEGF$ (судинно-ендотеліальний чинник зростання), беруть участь в міграції, проліферації ендотеліальних клітин, формуванні капілярних трубок і базальної мембрани. При цьому $TNF\alpha$, $IL-10$ можуть надавати і антиангіогенний ефект.

Отже, стимуляція яєчників гонадотропінами супроводжується зростанням фолікулів, рекрутуванням і активацією імункомпетентних клітин з індукцією протизапальних ($IL-4$, $IL-10$, $IL-13$), прозапальних цитокінів ($IFN\gamma$; $GM-CSF$; $TNF\alpha$) і хемокінів ($MIP-1\beta$; $RANTES$), що, ймовірно, необхідно для підтримки балансу апоптозу і проліферації клітин гранульози, регуляції ангиогенезу і стероїдогенезу в яєчниках.

Виявлена достовірна негативна кореляційна залежність між якістю запліднення, частотою дроблення ембріонів із вмістом у фолікулярній рідині цитокінів $GM-CSF$, $IFN\gamma$ и $RANTES$ і позитивна – між кількістю перенесених ембріонів і вмістом у фолікулярній рідині $IL-15$.

Отримані дані свідчать про те, що посилення секреції в яєчнику прозапальних цитокінів може бути одним із механізмів несприятливого впливу стимуляції яєчників гонадотропінами на ооцит. На сьогодні вважають, що стимуляція яєчників, її режими впливають на «якість» ооциту, потенції його до запліднення і темпи раннього розвитку ембріона. Негативну роль можуть відігравати високі концентрації в крові естрадіолу, а також фармакологічні препарати, що використовуються під час стимуляції яєчників (гонадотропіни, агоністи і антагоністи гонадотропін-рилізінг-гормону), а також вік пацієнток.

Отримані результати підтвердили наявні фундаментальні уявлення про те, що взаємодія між ооцитом і соматичними клітинами яєчника є критичними для нормального перебігу оогенезу, запліднення і раннього розвитку ембріона, особливо у пацієнток старшого віку.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що до інформативних клініко-анамнестичних і гормональних чинників, які визначають результат циклу допоміжних репродуктивних технологій у хворих репродуктивного віку з поєднаними формами безпліддя, належать: вік хворої, індекс маси тіла, наявність трубно-перитонеального чинника безпліддя, рівень вільного тестостерону в крові, вміст прогестерону в крові на 20–22-й день менструального циклу, а також визначення у фолікулярній рідині яєчників цитокінів.

Була показана роль віку пацієнток в оцінюванні ефективності допоміжних репродуктивних технологій.

Возрастные аспекты эффективности вспомогательных репродуктивных технологий при сочетанных формах бесплодия О.О. Берестовой

Цель исследования: изучение роли возраста пациенток в оценке эффективности вспомогательных репродуктивных технологий при сочетанных формах бесплодия.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели нами было обследовано 70 женщин репродуктивного возраста, которых распределили на три группы: основную (n=30), группу сравнения (n=30) и контрольную (n=10). К комплексу проведенных исследований были включены клинические, эхографические, эндокринологические, морфологические, статистические и иммунологические.

Результаты. С увеличением возраста больных закономерно снижается количество растущих фолликулов; полученных во время пункции яичников ооцита, в том числе зрелых. Одним из механизмов нарушения фолликуло- и оогенеза является изменение цитокиновой регуляции этих процессов. С увеличением возраста пациенток происходит увеличение содержания в фолликулярной жидкости яичников провоспалительных цитокинов.

Стимуляция яичников гонадотропинами сопровождается ростом фолликулов, рекрутированием и активацией иммунокомпетентных клеток с индукцией противовоспалительных, провоспалительных цитокинов и хемокинов. Негативную роль могут играть высокие концентрации в крови эстрадиола, а также фармакологические препараты, которые используются во время стимуляции яичников (гонадотропины, агонисты и антагонисты гонадотропин-рилизинг-гормона), а также возраст пациенток.

Заключение. К информативным клинико-анамнестическим и гормональным факторам, которые определяют результат цикла вспомогательных репродуктивных технологий у больных репродуктивного возраста с сочетанными формами бесплодия, относят: возраст больной, индекс массы тела, наличие трубно-перитонеального фактора бесплодия, уровень свободного тестостерона в крови, содержание прогестерона в крови на 20–22-й день менструального цикла, а также определение в фолликулярной жидкости яичников цитокинов. В исследовании показана роль возраста пациенток в оценке эффективности вспомогательных репродуктивных технологий.

Ключевые слова: бесплодие, возраст, вспомогательные репродуктивные технологии.

Age-related aspects of efficiency of auxiliary genesal technologies at the combined forms of infertility O.O. Berestovoy

The objective: to study the role of age of patients in the estimation of efficiency of auxiliary genesal technologies at the combined forms of infertility.

Materials and methods. For the decision of the put purpose we inspected 70 women of genesal age, which made the followings groups: basic (n=30), comparisons (n=30) and control (n=10). To the complex of the conducted researches were included clinical, echographic, endocrinology, morphological, statistical and immunological.

Results. With the increase of age of patients the amount of growings follicles goes down appropriately; ovaries of oocyte got during puncture, including mature. One of mechanisms of violation of folliculogenesis and oogenesis is a change to the cytokine adjusting of these processes. With the increase of age of patients there is an increase of content in the follicle liquid of ovaries of proinflammatory cytokines.

Stimulation of ovaries of гонадотропинами is accompanied by growth of follicles, recruiting and activating of immunocompetency cages with induction of anti-inflammatory, pro inflammatory cytokines and chemokines. A negative role high concentrations can play in blood of estradiol, and also pharmacological preparations which are used during stimulation of ovaries (гонадотропины, agonists and antagonists of гонадотропин-releasing-hormone), and also age of patients.

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

Conclusions. To the informing clinical and anamnestic and hormonal factors which determine the result of cycle of auxiliary genesial technologies for the patients of genesial age with the combined forms of infertility, take: age of patient, index of mass of body, presence of pipe-peritoneal factor of infertility, level free to testosterone in blood, table of contents of progesterone in blood on 20–22 days of menstrual cycle, and also determination in the follicle liquid of ovaries of cytokines. We are rotin the role of age of patients in the estimation of efficiency of auxiliary genesial technologies.

Keywords: *infertility, age, auxiliary genesial technologies.*

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: proro-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: proro-first@nmapo.edu.ua*

Information about the authors

Berestovoy Oleg O. – Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 01011, Kyiv, 5 Arsenalna Str. *E-mail: proro-first@nmapo.edu.ua*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вовк І. Б. Корекція гормональних порушень при поєднаних формах неплідності / І.Б. Вовк, А.Г. Корнацька // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2013. – № 4. – С. 147–149.
2. Юзько О.М., Юзько Т.А. Лапароскопія в діагностиці та лікуванні жіночої безплідності / О.М. Юзько, Т.А. Юзько // Клініч. анатомія та оперативна хірургія. – 2018. – № 2. – С. 35–36.
3. Anate M. Anovulatory infertility: a report of four cases and literature review / M. Anate, A.W. Olatinwo // Niger. J. Med. – 2020. – Vol. 10, N 2. – P. 85–90.
4. Дубоссарская З.М. Эндокринное бесплодие у женщин: патофизиологические механизмы и подходы к лечению / З.М. Дубоссарская // Лікування та діагностика. – 2016. – № 1. – С. 39–45.
5. Корнацька А.Г. Місцевий гуморальний імунітет у жінок з поєднаними формами неплідності / А.Г. Корнацька // Лікар. справа. – 2018. – № 4. – С. 82–84.
6. Основы репродуктивной медицины: Практ. руководство / Под ред. В.К. Чайки. – Донецк : Альматео, 2012. – Р. 6 : Бесплодие в браке. – С. 275–321.

DOI: 10.52705/2788-6190-2021-4-11
УДК:613.6:331.46]-055.2

Моніторинг здоров'я працюючого жіночого населення в шкідливих та небезпечних умовах праці

О.В. Григорян

Харківський національний медичний університет

Головною метою моніторингу здоров'я працюючого жіночого населення є не тільки попередження виникнення загальних та професійних захворювань, але й запобігання виникненню ускладнень загальних захворювань та нещасних випадків. Від результатів проведення моніторингу здоров'я жінок залежить встановлення їхнього раціонального режиму праці, оскільки в переліку протипоказань є обмеження щодо виконання певних робіт жінками у шкідливих та небезпечних умовах праці. Відомо про значну кількість нещасних випадків на виробництві, які сталися у працівників внаслідок загострення або виникнення ускладнень загального захворювання. Найчастіше ці випадки спостерігались у працівників, які не мали права виконувати небезпечні роботи за станом здоров'я. Існує два припущення виникнення цих ситуацій, а саме: неякісне проведення медичних оглядів та допуск до виконання небезпечних робіт працівників, які за станом здоров'я повинні бути відсторонені. Під час проведення медичних оглядів та моніторингу здоров'я жінок у НДІ гігієни праці та професійних захворювань Харківського національного медичного університету встановлено, що практично здоровими є тільки 10–12% жінок, у 20–25% жінок – гіпертонічна хвороба різного ступеня важкості, у 5–7% – варикозне розширення вен нижніх кінцівок, у 10% – різні гінекологічні захворювання, у 5% – анемії та інші захворювання.

Результати моніторингу здоров'я жінок за психофізіологічними показниками свідчать, що в Україні біля 20% жінок виконують небезпечні види робіт.

Протягом багатьох років під час проведення медичних оглядів працездатного населення встановлено, що практично здорових осіб серед представників чоловічої статі було суттєво більше, ніж серед жіночої. Саме тому постає велике питання щодо виконання робіт підвищеної небезпеки жінками.

Ключові слова: здоров'я працюючого жіночого населення, загальні та професійні захворювання, психофізіологічна експертиза, шкідливі та небезпечні умови праці.

Збереження здоров'я працюючого контингенту, у тому числі жінок, є одним із головних завдань держави. На сьогодні близько 70% осіб працюють у шкідливих і небезпечних умовах праці, що може призвести до розвитку загальних і професійних захворювань, травматизму і, навіть, до смерті [1, 2].

В Україні створені спеціальні державні установи, які здійснюють контроль за безпекою праці і збереженням здоров'я працюючих. Для допуску до виконання

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

небезпечних видів робіт необхідний висновок спеціалізованої комісії, до складу якої входять велика кількість кваліфікованих лікарів, медичного персоналу, а також лікаря-психофізіолога. Адже, незважаючи на удосконалення технологій і застосування інноваційних систем на виробництвах, людський фактор завжди залишиться понад усе [3].

Головною метою моніторингу здоров'я працюючого жіночого населення є не тільки попередження виникнення загальних та професійних захворювань, але й запобігання виникненню ускладнень загальних захворювань та нещасних випадків. Від результатів проведення моніторингу здоров'я жінок залежить встановлення їхнього раціонального режиму праці, оскільки в переліку протипоказань є обмеження щодо виконання певних робіт жінками у шкідливих та небезпечних умовах праці. Для досягнення цієї мети необхідно проводити медичні огляди із встановленою періодичністю згідно із законодавством України та нормативно-директивним документам, що регламентують необхідність проведення профілактичних медичних оглядів та психофізіологічної експертизи, як невід'ємної частини цього процесу [4, 5, 6, 7].

Незважаючи на автоматизацію багатьох підприємств, все-таки залишаються шкідливі та небезпечні умови праці, які впливають на здоров'я жінок, зокрема на репродуктивну та дітородну функцію. Існує багато гінекологічних захворювань, які виникають під впливом цих небезпечних для здоров'я факторів.

Відомо про значну кількість нещасних випадків на виробництві, які сталися у працівників у результаті загострення або виникнення ускладнень загального захворювання. Найчастіше ці випадки спостерігались у працівників, які не мали права виконувати небезпечні роботи за станом здоров'я.

Існує два припущення виникнення цих ситуацій:

- 1) неякісне проведення медичних оглядів;
- 2) допуск до виконання небезпечних робіт працівників, які за станом здоров'я повинні бути відсторонені [7].

Згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України № 246 від 21.05.2007 року «Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій», до шкідливих факторів виробничого середовища і трудового процесу належать:

1. Хімічні речовини, їхні сполуки та елементи.
2. Складні хімічні суміші, композиції, хімічні речовини визначеного призначення.
3. Промислові аерозолі переважно фіброгенного та змішаного типу дії.
4. Біологічні фактори.
5. Фізичні фактори.
6. Фізичне перевантаження та перенапруження окремих органів і систем органів та інші фактори трудового процесу.

У цьому наказі існує також перелік небезпечних видів робіт, працівники яких повинні проходити психофізіологічну експертизу:

- 1) роботи на висоті;
- 2) роботи з електроустановками;
- 3) водії усіх видів транспорту;
- 4) робота в газорятівній службі;
- 5) нервово-емоційні роботи та ін.

Під час проведення медичних оглядів та моніторингу здоров'я жінок у НДІ гігієни праці та професійних захворювань Харківського національного медичного університету встановлено, що тільки 10–12% жінок є практично здоровими, 20–25% мають гіпертонічну хворобу різного ступеня важкості, 5–7% – варикозне розширення вен нижніх кінцівок, 10% – різні гінекологічні захворювання, 5% – анемії та інші захворю-

вання. У результаті проведеного дослідження було визначено, що відсоток практично здорових чоловіків вищий, ніж у жінок ($29,84 \pm 3,31\%$ та $17,58 \pm 3,99\%$ відповідно), які виконують роботи підвищеної небезпеки. Відсоток майже усіх виявлених захворювань вищий у жінок, ніж у чоловіків [8].

За даними всесвітньої медичної та життєвої практики, чим людина молодше, тим у неї менше захворювань, та чим людина старша, тим більше захворювань спостерігається з віком. Треба розуміти, що більшість жінок, які працюють у шкідливих та небезпечних умовах, мають вік більше 40 років.

Ризик виникнення онкологічних захворювань під дією хімічних, фізичних та біологічних факторів дуже зростає і треба приділити цьому дуже важливу увагу.

Анемія, яка спостерігається тільки у жінок за результатами медичних оглядів, спричинена гінекологічними кровотечами різної етіології. В цьому стані виконання робіт в небезпечних умовах просто неможливе.

Фізичне перевантаження та перенапруження окремих органів і систем може стати причиною опущення та випадіння органів малого таза, які у більшості випадків закінчуються оперативним втручанням.

Під час проведення моніторингу здоров'я жінок за психофізіологічними показниками встановлено, що в Україні біля 20% жінок виконують небезпечні види робіт. Переважну кількість цих робіт становлять:

- роботи на висоті, верхолазні роботи, роботи, що пов'язані з підйомом на висоту (маляр, продавець, кранівник);
- роботи, пов'язані з нервово-емоційним напруженням (бухгалтер, економіст, апаратник);
- роботи з обслуговування діючої електроустановки (електромеханік, електромонтер).

Під час вивчення деяких психофізіологічних функцій у працівників відзначали різницю між жінками та чоловіками. Наприклад, така психофізіологічна функція, як пам'ять, за показником критерію «обсяг оперативної пам'яті» у чоловіків декілька перевищував його значення у жінок ($7,03 \pm 0,09$ чисел та $6,61 \pm 0,20$ чисел відповідно), що свідчить про декілька більшу напруженість психофізіологічного стану чоловіків, які виконують небезпечні роботи. Проте відсутність вірогідних відмінностей між обома групами порівняння демонструє особливу роль, яка належить професійно важливим функціям у виконанні небезпечних робіт незалежно від статі працюючого [9].

Показник урівноваженості нервової системи у чоловіків значно перевищував його значення у жінок – $0,47 \pm 0,15$ с та $0,07 \pm 0,04$ с відповідно, що свідчить про меншу напруженість психофізіологічного стану жінок, які виконують небезпечні роботи. Але вірогідні відмінності між групами порівняння свідчать про особливу роль, яка належить професійно важливим функціям у виконанні небезпечних робіт у жінок, ніж у чоловіків. За показником «урівноваженість нервової системи» виконання небезпечних робіт більш властиве жінкам [10].

Показник критерію «сила–слабкість» нервової системи у чоловіків декілька перевищував його значення у жінок ($104,11 \pm 1,36$ у.о. та $101,28 \pm 2,61$ у.о. відповідно), але ці відмінності не мали статистично значущих розбіжностей [11].

Показник візуально-моторної інтеграції у чоловіків значно відрізнявся від його значення у жінок ($36,31 \pm 0,99$ с та $49,56 \pm 3,41$ с відповідно). Це свідчить про здатність чоловіків до екстраполяції та швидкості реакції, що менш властива жінкам, які виконують небезпечні роботи [12].

Під час проведення медичних оглядів працездатного населення протягом багатьох років виявлено, що практично здорових осіб серед представників чоловічої

статі було суттєво більше, ніж серед жіночої. Отже, постає велике питання щодо виконання небезпечних робіт жінками.

Але в умовах дії карантину на території України існують певні проблеми з організацією медичних оглядів з усіх ланок цього ланцюга. Насамперед, це пов'язано зі страхом зараження коронавірусної інфекції в межах лікувального закладу. Разом з тим постановами КМУ від 04.05.2020 р. № 343, від 22.07.2020 р. № 641 встановлено, що на період дії карантину тимчасово дозволяється залучення до роботи без проходження попереднього (під час прийняття на роботу) та періодичних (протягом трудової діяльності) медичних оглядів працівників, зайнятих на важких роботах, роботах зі шкідливими чи небезпечними умовами праці або таких, де є потреба у професійному доборі.

Зазначені вище проблеми не знижують ризик виникнення загальних, професійних захворювань та травматизму, а навпаки – збільшують! Бо такий фактор, як стрес, порушує стресостійкість в умовах постійної психологічної атаки та провокує виникнення захворювань, знижує працездатність, рівень уваги, пам'яті, мислення тощо.

Основними принципами якісного проведення медичних оглядів є:

1. Наявність висококваліфікованих кадрів.
2. Оснащення комп'ютерно-цифровим обладнанням.
3. Проведення психофізіологічної експертизи.
4. Взаємозв'язок усіх структур у прийнятті рішення щодо профпридатності.
5. Чітке планування графіків проведення медичних оглядів.
6. Індивідуальний підхід до кожної людини.

Потрібно пам'ятати, що у збереженні здоров'я працюючих повинні бути взаємно зацікавлені як самі працюючі, так і лікарі, роботодавці, а також представники різних державних і громадських структур (медико-соціальні експертні комісії, фонди соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, профспілки та інші).

У наш непростий час, коли весь світ виявився заручником подій, пов'язаних з COVID-19, стало зрозумілим, що здоров'я і майбутнє всього населення земної кулі залежить від профілактичної медицини!

Мониторинг здоровья работающего женского населения во вредных и опасных условиях труда Е.В. Григорян

Главной целью мониторинга здоровья работающего женского населения является не только предупреждение возникновения общих и профессиональных заболеваний, но и предотвращение осложнений общих заболеваний и несчастных случаев. От результатов проведения мониторинга здоровья женщин зависит установление их рационального режима труда, поскольку в перечне противопоказаний существуют ограничения при выполнении определенных работ женщинами во вредных и опасных условиях труда.

Известно о значительном количестве несчастных случаев на производстве, которые наблюдались у работников вследствие обострения или возникновения осложнений общего заболевания. Чаще всего эти случаи наблюдались у работников, которые не имели права выполнять опасные работы по состоянию здоровья. Существует два предположения о возникновении этих ситуаций, а именно: некачественное проведение медицинских осмотров и допуск к выполнению опасных работ работников, которые по состоянию здоровья должны быть отстранены.

При проведенні медичних оглядів і моніторингу здоров'я жінок в НІІ гігієни праці і професійних захворювань Харківського національного медичного університету встановлено, що тільки 10–12% жінок являються практично здоровими, у 20–25% жінок діагностована гіпертонічна хвороба різної ступеня тяжкості, у 5–7% – варикозне розширення вен нижніх кінчностей, у 10% – різні гінекологічні захворювання, у 5% – анемія і інші захворювання.

Результати моніторингу здоров'я жінок за психофізіологічними показателями свідчать, що в Україні близько 20% жінок виконують небезпечні види робіт.

Впродовж багатьох років при проведенні медичних оглядів трудоспроможного населення встановлено, що практично здорових осіб серед представників чоловічої статі було суттєво більше, ніж серед жіночої. Іменно тому виникає великий питання щодо виконання робіт підвищеної небезпечності жінками.

Ключові слова: здоров'я працюючого жіночого населення, загальні і професійні захворювання, психофізіологічна експертиза, шкідливі і небезпечні умови праці.

Monitoring the health of the working female population in harmful and dangerous working conditions

O.V. Hryhorian

The main purpose of monitoring the health of the working female population is not only to prevent the occurrence of general and occupational diseases, but also to prevent complications of common diseases and accidents. The establishment of their rational work regime depends on the results of monitoring women's health, since there is a large list of contraindications that restrict women from performing certain jobs in harmful and dangerous working conditions.

There are many known accidents at work that have been observed in workers as a result of exacerbation or complications of a general disease. These cases were more common in workers who were not allowed to perform hazardous work due to their health. There are two assumptions about the occurrence of these situations: 1) poor quality medical examinations and 2) admission to the performance of the performance hazardous work of workers, who for health reasons should be eliminated.

Medical examinations and monitoring of women's health at the Institute of Occupational Health and Occupational Diseases of KhNMU found that only 10–12% of women are practically healthy, 20–25% have hypertension of varying severity, 5–7% – varicose veins of the lower extremities, 10% – various gynecological diseases, 5% – anemia and other diseases.

When monitoring women's health on psychophysiological indicators, it was found that in Ukraine about 20% of women perform dangerous types of work.

Medical examinations of the working population for many years revealed that there were significantly more healthy people among males than among females. This raises the big question of women's permits and requirements for these jobs

Keywords: health of the working female population, general and occupational diseases, psychophysiological examination, harmful and dangerous working conditions.

Відомості про автора

Григорян Олена Валеріківна – Кафедра гігієни та екології № 1 Харківського національного медичного університету; Лабораторія клінічної профпатології та психофізіологічної експертизи НДІ гігієни праці та професійних захворювань Харківського національного медичного університету, 61058, м. Харків, вул. Тринклера, 6; тел.: (057) 705-07-72, (097) 556-25-22. E-mail: ov.hryhorian@knmu.edu.ua

ORCID ID: 0000-0002-2906-7239

Сведения об авторе

Григорян Елена Валериковна – Кафедра гигиены и экологии № 1 Харьковского национального медицинского университета; Лаборатория клинической про-
фпатологии и психофизиологической экспертизы НИИ гигиены труда и професси-
ональных заболеваний Харьковского национального медицинского университета,
61058, г. Харьков, ул. Тринклера, 6; тел.: (057) 705-07-72, (097) 556-25-22. E-mail: ov.
hryhorian@knu.edu.ua

ORCID ID: 0000-0002-2906-7239

Information about the author

Hryhorian Olena V. – Department of Hygiene and Ecology No.1 Kharkiv National
Medical University; Laboratory of Clinical Occupational Pathology and Psychophysiological
Examination of the Research Institute of Occupational Hygiene and Occupational Diseases
Kharkiv National Medical University, 61058, Kharkiv, Trinklera str, 6; tel.: (057) 705-07-
72, (097) 556-25-22. E-mail: ov.hryhorian@knu.edu.ua

ORCID ID: 0000-0002-2906-7239

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Korchahin M, Kurbakova S, Olkhovyj O. Zalezhnist uspishnosti profesiinoi diialnosti viiskovosluzhbovtiv-operatoriv vid rivnia psykhoфизиологичныkh yakosteі. Sport visnyk Prydniprovia. 2017;3:65–8.
2. Manu P, Poghosyan A, Mshelia IM, Iwo ST, Mahamadu AM, Dziekonski K. Design for occupational safety and health of workers in construction in developing countries: a study of architects in Nigeria. Int J Occup Saf Ergon. 2018;25(1):99-109.
3. Kalnysh W, Puty sovershenstvovanya professionalnoho psykhoфизиологичeskoho otbora y monytorynha professionalno vazhnykh kachestv spetsyalystov, robotaiushchykh v uslovyakh s povyshennoi opasnostiu. Ukrainskyi zhurnal z problem medytsyny pratsi. 2015;4:14–25.
4. Zakon Ukrainy №2695-KhII vid 14.10.1992 roku «Pro okhoronu pratsi».
5. Zakon Ukrainy №2801-KhII vid 19.11.1992 roku «Osnovy zakonodavstva Ukrainy pro okhoronu zdorovia».
6. Nakaz MOZ Ukrainy №133 vid 25.03.2003 roku «Pro zatverdzhennia Pereliku spetsializovanykh likuvalno-profilaktychnykh zakladiv, yaki maiut pravo vstanovliuvaty ostatochnyi diahnoz shchodo profesiynykh zakhvoriuvan».
7. Kapustnyk VA, Kostiuk IF, za red. Kapustnyka VA. Profesiini khvoroby : pidruchnyk, 4-te vyd., pererob. ta dop. Kyiv:VSV Medytsyna, 2015. 536 s.
7. Korobchanskyi VO, Hryhorian OV. Analiz zakhvoriuvanosti sered pratsivnykiv, yaki vykonuiut roboty pidvyshchenoi. Ukrainskyi zhurnal medytsyny, biolohii ta sportu. 2018; 6(15):221-7.
9. Korobchanskyi VO, Hryhorian OV. Fiziologo-higienichne obgruntuvannia kryteriiv profesiinoi prydatnosti pratsivnykiv, yaki vykonuiut roboty pidvyshchenoi nebezpeky. Journal of Education, Health and Sport. 2017;7(3):540-550.
10. Korobchanskyi VO, Hryhorian OV. Urivnovazhenist nervovoi systemy - vazhlyvyi faktor formuvannia profesiinoi prydatnosti do robot z pidvyshchenoiu nebezpekoiu. Eksperymentalna i klinichna medytsyna. 2017;3(76):113-6.
11. Korobchanskyi VO, Grygorian EV. The criterion "strength – weakness" of the nervous vocational system in aptitude of workers involved in hazardous activities. INTER COLLEGAS. 2018;2(5):99-104.
12. Korobchanskyi VO, Hryhorian OV. Kryterii vizualno-motornoї inteɦratsii yak profesiino-znachushcha funktsiia pratsivnykiv, robota yakyykh poviazana z pidvyshchenoiu nebezpekoiu. Medytsyna sohodni i zavtra. 217;1(74):80-84.

ТЕЗИ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ ФАХОВОЇ ШКОЛИ-СЕМІНАРУ
З ОНЛАЙН-ТРАНСЛЯЦІЄЮ

«КЛІНІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ В ПРАКТИЦІ АКУШЕРА-ГІНЕКОЛОГА»

ЛЬВІВ – ЛУЦЬК – РІВНЕ
10 листопада 2021 року

Порівняльні аспекти вагітності та пологів у жінок з першим медичним абортom в анамнезі

С.М. Бакшеев

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

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

Матеріали та методи. Для виконання поставленої мети в дослідження включено 119 жінок. До основної групи увійшли 67 повторновагітних жінок, що народжують уперше, які перервали першу вагітність медичним абортom у І триместрі. До групи порівняння увійшли 52 першовагітних жінок без обтяженого акушерського анамнезу.

Основну групу було розподілено на дві підгрупи:

І підгрупа – 23 жінки, що мали ускладнення після переривання першої вагітності медичним абортom;

II підгрупа – 44 жінки, що не мали ускладнення після медичного аборту.

На кожному породіллі була заповнена спеціально розроблена анкета з результатами клініко-функціональних і лабораторних методів досліджень.

Результати. Більшість пацієнток основної групи і групи порівняння встали на облік в жіночу консультацію до 12 тиж вагітності (83,0% і 72,8% відповідно). Основними варіантами гестаційних ускладнень є загроза переривання вагітності, гестаційна анемія, преєклампсія і плацентарна дисфункція. Вагітність закінчилася пологами через природні пологові шляхи у 80,7% пацієнток основної групи і в 92,2% групи порівняння. Кесарів розтин зроблено в 19,3% і 7,8% жінок відповідно, у тому числі при недоношеній вагітності – в 0,7% (35 тиж) і в 1,9% (32 і 35 тиж). Частота передчасних пологів становила в основній групі 5,2%, у групі порівняння – 2,9%. Найбільшу кількість кесарева розтину в основній групі (7 із 13 – 53,9%) зроблено в плановому порядку, у групі порівняння (3 із 4 – 75,0%) – в ургентному порядку.

Серед показань для кесарева розтину у більшості спостережень в обох групах (57,7% і 75,0% відповідно) переважали екстрагенітальні захворювання та ускладнення

вагітності. В основній групі у 67 жінок вагітність закінчилася народженням 67 живих новонароджених, у групі порівняння у 103 жінок народилося 103 живих новонароджених.

Заключення. Результати проведених досліджень свідчать про істотну різницю особливостей перебігу вагітності і пологів у жінок, що мають медичний аборт в анамнезі та не мають обтяженого анамнезу. Можна стверджувати, що низка ускладнень, що розвинулися під час вагітності у жінок основної групи, пов'язані з раніше перенесеною операцією медичного аборту (загроза переривання вагітності, аномалії пологової діяльності, щільне прикріплення плаценти, внутрішньоутробне інфікування плода).

Отримані результати свідчать про необхідність удосконалення алгоритму ведення вагітності і пологів у жінок з першим медичним абортom в анамнезі.

Вплив різних варіантів тиреоїдної патології на клінічний перебіг безпліддя

Д. Ю. Берая

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

Мета дослідження: аналіз частоти і структури тиреоїдних порушень у жінок з безпліддям.

Матеріали та методи. Для виконання поставленої мети була проведена скринінгова оцінка патології щитоподібної залози у 298 жінок з безпліддям (основна група) та у 50 фертильних жінок, що звернулися в клініку для підбору методу контрацепції (контрольна група). Обстеження пацієнток з безпліддям проводили відповідно до загальноприйнятого діагностичного алгоритму, включаючи ендоскопічні методи, а лікування – залежно від виявлених причин безпліддя.

Результати. Провідне місце у структурі причин безпліддя у жінок з аутоімунним тиреоїдитом посідав зовнішній генітальний ендометріоз – 34,4%, у жінок з виявленим гіпотиреозом – ендокринний чинник безпліддя (синдром полікістозних яєчників) – у 29,8% випадків, у пацієнток з компенсованим гіпотиреозом – зовнішній генітальний ендометріоз – у 26,6%, у жінок з еутиреоїдним зобом і у пацієнток без патології щитоподібної залози – трубно-перитонеальний чинник (33,3% і 39,8% відповідно).

Для пацієнток з аутоімунними тиреопатіями характерна висока частота невиношування вагітності (у 2–2,4 раза), що перевищує аналогічні показники в контрольній групі.

Заключення. У пацієнток з безпліддям поширеність тиреоїдної патології в 3,8 раза вище порівняно з фертильними жінками (48% і 12,5% відповідно). У структурі патології щитоподібної залози переважає носійство антитіл до тиреопероксидази поєднано з ультразвуковими ознаками аутоімунного тиреоїдиту (24% і 8,7% відповідно); субклінічний гіпотиреоз в результаті аутоімунного тиреоїдиту (8,6% і 2,5% відповідно); еутиреоїдний зоб (7,8% і 2,5% відповідно).

Результати анкетування, проведеного у жінок з безпліддям, продемонстрували низьку діагностичну цінність клінічної симптоматики гіпотиреозу порівняно з лабораторною діагностикою у верифікації даного діагнозу. Чутливість симптомів була невисокою і коливалась від 16,1% до 27,8%, тоді як специфічність симптомів була значною і варіювала від 85,1% до 94,5%.

Вікові аспекти допоміжних репродуктивних технологій при поєднаних формах безпліддя

О.О. Берестовий

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

Мета дослідження: вивчити роль віку пацієнток в оцінюванні ефективності допоміжних репродуктивних технологій при поєднаних формах безпліддя.

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети було обстежено 70 жінок репродуктивного віку, які увійшли в три групи: основну ($n=30$), порівняння ($n=30$) і контрольну ($n=10$). До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, ендокринологічні, морфологічні, статистичні та імунологічні.

Результати. Зі збільшенням віку хворих закономірно знижується кількість зростаючих фолікулів, отриманих під час пункції яєчників ооцитів, зокрема зрілих. Одним із механізмів порушення фолікуло- та оогенезу є зміна цитокінової регуляції цих процесів. Зі збільшенням віку пацієнток відбувається збільшення вмісту у фолікулярній рідині яєчників прозапальних цитокінів. Стимуляція яєчників гонадотропінами супроводжується зростанням фолікулів, рекрутуванням і активацією імунокомпетентних клітин з індукцією протизапальних, прозапальних цитокінів і хемокінів. Негативну роль можуть грати високі концентрації в крові естрадіолу, а також фармакологічні препарати, що використовуються під час стимуляції яєчників (гонадотропіни, агоністи і антагоністи гонадотропін-релізінг-гормону), а також вік пацієнток.

Заключення. До інформативних клініко-анамнестичних і гормональних чинників, що визначають результат циклу допоміжних репродуктивних технологій у хворих репродуктивного віку з поєднаними формами безпліддя, належать: вік хворої; індекс маси тіла; наявність трубно-перитонеального чинника безпліддя; рівень вільного тестостерону в крові; вміст прогестерону в крові на 20–22-й день менструального циклу, а також визначення у фолікулярній рідині яєчників цитокінів.

У дослідженні показана роль віку пацієнток в оцінюванні ефективності застосування допоміжних репродуктивних технологій.

Сучасна тактика діагностики та лікування порушень менструальної і репродуктивної функції при поєднаній патології матки

С.Є. Гладенко

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

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

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети було проведено комплексне клініко-лабораторне, функціональне та імуногістохімічне обстеження 109 жі-

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

нок з поєднаною патологією матки і порушенням репродуктивної функції. Пацієнток було розподілено на групи: 1-а група (n=69) і 2-а група (n=19) були сформовані з пацієнток із хронічним ендометритом і супутньою генітальною патологією. У 3-ю групу (n=21) були включені жінки після різних внутрішньоматкових маніпуляцій.

Для вивчення нових аспектів патогенезу порушення репродуктивної функції у жінок з поєднаною патологією матки імуногістохімічне дослідження ендометрія проводили методом подвійних антитіл з імунопероксидазною (стрептовідін-біотиною) міткою, використовували серійні парафінові зрізи.

Результати. Ретроспективне вивчення наданої медичної допомоги продемонструвало, що бажання мати дітей стало причиною активного лікування у більшості обстежених жінок. Протизапальна (включаючи антибактеріальну) терапію раніше проведена у 93,3% хворих, причому в половині випадків – неодноразово. Гормональні препарати раніше призначалися 66,2% хворих. Ендоскопічні хірургічні втручання на органах репродуктивної системи виконані у 46,7% пацієнток. Більшість жінок використовували програми допоміжних репродуктивних технологій, які не принесли бажаного ефекту.

Результати лабораторно-інструментального обстеження підтвердили наявність різних структурно-функціональних змін ендометрія, які могли бути самостійним чинником, що перешкоджає імплантації і успішному розвитку вагітності. Підвищення проангіогенного потенціалу відіграє значну роль в патогенезі поєднаної патології матки і порушень репродуктивної функції.

Заключення. 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.

Патологія плода після застосування допоміжних репродуктивних технологій

О.М. Іщак

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

Мета дослідження: аналіз впливу допоміжних репродуктивних технологій на перинатальні результати розродження при одно- і багатоплідній вагітності.

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети був проведений аналіз народження 346 дітей – у групі індукованої вагітності після застосування допоміжних репродуктивних технологій (з них 134 в групі багатоплідної вагітності) і 415 живих дітей в групі мимовільної вагітності (з них 142 в групі багатоплідної вагітності).

Результати. Аналіз стану новонароджених продемонстрував, що при індукованій одноплідній вагітності наступні патологічні стани зустрічаються частіше, ніж при мимовільній вагітності:

- асфіксія при народженні – 4,7% проти 1,1% ($p<0,05$),
- неонатальна жовтяниця – 31,6% проти 18,6% ($p<0,05$),
- внутрішньошлункові крововиливи – 3,3% проти 0,73% ($p<0,05$).

При багатоплідді після застосування допоміжних репродуктивних технологій у новонароджених також частіше реєстрували асфіксію при народженні, неонаталь-

нуа жовтяницю, респіраторний дистрес-синдром, внутрішньошлуночкові крововиливи, проте статистично достовірних відмінностей не виявлено. Найбільш поширеними розладами у даної групи дітей були затримка внутрішньоутробного розвитку (29,3%), асфіксія при народженні (90,5%), неврологічні зміни (53,6 %).

Заключення. Допоміжні репродуктивні технології не сприяють збільшенню частоти природжених аномалій розвитку в плода, а також зростанню рівня перинатальної захворюваності. Набагато частіше велике значення має преморбідний фон подружніх пар, причини безпліддя, ефективність діагностики і лікування, а також варіант програм допоміжних репродуктивних технологій, які застосовуються.

Наявність багатоплідної вагітності після використання допоміжних репродуктивних технологій підвищує ризик розвитку плацентарної дисфункції і затримки розвитку плода, що негативно впливає на перинатальні результати розродження.

Актуальні аспекти патогенезу анемії вагітних із порушеннями у пубертатному періоді

О.А. Ковалишин

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

Мета дослідження: вивчення ролі сироваткового феритину в патогенезі анемічного синдрому у вагітних із порушеннями в пубертатному періоді.

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети в дослідження були включені 335 вагітних. Усіх пацієнток було розподілено на дві групи:

- основна група – 275 жінок з анемічним синдромом у I, II і III триместрах вагітності, яких було розподілено на підгрупи. До 1-ї підгрупи увійшли 185 жінок, що страждають залізодефіцитною анемією в I, II і III триместрах вагітності, в яких не зафіксовано гострих або хронічних інфекційно-запальних захворювань, як до, так і в період справжньої вагітності. Анемію у таких жінок умовно позначили як дійсну залізодефіцитну анемію. До 2-ї підгрупи увійшли 90 жінок з анемією в III триместрі вагітності, що розвинулася на тлі гострої або хронічної інфекційно-запальної патології. Анемічний синдром у таких пацієнток ми умовно позначили як анемію запальних захворювань.

- група контролю – 60 жінок з фізіологічним перебігом вагітності і нормальними показниками концентрації гемоглобіну, кількості еритроцитів в периферичній крові і обміні заліза, в яких в анамнезі не зафіксовано хронічних інфекційних і аутоімунних захворювань.

Результати. Концентрація гемоглобіну у I триместрі у пацієнток з дійсною залізодефіцитною анемією, що розвинулася у III триместрі, була достовірно вище, ніж у пацієнток контрольної групи: $119,8 \pm 1,9$ г/л проти $118,8 \pm 2,7$ г/л відповідно. Концентрація сироваткового феритину в контрольній групі у всіх триместрах виявилася достовірно вище, ніж у вагітних з анемією в різні терміни гестації. Це свідчить, що при прогнозуванні ризику розвитку анемії правильнішим є орієнтуватися не на вихідний рівень гемоглобіну, а на концентрацію сироваткового феритину. Коефіцієнт лінійної кореляції досліджуваних показників у I триместрі

вагітності становить +0,63, у II триместрі +0,79, у III триместрі +0,77. Суть логарифмічної залежності полягає в тому, що при вищих значеннях сироваткового феритину гемоглобін знижується не настільки істотно, як це спостерігається при низьких рівнях сироваткового феритину.

Заключення. Результати проведених досліджень свідчать про істотну роль сироваткового феритину в патогенезі анемічного синдрому у вагітних у всіх триместрах гестації. Встановлені особливості патогенезу анемічного синдрому необхідно враховувати під час розроблення комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Сучасна діагностика інфекційно-запальних захворювань піхви та шийки матки

І.Ю. Костюк

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

Мета дослідження: визначення особливостей цитокінового статусу при неспецифічних інфекційних захворюваннях піхви та шийки матки.

Матеріали та методи. Для виконання поставленої мети було виділено 9 профільних груп:

- I група – умовно здорові (42 жінки),
- II група – кандидоз (45 жінок),
- III група – бактеріальний вагіноз (112 жінок),
- IV група – неспецифічний вульвовагініт (107 жінок),
- V група – гострий вульвовагінальний кандидоз (61 жінка),
- VI група – хронічний вульвовагінальний кандидоз (76 жінок),
- VII група – бактеріальний вагіноз + кандидозна інфекція (71 жінка),
- VIII група – неспецифічний вульвовагініт + кандидозна інфекція (84 жінки),
- IX група – бактеріальний вагіноз + неспецифічний вульвовагініт (63 жінки).

Після розподілу пацієнток по групах були проведені поглиблені імунологічні дослідження. Цитологічне, бактеріоскопічне і бактеріологічне дослідження вагінального секрету виконували традиційними методами.

Результати. Підвищення активності IL-4 спостерігали при кандидозній інфекції. При аеробно-грибкових асоціаціях відзначено виражений дисбаланс цитокінів: достовірне підвищення рівня IL-4, IL-6 при зменшенні кількості IL-1, IL-2, TNF- α , INF γ . Такі зміни цитокінового каскаду поєднуються зі зміною вираженості запальної реакції. Змішана аеробно-анаеробна інфекція супроводжувалася значними порушеннями системи локального імунітету. Активний синтез прозапальних цитокінів, що поєднується з депресією протизапальної ланки, супроводжується зниженням кількості і поглинальної активності фагоцитів.

Заключення. Результати проведених досліджень свідчать про істотну роль цитокінового статусу під час оцінювання стану місцевих чинників захисту у пацієнток з інфекційно-запальними захворюваннями піхви та шийки матки. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ендоскопічна діагностика поєднаної патології матки

Ю.М. Садигов

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

Мета дослідження: гістероскопічне оцінювання поєднаної патології матки у постменопаузальний період.

Матеріали та методи. Матеріалом дослідження були дані проспективного обстеження 171 хворої у постменопаузальний період. Усі пацієнтки пройшли повне клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження.

В ході поглибленого обстеження були сформовані дві клінічні групи. До основної групи увійшли 89 жінок з наявністю метаболічного синдрому; контрольну групу склали 82 жінки, що не мають метаболічного синдрому.

В основній групі виділено дві підгрупи жінок: 1-а підгрупа (n=30) – пацієнтки з ізольованою формою патології ендометрія, 2-а підгрупа (n=59) – з поєднаною патологією матки.

У контрольній групі виділено дві підгрупи жінок: 1-а підгрупа (n=48) – пацієнтки з ізольованою патологією ендометрія, 2-а підгрупа (n=34) – з поєднаною формою проліферативних процесів матки.

До комплексу обстеження жінок, що перебували під спостереженням, входили: ретельний збір анамнезу життя і захворювання, об'єктивне обстеження, додаткові методи обстеження: гістероскопія за загальноприйнятими методиками.

Результати. Під час гістероскопічного дослідження у жінок основної групи (в обох підгрупах) частіше зустрічалася гіперплазія ендометрія, тоді як в контрольній групі у жінок, що мають ізольовану патологію ендометрія, частіше спостерігалася атрофія ендометрія. Збіг висновків морфологічного дослідження зіскрібків ендометрія і гістероскопічних досліджень виявлений у 156 (91,22%) жінок.

До комплексного обстеження хворих входила також проста і розширена кольпоскопія шийки матки з подальшою прицільною біопсією. Патологія екзоцервіксу підтверджувалася даними морфологічного дослідження біоптатів.

Заключення. Результати проведених досліджень свідчать про високий ступінь інформативності гістероскопічного оцінювання поєднаної патології матки у жінок постменопаузального періоду.

Встановлені особливості необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у цих пацієнток.

Спайковий процес після ургентних гінекологічних операцій

В.А. Терехов

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України, м. Суми

Мета дослідження: вивчення залежності вираженості спайкового процесу у гінекологічних хворих з урахуванням кількості і об'єму попередніх операцій.

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети обстежено і проведено хірургічне лікування лапароскопічним доступом у 304 пацієнток, що перенесли раніше оперативні втручання на органах черевної порожнини і малого таза.

Усіх хворих було розподілено на три групи залежно від кількості і характеру перенесених операцій:

- 1-а група – 159 хворих з одним череворозтином в анамнезі після гінекологічних операцій;
- 2-а група – 99 жінок з двома череворозтинами в анамнезі, водночас у жінок цієї групи фіксували гінекологічні, хірургічні втручання або їх поєднання;
- 3-я група – 46 пацієнток, зокрема: 30 жінок, що мають в анамнезі 3 і більше череворозтинів, а також 16 жінок, які перенесли оперативні втручання з приводу розлитого гнійного перитоніту, кишкової непрохідної і перфоративної виразки шлунка.

Результати. Перенесені оперативні втручання є важливим чинником, що призводить до утворення спайок в малому тазу. Вираженість спайкового процесу в малому тазу мала прямо пропорційну залежність від кількості череворозтинів. Серед усіх пацієнток, що мали в анамнезі консервативну міомектомію поєднано з кесаревим розтином або гістеректомією, спайковий процес органів малого таза виявився найбільш вираженим.

Заключення. Чинниками, що призводять до формування спайок в малому тазу, є перенесені оперативні втручання. Ризик розвитку і вираженість післяопераційних зрощень знаходяться в прямій залежності від кількості череворозтинів в анамнезі. Прогностично несприятливою є вказівка на два і більше гінекологічних втручання, більшою мірою радикальні операції на матці. Отримані результати необхідно використовувати під час розроблення тактики лапароскопічного лікування гінекологічних хворих.