



ПЕРИНАТОЛОГІЯ ТА РЕПРОДУКТОЛОГІЯ: від наукових досліджень до практики

Електронне науково-практичне видання

PERINATOLOGY AND REPRODUCTOLOGY: from research to practice

Online scientific-practical journal

№3 vol. 2 • 2022

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, мамології.*

*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 онлайн і
не має друкованої версії / The journal is
published exclusively online and does not
have a printed version

Затверджено до публікації вченою
радою НУОЗУ імені П. Л. Шупика –
Протокол №6 від 21.09.2022 /
Approved for publication by Scientific
Council of Shupyk National Healthcare
University of Ukraine –
Protocol №6 from 21.09.2022.

Підписано до друку/
Passed for printing 22.09.2022.

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, 2022

ISSN 2788-6190

PERINATOLOGY AND REPRODUCTOLOGY:
FROM RESEARCH TO PRACTICE
№ 3 vol. 2 • 2022

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

АКУШЕРСТВО

Профілактика невиношування вагітності у жінок із дефіцитом маси тіла	
О.О. Боженко	5
Плацентарна дисфункція у жінок із ретрохоріальними гематомами у I триместрі вагітності: діагностика і тактика ведення	
І.М. Кошова	10
Тактика прогнозування гестаційних ускладнень у жінок з високим перинатальним ризиком	
С.Ю. Вдовиченко, С.М. Сальніков	16

ГІНЕКОЛОГІЯ

Пухлини яєчників у жінок після видалення матки з приводу доброякісних захворювань	
М.В. Галанджій.....	24
Особливості сексуальної поведінки дівчат із різним перебігом пубертатного періоду	
О.А. Ковалишин	32
Вплив органозберігаючих операцій на яєчниках на менструальну функцію жінок	
В.А. Терехов	38

БЕЗПЛІДДЯ

Безпліддя подружніх пар: медичні та вікові аспекти	
О.О. Берестовий	44
Тактика лікування безпліддя у жінок із поєднаною патологією матки та грудних залоз	
С.Є. Гладенко	52
Тактика допоміжних репродуктивних технологій у пацієнток після різних методів оперативного лікування патології шийки матки	
І.Ю. Костюк	57

TABLE OF CONTENTS №3 vol.2 / 2022

OBSTETRICS

Women have a prophylaxis of unmaturing of pregnancy with the underweight	
O.O. Bozhenko	5
Placental disfunction for women with retrochorial haematomas in I trimester of pregnancy: diagnostics and management tactics	
I.M. Koshova	10
Women have prognostication of gestational complications with a high perinatal risk	
S.Yu. Vdovichenko, S.M. Sal'nikov	16

GYNECOLOGY

Ovarian tumors in women after hysterectomy for benign diseases	
M.V. Halandzhiy	24
Features of sexual conduct of girls are with different motion of puberty	
O.A. Kovalishin.....	32
Influence of organ-preserving operations on ovaries on the menstrual function of women	
V.A. Terekhov	38

INFERTILITY

Medical and social features of matrimonial pair with infertility	
O.A. Berestovoy	44
Tactic of treatment of infertility for women with combined pathology of uterus and mammary glands	
S.E. Gladenko	52
Patients have tactic of auxiliary genesial technologies after the different methods of operative treatment of pathology of cervix	
I.Yu. Kostyuk	57

DOI: 10.52705/2788-6190-2022-03-1
УДК 618.39-06:616-055.2-056.57-084

Профілактика невиношування вагітності у жінок із дефіцитом маси тіла

О.О. Боженко

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

Мета дослідження: зниження частоти невиношування вагітності у жінок із дефіцитом маси тіла на підставі вивчення клініко-ехографічних та біохімічних особливостей, а також удосконалення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Матеріали та методи. Проведено клініко-лабораторне і функціональне обстеження 200 жінок з дефіцитом маси тіла, з яких 100 отримували загальноприйняті діагностичні та лікувально-профілактичні заходи та 100 – удосконалений нами алгоритм. До контрольної групи увійшли 30 вагітних.

З метою зниження частоти невиношування та інших ускладнень вагітності необхідно використовувати індивідуально направлену гормональну та метаболічну корекцію, застосовувати клінічні, ехографічні, кардіотокографічні, доплерометричні, біохімічні, морфологічні та статистичні методи.

Результати. Отримані результати свідчать, що у структурі дефіциту маси тіла у жінок до вагітності зниження харчування (IMT $19,1 \pm 0,4$ кг/м²) становило 50%, гіпотрофія I ст. (IMT $18,0 \pm 0,5$ кг/м²) – 41% та гіпотрофія II–III ст. (IMT $16,3 \pm 0,9$ кг/м²) – 9% відповідно. Сумарна частота генітальної патології до вагітності у жінок із дефіцитом маси тіла становила 51,5%, серед різних нозологічних форм переважали порушення менструальної функції (16,5%), в інших випадках – сальпінгоофорити (9,5%); порушення репродуктивної функції (8,5%) та перенесені гінекологічні операції (9,5%).

Установлено, що у вагітних з дефіцитом маси тіла збільшення маси тіла відбувається переважно (70–80%) за рахунок низької маси тіла. Жирова тканина становить невелику частину (до 20%) надбавки маси тіла, тобто не відбувається компенсації дефіциту маси тіла під час вагітності, спостерігається недостатня надбавка маси тіла під час вагітності у пацієнток з низькою масою тіла.

Висновки. Використання удосконаленого алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів дозволяє знизити частоту загрози переривання вагітності у I триместрі (з 20% до 10%; $p < 0,001$), блювання вагітних (з 14% до 6%; $p < 0,001$), залізодефіцитної анемії у I триместрі (з 36% до 16%; $p < 0,001$), артеріальної гіпертензії (з 20% до 12%; $p < 0,001$), бактеріального вагінозу (з 10% до 4%; $p < 0,001$), кандидозу (з 8% до 4%; $p < 0,001$), загрози переривання

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

вагітності у II триместрі (з 44% до 24%; $p < 0,05$), залізодефіцитної анемії (з 74% до 50%; $p < 0,001$), плацентарної дисфункції (з 32% до 20%; $p < 0,05$), внутрішньо-утробної гіпоксії (з 30% до 18%; $p < 0,001$), затримки росту плода (з 12% до 6%; $p < 0,05$), прееклампсії середнього та важкого ступеня (з 22% до 6%; $p < 0,001$). Водночас частота термінових пологів збільшується на 4%, а передчасних – знижується на 6% відповідно.

Ключові слова: невиношування вагітності, дефіцит маси тіла, профілактика.

Невиношування вагітності є однією з найважливіших проблем сучасної охорони здоров'я у всьому світі. При цьому частота передчасного переривання вагітності коливається у межах 10–25% [1–5]. Незважаючи на велику кількість досліджень, присвячених профілактиці і лікуванню невиношування, частота передчасних пологів становить 5–10% [6–10].

Невиношування вагітності – це універсальна, інтегрована відповідь жіночого організму на будь-яке виражене неблагополуччя у стані здоров'я вагітної, внутрішньо-утробного плода, довкілля і багато інших чинників. В умовах адаптації до вагітності найяскравіше проявляється єдність нервової і гуморальної регуляції, контрольованої симпатоадреналовою системою, яка забезпечує організм жінки достатніми енергетичними ресурсами в умовах внутрішнього і зовнішнього середовища, що змінилося [11–15].

Серед різних чинників ризику невиношування все більшого значення набувають початкові фонові соматичні захворювання, особливо ендокринного генезу. Успіхи сучасної ендокринології до сьогодні створили передумови до розуміння генезу порушень репродуктивної системи і забезпечили можливість більш глибокого розуміння механізмів невиношування вагітності на тлі різних варіантів дисгормональних порушень [16–20].

Останніми роками у структурі генітальної та екстрагенітальної патології особливо місце посідають різні ендокринопатії, одним із варіантом яких є дефіцит маси тіла (ДМТ) [21–25]. У той самий час вагітні з ДМТ мають підвищений ризик розвитку різних акушерських і перинатальних ускладнень, а існуючі лікувально-профілактичні заходи не завжди ефективні.

Водночас патогенез невиношування на фоні ДМТ вивчений недостатньо. Відсутні чіткі дані про особливості формування і функціонального стану фетоплацентарного комплексу і порушень стану внутрішньоутробного плода і новонародженого залежно від початкових особливостей ендокринних порушень. Крім того, відсутні дані про диференційований підхід до профілактики невиношування вагітності з урахуванням основних причин ДМТ.

Усе викладене вище є підставою для проведення наукового дослідження, що дозволяє вирішити важливе наукове завдання сучасного акушерства.

Мета дослідження: зниження частоти невиношування вагітності у жінок із ДМТ на підставі вивчення клініко-ехографічних та біохімічних особливостей, а також удосконалення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено клініко-лабораторне і функціональне обстеження 200 жінок з ДМТ, з яких 100 пацієнток отримували загальноприйняті діагностичні та лікувально-профілактичні заходи і 100 – удосконалений нами алгоритм.

До контрольної групи увійшли 30 вагітних. З метою зниження частоти невиношування та інших ускладнень вагітності необхідно використовувати індивідуально направлену гормональну та метаболічну корекцію та такі методи, як клінічні, ехографічні, кардіотокографічні, доплерометричні, біохімічні, морфологічні та статистичні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що у структурі ДМТ у жінок до вагітності зниження харчування ($IMT\ 19,1 \pm 0,4\ \text{кг/м}^2$) становить 50%; гіпотрофія I ст. ($IMT\ 18,0 \pm 0,5\ \text{кг/м}^2$) – 41% та гіпотрофія II–III ст. ($IMT\ 16,3 \pm 0,9\ \text{кг/м}^2$) – 9%.

Сумарна частота генітальної патології до вагітності у жінок із ДМТ становить 51,5%; серед різних нозологічних форм переважають порушення менструальної функції (16,5%), в інших випадках – сальпінгоофорити (9,5%); порушення репродуктивної функції (8,5%) та перенесені гінекологічні операції (9,5%).

Установлено, що у вагітних з ДМТ збільшення маси тіла відбувається в основному (70–80%) за рахунок худой маси. Жирова тканина становить невелику частину (до 20%) у збільшенні маси тіла, тобто не відбувається компенсації ДМТ за наявності вагітності і спостерігається недостатнє збільшення маси тіла за вагітності у пацієнток з низькою масою тіла.

Під час оцінювання клініко-біохімічних показників не встановлено достовірних відмінностей щодо жінок із нормальною масою тіла у рівнях гемоглобіну, глюкози, загального білка і холестерину крові. На відміну від цього, привертає увагу висока частота гіпокальціємії (71,7–92,8%), яка корелює зі ступенем гіпотрофії у жінок із ДМТ.

Вимірювання товщини шкірно-жирових складок під час вагітності методом каліперометрії є об'єктивним методом оцінювання композиції маси тіла у динаміці, у тому числі у жінок з ДМТ, що свідчить про доцільність використання цього методу у повсякденній роботі. Це дозволяє своєчасно надавати необхідні рекомендації щодо харчування вагітним з ДМТ, проводити відповідні профілактичні і лікувальні заходи, спрямовані на запобігання дефіциту живильних речовин в організмі і недостатньому росту плода.

ВИСНОВКИ

Використання удосконаленого алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів дозволяє знизити частоту загрози переривання вагітності у I триместрі (з 20% до 10%; $p < 0,001$), блювання вагітних (з 14% до 6%; $p < 0,001$), залізодефіцитної анемії у I триместрі (з 36% до 16%; $p < 0,001$), артеріальної гіпертензії (з 20% до 12%; $p < 0,001$), бактеріального вагінозу (з 10% до 4%; $p < 0,001$), кандидозу (з 8% до 4%; $p < 0,001$), загрози переривання у II триместрі (з 44% до 24%; $p < 0,05$), залізодефіцитної анемії (з 74% до 50%; $p < 0,001$), плацентарної дисфункції (з 32% до 20%; $p < 0,05$), внутрішньоутробної гіпоксії (з 30% до 18%; $p < 0,001$), затримки росту плода (з 12% до 6%; $p < 0,05$), прееклампсії середнього та важкого ступеня (з 22% до 6%; $p < 0,001$). Водночас частота термінових пологів збільшується на 4%, а передчасних – знижується на 6% відповідно.

Women have a prophylaxis of unmaturing of pregnancy with the underweight

O.O. Bozhenko

The objective: a research purpose is a decline of frequency of unmaturing of pregnancy for women with the underweight on the basis of study of clinical-and-echographic and biochemical features, and also improvement of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic measures.

Materials and methods. It is conducted clinical-and-laboratory and functional inspection 200 women with the underweight, from what 100 got the generally accepted diagnostic and treatment-and-prophylactic measures and 100 – an algorithm is improved by us. 30 expectant mothers made a control group. With the purpose of decline of frequency of unmaturing and other complications of pregnancy it is necessary to use the followings moments: a hormonal and metabolic correction is individually directed. Clinical, echographic, cariotocographic, doppler, biochemical, morphological and statistical.

Results. The results of the conducted researches testify that in the structure of underweight for women to pregnancy of decline of feed (IMT – $19,1 \pm 0,4$) is 50%; oligotrophy I degree (IMT – $18,0 \pm 0,5$) – 41% and oligotrophy of II-III of degree (IMT – $16,3 \pm 0,9$) – 9% respectively. Total frequency of genital pathology to pregnancy for women with the underweight is 51,5%; violations of menstrual function (16,5%) prevail among different nosology forms, in other cases of salpingo-oophoritis (9,5%); violation of genesial function (8,5%) and gynaecological operations are carried (9,5%). Set, that for pregnant with the underweight of growth of mass of body takes place, mainly (70–80%), due to thin mass. Fatty fabric makes small part (to 20%) of raise of weight, that indemnification of underweight is not at pregnancy and the insufficient raise of weight takes place at pregnancy for patients with low mass of body.

Conclusion. The use of the improved algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic measures allows to reduce frequency of threat of terminating pregnancy in I trimester (from 20% to 10%; $p < 0,001$), vomit of pregnant (from 14% to 6%; $p < 0,001$), iron-deficiency anaemia in I trimester (from 36% to 16%; $p < 0,001$), arterial hypertension (from 20% to 12%; $p < 0,001$), bacterial vaginosis (from 10% to 4%; $p < 0,001$), candidiasis (from 8% to 4%; $p < 0,001$), threatened miscarriage in a II trimester (from 44% to 24%; $p < 0,05$), iron-deficiency anaemia (from 74% to 50%; $p < 0,001$), placenta disfunction (from 32% to 20%; $p < 0,05$), intrauterine hypoxia (from 30% to 18%; $p < 0,001$), delays of growth of fetus (from 12% to 6%; $p < 0,05$), preeclampsia of middle and heavy degree (from 22% to 6%; $p < 0,001$). Frequency of urgent births is increased on 4%, and premature – goes down on 6% respectively.

Keywords: unmaturing of pregnancy, underweight, prophylaxis.

Відомості про автора

Боженко Олеся Олександрівна – акушер-гінеколог, кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ. E-mail: pror-first@nmapo.edu.ua

Information about the autor

Bozhenko Olesya O. – obstetrician-gynecologist, Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology of Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv. E-mail: pror-first@nmapo.edu.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ricart W., 2019 Body mass index has a greater impact on pregnancy outcomes than gestational hyperglycaemia // Journal Diabetologia:48:9: 1736-1742.
2. Getahum D., 2018 Changes in pregnancy body mass index between the first and second pregnancies and risk of large-for-gestational-age birth // American Journal of Obstetrics & Gynecology:196:6:530-38.
3. Davidge S.T., 2020 Lipid peroxidation increases arterial cyclooxygenase activity during pregnancy // American Journal of Obstetrics & Gynecology:170:1:215-222.

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

4. Abenham H.A., 2021 Effect of prepregnancy body mass index categories on obstetrical and neonatal outcomes // Archives of Gynecology and Obstetrics:275:1:39-43.
5. Herrera E., 2021 Lipidi metabolism im pregnancy and consequences vim the fetus and newborn // Jornal Endocrine:19:1:43-55.
6. Hull H.R., 2018 Impact of maternal body mass index on neonate birthweight and body composition II American Journal of Obstetrics & Gynecology:198:4:416-422.
7. Merlino A., 2019 Impact of weight loss between pregnancies on recurrent preterm birth // American Journal of Obstetrics & Gynecology:195:3:818-821.
8. Khashan A.S., 2020 The effects of maternal body mass index on pregnancy outcome // European Journal of Epidemiology:24:11:697-705.
9. Hur H., 2019 Low maternal pre-pregnancy body mass index and mid-trimester weight gain: risk of preterm birth // American Journal of Obstetrics & Gynecology:201:6:191-197.
10. Driul L. Prepregnancy body mass index and adverse pregnancy outcomes // Jornal Archives of Gynecology and Obstetrics:278:1:23-26.
11. Stotland N.E., 2019 Prepregnancy body mass index and! the length of gestation at term // American Journal of Obstetrics & Gynecology:197:4:378-385.
12. Suzuki Y., 2020 Structural and dynamic membrane properties of a-tocopherol and a-tocotrienol-implication to the molecular mechanism of their antioxidant potency // Biochemistry:32:10692-10699.
13. Lemay G.A., 2021 The Body Mass Index of Teen Mothers and their Toddler Children // Jornal Maternal and Child Health Journal:12:1:112-118.
14. Jain S.K., 2020 The effect of maternal and cord-blood vitamin C, vitamin E and lipid peroxide levels on newborn birth weight // Jr. Molecular and Cellular Biochemisti, Springer US:309:1:217- 221.
15. Sutcu R., 2019 The effects of subchronic methidathion toxicity on rat liver: Role of antioxidant vitamins C and E // Cell Biology and Toxicology, Springer Netherlands:22:3:221-222.
16. Thomas K.Y., 2019 Factors that are associated with cesarean delivery in a large private practice: The importance of pregnancy body mass index and weight- gain // American Journal of Obstetrics & Gynecology:187:2:312-320.
17. Chappell L.G., 2018 Vitamin C and E supplementation in women? at risk of preeclampsia is; associated with changes in indices of oxidative stress and placental function // American Journal of Obstetrics & Gynecology:187:3:777-784.
18. Padayatty S.J. Vitamin C as an Antioxidant: Evaluation of its Role in Disease Prevention // Journal of the Americam College of Nutrition:22:1:18-35.
19. Meydani S.N., 2020 Vitamin E supplementation and in vivo? immune response in healthy elderly subjects. As randomized controlled trial II J. Am. Med. Assn.:277:1380-1386.
20. Wang X., 2019 Vitamin E and its function in membranes // Progres. Lipid Res.:38:309-336.
21. Winterbourn G., 2018 Free radical toxicology and antioxidant defence // Clin. Exper. Pharm. Physiol. :2:877-880.
22. Hull H.R., 2020 Impact of maternal body mass index on neonate birthweight and body composition II American Journal of Obstetrics & Gynecology:198:4:416-421.
23. Merlino A., 2019 Impact of weight loss between pregnancies on recurrent preterm birth // American Journal of Obstetrics & Gynecology:195:3:818-821.
24. Lachiii B., 2021 Increased peroxidation im pregnant women after iron and vitamin C supplementation II Jornal Biological Trace Element Research:83:2:103-111.
25. Khashan A.S., 2020 The effects of maternal body mass index on pregnancy outcome // European Journal of Epidemiology:24:11:697-705.

Плацентарна дисфункція у жінок із ретрохоріальними гематомами у I триместрі вагітності: діагностика і тактика ведення

І.М. Кошова

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

Мета дослідження: зниження частоти плацентарної дисфункції та перинатальної патології у жінок із різними формами ретрохоріальних гематом на підставі вивчення клініко-інструментальних та лабораторних досліджень, а також удосконалення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Матеріали та методи. У дослідження, що проводилось у два етапи, було включено 140 вагітних у терміні з 6 тиж гестації і до розродження.

На першому етапі було виділено три групи жінок, на підставі результатів клінічного обстеження і даних ультразвукового дослідження: 60 вагітних жінки з рецидивуючою ретрохоріальною гематомою (1-а група); 50 вагітних з ретрохоріальною гематомою, яку виявляли лише на ранніх термінах вагітності (6–12 тиж включно) (2-а група) і 30 проспективно обстежених пацієнток з неускладненою вагітністю, що не мають значимої екстрагенітальної патології і обтяжених чинників акушерсько-гінекологічного анамнезу (контрольна група).

На другому етапі із 60 вагітних з рецидивуючою ретрохоріальною гематомою були виділені дві підгрупи: 1.1 і 1.2. До підгрупи 1.1 було включено 30 жінок в терміні гестації 20–40 тиж, вагітність в яких була проведена на підставі отриманих даних комплексного клініко-лабораторного і ехографічного обстеження, із застосуванням підходу, що персоналізується, залежно від того, що переважає і супутніх етіопатогенетичних чинників з обов'язковим оформленням письмової інформованої згоди пацієнток. До підгрупи 1.2 увійшли 30 вагітних з рецидивом ретрохоріальної гематоми також обстежених згідно з визначеним дизайном із застосуванням всіх методів, але вагітність в яких велася згідно з рекомендаціями МОЗ України.

Результати. Частота плацентарної дисфункції при рецидивуючій ретрохоріальній гематомі становить 70,0%; при первинній – 30,0%; рівень ранніх форм (до 32 тиж) затримки розвитку плода становить 65,0% зі значним рівнем II–III ступеня – 23,3%. Передчасне дозрівання плаценти при рецидивуючій ретрохоріальній гематомі становить 33,3%; при первинній – 16,0%. Ехо-ознаки мезен-

химальної дисплазії і неоднорідності плаценти становлять відповідно 11,7% та 4,0%.

При рецидивуючій ретрохоріальній гематомі частота маловоддя становить 16,7% проти 4,0% при первинній; порушення кровотоку діагностуються у 23,3% та 6,0%; у структурі всіх порушень кровотоку у 63,3% відбуваються у матковій артерії, у 30,0% – поєднано з порушенням пуповинного кровотоку. У 5,0% тільки при рецидивуючій ретрохоріальній гематомі виникає декомпенсована плацентарна дисфункція з розвитком гострого дистресу плода.

Заключення. Використання удосконаленого нами алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів дозволяє знизити частоту рецидиву ретрохоріальної гематоми у 4,7 раза; її великий обсяг – у 3,9 раза; рівень передчасних пологів – у 2 рази; частоту плацентарної дисфункції та затримки розвитку плода – у 6,5 раза, зменшити перинатальні втрати у 5,1 раза та попередити декомпенсовану форму плацентарної дисфункції.

Ключові слова: плацентарна дисфункція, ретрохоріальна гематома, I триместр, діагностика, тактика ведення.

Проблема плацентарної дисфункції (ПД) є однією з найважливіших в сучасному акушерстві внаслідок постійно зростаючої частоти за відсутності суттєвого зниження перинатальних втрат [1–8].

До особливої групи ризику щодо розвитку ПД входять жінки, в яких були ретрохоріальні гематоми (РХГ) у I триместрі вагітності [9–18]. Останніми роками завдяки широкому впровадженню сучасної ехографічної діагностики підвищується частота діагностованої патології у I триместрі вагітності, у тому числі і РХГ [19–25].

Водночас жінки із РХГ у I триместрі вагітності мають високий ризик розвитку різних перинатальних ускладнень, а існуючі лікувально-профілактичні заходи не завжди ефективні.

Зважаючи на значну кількість наукових публікацій з проблеми ПД не можна вважати її повністю вирішеною, особливо в плані ранньої діагностики ПД, а також ефективності використовуваних лікувально-профілактичних заходів у жінок із РХГ у I триместрі вагітності.

Усе зазначене вище було підставою до проведення наукового дослідження, що дозволяє вирішити важливе наукове завдання сучасного акушерства.

Мета дослідження: зниження частоти ПД та перинатальної патології у жінок із різними формами РХГ на підставі вивчення клініко-інструментальних та лабораторних досліджень, а також удосконалення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було проведено проспективне подовжнє комплексне клінічне, лабораторне і функціональне обстеження 140 жінок, а також проаналізовано результати вагітності. Усі пацієнтки надали письмову інформовану згоду на участь у клінічному дослідженні.

Як оптимальний варіант дизайну дослідження, що проводиться з метою розроблення диференційованого підходу до ведення і лікування вагітних при рецидивуючих РХГ, було вибрано когортне проспективне дослідження за типом випадок–контроль. Дослідження проводили у два етапи, було включено 140 вагітних у терміни від 6 тиж гестації і до розродження.

На першому етапі на підставі результатів клінічного обстеження і даних УЗД було виділено три групи жінок:

- 1-а група – 60 вагітних з рецидивуючою РХГ,
- 2-а група – 50 вагітних з РХГ, що виявлялася лише на ранніх термінах вагітності (6–12 тиж),
- 3-я група (контрольна) – 30 проспективно обстежених пацієнток з неускладненою вагітністю, що не мають значимої екстрагенітальної патології та обтяжених чинників акушерсько-гінекологічного анамнезу.

На другому етапі 60 вагітних з рецидивуючою РХГ були розподілені на дві підгрупи: 1.1 і 1.2. У підгрупу 1.1 було включено 30 жінок в терміни гестації 20–40 тиж, вагітність у яких була проведена на підставі отриманих даних комплексного клініко-лабораторного і ехографічного обстеження, із застосуванням підходу, що персоналізується, залежно від того, що переважає, і супутніх етіопатогенетичних чинників з обов'язковим оформленням письмової інформованої згоди пацієнток. До підгрупи 1.2 увійшли 30 вагітних з рецидивом РХГ також обстежених за вибраним дизайном із застосуванням всіх методів, але вагітність у яких велася згідно з рекомендаціями МОЗ України.

Дизайн дослідження складений на підставі аналізу структури зарубіжних досліджень [1, 5, 9], що дає можливість в подальшому провести мультицентровий багатофакторний аналіз для встановлення причин, чинників ризику, особливостей патогенезу і клінічного значення формування і рецидиву РХГ, материнських і перинатальних результатів.

Формування основної груп та підгруп проводили за певними критеріями [2, 6, 10].

Критерії включення:

- вагітність одним живим плодом,
- інформована згода жінок на участь у дослідженні.

Критерії виключення:

- багатоплідна вагітність,
- наркотична і алкогольна залежності,
- підтверджені хромосомні патології під час проведення інвазивної пренатальної діагностики,
- летальні множинні вади розвитку плода або вади із сумнівним прогнозом,
- важка соматична патологія,
- злоякісні новоутворення в матері (вперше виявлені під час вагітності або встановлені до вагітності),
- суб- і декомпенсований цукровий діабет,
- відмова пацієнток від участі у дослідженні.

З метою зниження частоти ПД та несприятливих перинатальних наслідків ми додатково використовували: мікронізований прогестерон до 400 мг/добу з ранніх термінів до 34 тиж; транексамову кислоту 1000 мг/добу (внутрішньовенно або перорально) для купіювання кровотечі; низькомолекулярні гепарини (0,4–0,8 мл/добу підшкірно) під контролем показників гемостазу; аспірин 150 мг/добу до 12 тиж; Омега-3 ненасичені кислоти (1000 мг) протягом вагітності.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що провідними факторами ризику рецидивуючих РХГ є обтяжений гінекологічний анамнез (63,3%); ускладнений перебіг попередніх вагітностей (60,0%); репродуктивні втрати в анамнезі (53,3%); рубець на матці (30,0%) та допоміжні репродуктивні технології (30,0%).

Терміни розвитку первинної РХГ становлять до 8 тиж (68%) та з 8 до 13 – 32,0%; рецидивуючої – 51,7% та 48,3% відповідно. Супрацервікально первинна РХГ розташована у 68,0% випадках, а рецидивуюча – у 51,7%. Частота виявлення передлежання хоріона/плаценти становить 23,3% та 26,0% відповідно.

Найчастіше рецидивуючі РХГ виникають у ретрохоріальній зоні – у 30,0% випадків, міжоболонково – у 20,0%; у 23,3% фіксують внутрішньоплацентарні зони ішемії і локальні крововиливи (інфаркти), у 13,3% випадків діагностують великий обсяг.

Під час оцінювання результатів біохімічного пренатального скринінгу встановлено, що при рецидивуючій РХГ знижується рівень хоріонічного годатопротіну людини; плазмового асоційованого з вагітністю білка А; некон'югованого естріолу та альфа-фетопротеїну у I та II триместрах, що корелює з клінікою загрози переривання, передчасних пологів, ПД, затримки розвитку плода та несприятливими перинатальними наслідками.

Частота плацентарної дисфункції при рецидивуючій РХГ становить 70,0%, при первинній – 30,0%; рівень ранніх форм (до 32 тиж) затримки розвитку плода становить 65,0% зі значним рівнем II–III ступеня – 23,3%.

Передчасне дозрівання плаценти при рецидивуючій РХГ становить 33,3%, при первинній – 16,0%; ехо-ознаки мезенхімальної дисплазії і неоднородності плаценти – 11,7% та 4,0% відповідно. При рецидивуючій РХГ частота маловоддя становить 16,7%, при первинній – 4,0%; порушення кровотоку діагностуються у 23,3% та 6,0%; у структурі всіх порушень кровотоку у 63,3% відбуваються у матковій артерії, а у 30,0% – поєднано з порушенням пуповинного кровотоку. У 5,0% тільки при рецидивуючій РХГ виникає декомпенсована ПД із розвитком гострого дистресу плода.

Для ранньої діагностики рецидивуючої РХГ та подальшої ПД необхідно, крім традиційної ехографії, додатково оцінювати наступні показники:

- рівень гомоцистеїну та D-димерів;
- інфекційного та імунологічного статусу;
- з 11 до 13 тиж «подвійний» біохімічний тест (плазмовий асоційований з вагітністю білок А та вільна β -субодиниця хоріального гонадотропіну людини).

ВИСНОВКИ

Використання удосконаленого нами алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів дозволяє знизити частоту рецидиву РХГ у 4,7 раза; її великий обсяг – у 3,9 раза; рівень передчасних пологів – у 2 рази; частоту плацентарної дисфункції та затримки розвитку плода – у 6,5 раза, зменшити перинатальні втрати у 5,1 раза та попередити декомпенсовану форму плацентарної дисфункції.

Placental disfunction for women with retrochorial haematomas in I trimester of pregnancy: diagnostics and management tactics

I. M. Koshova

The objective: is a decline of frequency of placenta disfunction and perinatal pathology for women with the different forms of retrochorial haematomas on the basis of study clinical-and-instrumental and laboratory researches, and also improvement of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic measures.

Materials and methods. In research which was conducted in 2 stages, it was included 140 pregnant in terms from 6 weeks of gestation and to delivery. On a 1 stage by us 3 groups of women were selected, on the basis of results of clinical inspection and information of ultrasonic research : 60 pregnant of woman with a recurrent retrochorial haematoma (1 group); 50 pregnant with a retrochorial haematoma, which appeared only on the early terms of pregnancy (6–12 weeks inclusive) (2 groups) and 30 the prospectively inspected patients with uncomplicated pregnancy, which do not have meaningful extragenital pathology and burdened factors obstetric-gynaecological to anamnesis (control group). On 2 stages from 60 pregnant with a recurrent retrochorial haematoma by us two sub-groups were selected: 1.1 and 1.2.

To the sub-group 1.1 30 women were included in the terms of gestation 20-40 weeks, pregnancy in which was conducted on the basis of findings complex clinical-and-laboratory and echographic inspection, with application of approach which personalize, depending on that which prevails and etiopathogenetic co-factors with obligatory registration of the written informed consent of patients. Sub-group 1.2 were 30 pregnant with the relapse of retrochorial haematoma, also inspected in obedience to a mine-out design with application of all methods, but pregnancy in which was conducted in obedience to recommendations of MOZ of Ukraine.

Results. Frequency of placenta disfunction at a recurrent retrochorial haematoma is 70,0%; at primary – 30,0%; a level of early forms (to 32 weeks) of delay of development of fetus is 65,0% with the considerable level of II-III of degree – 23,3%. The premature ripening of placenta at a recurrent retrochorial haematoma is 33,3%; at primary – 16,0%. Echo-sign of mesenchymal dysplasia and heterogeneity placenta according to 11,7% and 4,0%.

At a recurrent retrochorial haematoma frequency of shortage of water is 16,7% against 4,0% – at primary; violations of blood stream are diagnosed in 23,3% and 6,0%; in the structure of all violations of blood stream in 63,3% – make in an uterine artery and in 30,0% – it is connected with violation of umbilical cord blood stream. In 5,0% only at a recurrent retrochorial haematoma there is decompensated placenta disfunction with development of acute fetal distress.

Conclusions. The use of the algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic measures improved by us allows to reduce frequency of relapse of retrochorial haematoma at 4,7 time; it large volume – at 3,9 time; level of premature births – in 2 times; frequency of placenta disfunction and delay of development of fetus – at 6,5 time, to decrease perinatal losses at 5,1 time and warn the decompensated form of placenta disfunction.

Keywords: placenta disfunction, retrochorial haematoma, trimester, diagnostics, management tactics.

Відомості про автора

Кошова Ілона Михайлівна – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ. E-mail: pror-first@nmapo.edu.ua

Information about the autor

Koshova Ilona M. – Department of obstetrics, gynecology and perinatology of Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv. E-mail: pror-first@nmapo.edu.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ahrens KA, Rossen LM, Branum AM., 2019 Pregnancy loss history at first parity and selected adverse pregnancy outcomes // *Annals Epidemiol.*:26(7):474-81.
2. Asato K, Mekaru K, Heshiki C., 2020 Subchorionic hematoma occurs more frequently in in vitro fertilization pregnancy // *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*:81:4144.
3. Beaman KD, Ntrivalas E, Mallers TM, 2021 Immune etiology of recurrent pregnancy loss and its diagnosis // *Am J Reprod Immunol.*:67(4):319-25.
4. Bennett GL, Bromley B, Lieberman E., 2019 Subchorionic hemorrhage in first-trimester pregnancies: prediction of pregnancy outcome with sonography // *Radiology*:200:803-6.
5. Bick RL., 2019 Antiphospholipid syndrome in pregnancy // *Hematol Oncol Clin North Am.*:22:107-20.
6. Bouman A, Heineman MJ, Faas MM., 2021 Sex hormones and the immune response in humans // *Hum Reprod.*:21:411-4.
7. Brien ME, Baker B, Duval C, 2019 Alarmins at the maternal-fetal interface: involvement of inflammation in placental dysfunction and pregnancy complications // *Can J Physiol Pharmacol.*:97(3):206-12.
8. Constant SL, Bottomly K., 2017 Induction of Th1 and Th2 CD4+ T-cell responses: the alternative approaches // *Ann Rev Immunol.*:15:297-322.
9. Gelber SE, Salmon JE., 2018 Autoimmunity: effectiveness of treatments for pregnant women with APS // *Nat Rev Rheumatol.*:6(4):187-9.
10. Geva E, Amit A, Lerner-Geva L, 2017 Autoimmunity and reproduction // *Fertil Steril.*:67(4):559-61.
11. Janowicz-Grelewski A, Sieroszewski P., 2019 Prognostic significance of subchorionic hematoma for the course of pregnancy // *Ginekol Pol.*:84(11):944-9.
12. Korsakova N, Kapustin S, Silina N, 2018 Genetic risk factors of endotelial dysfunction in pregnant women // *Research and Practice in Thrombosis and Haemostasis*:2(3):308-9.
13. Leite J, Ross P, Rossi AC, 2019 Prognosis of very large first-trimester hematomas // *Ultrasound Medicine*:11:1441-5.
14. Liu F, Guo J, Tian T, 2020 Placental trophoblasts shifted Th1-Th2 balance toward Th2 and inhibited Th17 immunity at fetomaternal interface // *APMIS*:19(9):597-604.
15. Mantoni M, Pedersen JF., 2018 Intrauterine haematoma: An ultrasonic study of threatened abortion // *Brit Obst Gyn.*:88:47-51.
16. Marzi M, Viganò A, Trabattini D, Villa MX., 2019 Characterization of type 1 and type 2 cytokine profile in physiologic and pathologic human pregnancy // *Clin Exp Immunol.*:106(1):127-33.
17. Maso G, D'Ottavio G, de Seta F, 2020 First-trimester intrauterine hematoma and outcome of pregnancy // *Obstet Gynecol.*:105:339-44.
18. Naert MN, Rodriguez AM, Khadraoui H, 2019 Association between first-trimester subchorionic hematomas and pregnancy loss in singleton pregnancies. *Obstet Gynecol.*:134(4):863-8.
19. Nagy S, Bush MC, Berkowitz R., 2019 Clinical signify – cance of subchorionic and retroplacental haematomas detected in the first trimester of pregnancy. *Obstet Gynecol.*:102(1):94-100.
20. Orlowski S, Martin S, Escargueil A., 2018 P-glycoprotein and 'lipid rafts': some ambiguous mutual relationships (floating on them, building them or meeting them by chance? // *Cell Mol Life Sci.*:63(9):1038-59.
21. Ott J, Pecnik P, Promberger R, 2017 Intra-versus retroplacental hematomas: a retrospective case-control study on pregnancy outcomes // *BMC Pregnancy and Childbirth.*:17(1):366.
22. Palatnik A, Grobman W., 2019 The relationship between first-trimester subchorionic hematoma, cervical length, and preterm birth // *Am J Obstet Gynecol.*:213(3):403.
23. Pengo V, Hoxha A, Ruffatti A., 2019 Diagnosis and therapy of antiphospholipid syndrome. Author's reply // *Pol Arch Ned Wewn.*:125(10):785-6.
24. Pyrohova VI, Oshurkevich OO., 2019 Evaluation of risk factors and efficacy threats miscarriage, complicated by a retrochorial hematomas. *East European Science Journal.*:1(41):41-4.
25. Raghupathy R, Makhseed M, Azizieh F., 2019 Th1 and Th2 Cytokine Profiles in Successful Pregnancy and Unexplained recurrent Abortions // *Reproductive Immunology*. New-York: Narosa Publishing House: 2019:149-59.

Тактика прогнозування гестаційних ускладнень у жінок з високим перинатальним ризиком

С.Ю. Вдовиченко, С.М. Сальніков

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

Міський клінічний пологовий будинок № 2, м. Київ

Мета дослідження: підвищення ефективності прогнозування ускладнень гестації у жінок з високим перинатальним ризиком на підставі використання сучасних інформативних маркерів.

Матеріали та методи. Дослідження було проведено у два етапи: на I етапі було обстежено 150 жінок з різним ступенем перинатального ризику; на II етапі – 50 жінок з ускладненнями при попередній вагітності.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, доплерометричні, кардіотокографічні, лабораторні.

Результати. Запропоновано бальну вимірну систему оцінювання ризику гестаційних ускладнень, що дозволяє обґрунтувати доцільність проведення лікувальних заходів у групі ризику. Такий підхід відкриває перспективу виділення контингенту вагітних, лікувально-профілактичних заходів, які не потребують проведення, що дозволить уникнути необґрунтованих втручань у гестаційний процес.

Заключення. Використання запропонованої методики прогнозування дозволить знизити частоту ускладнень вагітності.

Ключові слова: вагітність, ускладнення, перинатальний ризик, прогнозування.

У сучасному акушерстві прогнозування гестаційних та перинатальних ускладнень базується на концепції високого ризику [1, 2], але складність патогенетичних механізмів їхнього формування утруднює можливості цілеспрямованого прогнозування.

Основним досягненням сучасного етапу вивчення патогенезу акушерських ускладнень є кардинальне розширення уявлень щодо ангіогенного дисбалансу та судинних порушень, які супутні початковим стадіям плацентарної недостатності та асоційованих з нею гестаційних ускладнень, а також визначення значення ендотеліальної дисфункції в їх клінічній маніфестації [3, 4].

Виявлення доклінічних системних змін в організмі жінки відкриває перспективу верифікації провісників гестаційних ускладнень на підставі скринінг-дослідження біохімічних та біофізичних показників [5, 6]. Проте жоден із методів ранньої діагностики

не може претендувати на ідеальний скринінг, позаяк індивідуальна прогностична цінність кожного з тестів невисока, а багатофакторність ускладнень вагітності визначає необхідність пошуку комплексних методів їх ефективного прогнозування з перспективою використання не однієї, а цілої низки клінічних та біохімічних маркерів [7, 8].

Для оптимізації антенатального обстеження з метою формування груп ризику доцільно використовувати найбільш інформативні з доступних тестів оцінювання фетоплацентарного гомеостазу, а обґрунтування необхідності всіх видів досліджень повинно мати доказову базу, засновану на епідеміологічному підході до верифікації окремих факторів ризику.

Більш точна ідентифікація груп ризику на підставі комплексного підходу до вибору прогностичних стратегій може сприяти розробці цілеспрямованих заходів профілактичного та лікувального впливу та обмеженню «акушерської агресії», особливо у жінок з повторними гестаційними ускладненнями.

Мета дослідження: підвищення ефективності прогнозування ускладнень гестації у жінок з високим перинатальним ризиком на підставі використання сучасних інформативних маркерів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети дослідження були проведені у два етапи. Так, на I етапі безвибірковим методом у дослідження було включено 150 жінок із тих, що стали на облік з вагітності у жіночій консультації, з одноплідною вагітністю, які дали згоду на обстеження протягом всього періоду гестації. До групи контролю увійшли 50 невагітних.

Середній вік вагітних становив $25,8 \pm 0,4$ року, жінок групи контролю – $24,9 \pm 0,7$ року ($p > 0,05$). Після завершення вагітності, залежно від особливостей її перебігу та результатів, жінки були розподілені на три клінічні групи.

1-а група – 50 жінок, вагітність у яких перебігала з різними акушерськими ускладненнями (загрозою переривання вагітності, гестозом, порушенням стану плода) та завершилась несприятливим перинатальним наслідком: антенатальною загибеллю плода, передчасними пологам, народженням доношених дітей з пренатальною гіпотрофією і/або захворюваннями постгіпоксичного генезу.

2-а група – 50 жінок, вагітність у яких також мала ускладнений перебіг, але завершилась народженням здорових доношених дітей.

3-я група – 50 жінок з фізіологічним перебігом та результатом вагітності.

До комплексу проведених досліджень було включено:

- клінічні, ехографічні, доплерометричні, картографічні, лабораторні методи (рівень плацентарного фактору росту (PIGF);
- визначення стабільних метаболітів оксиду азоту (NO), ендотеліну-1, концентрацію С-реактивного білка, молекул середніх мас проводили за загальноприйнятими методиками [9].

За результатами після I етапу роботи була розроблена таблиця бальної оцінки факторів перинатального ризику у жінок з повторними ускладненнями гестації. Для оцінювання інформативності алгоритму перинатального моніторингу було застосовано безвибіркове обстеження відповідно до вибраної програми, 50 жінок з одноплідною вагітністю.

Оцінених за вищевказаною шкалою вагітних розподілено на групу сприятливого прогнозу та групу ризику щодо виникнення повторних ускладнень гестації. Після завершення вагітності у даних жінок було зроблено остаточні висновки.

Дослідження було проведено відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження було ухвалено комісією з питань біоетики Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати оцінки перинатального ризику продемонстрували, що несприятливий наслідок вагітності для плода було асоційовано з факторами, аналогічними встановленим факторам у процесі аналізу ризику розвитку гестаційних ускладнень. Так, із соматичних захворювань фактором, що значно збільшує перинатальний ризик, є гіпертонічна хвороба (відносний ризик (BP) =2,1), а факторами, що помірно впливають на збільшення ризику, були ожиріння (BP=1,5) і анемія, що виявляється в I триместрі вагітності (BP=1,3).

Значно більше ризик несприятливого перинатального наслідку підвищувало куріння (BP=2,1). З анамнестичних показників суттєвим фактором ризику був дефіцит маси тіла до вагітності (BP=1,7). У рамках проведеного дослідження вказівка на штучні аборти в анамнезі підвищувала перинатальний ризик незначно (BP=1,1), але ранні репродуктивні втрати збільшували ризик в 1,3 раза, а наявність трьох і більше випадків переривання вагітності сприяло збільшенню ризику в 1,4 раза.

Внаслідок мультифакторності гестаційних і перинатальних ускладнень можливість їх цілеспрямованого і достовірного прогнозування, заснованого на виділенні тільки клініко-анамнестичних та ультразвукових факторів ризику, дуже утруднена. Цей факт визначає необхідність пошуку прогностично достовірних маркерів акушерського та перинатального ризику, заснованих на вивченні основних механізмів формування гестаційних ускладнень.

Результати проведеного аналізу дозволили встановити, що стандартний об'єм гормонального обстеження в більшості випадків не дозволяє діагностувати доклінічні зміни, що розвиваються у фетоплацентарній системі.

Важливу роль у розвитку матково-плацентарно-судинної сітки у процесі морфофункціонального становлення фетоплацентарного комплексу відіграє оптимальна продукція проангіогенних факторів [10].

Дослідження продемонструвало, що у пацієток з фізіологічною вагітністю рівень плацентарного фактору росту (PIGF) прогресивно підвищувався в процесі формування та розвитку плаценти, досягав піку в 27–31 тижні та дещо знижувався до 32–35 тиж гестації. Формування типових гестаційних ускладнень (загроза переривання вагітності, преєклампсія, плацентарна дисфункція) супроводжувалось наявністю загальної закономірності у вигляді зниження сироваткової концентрації PIGF протягом усього періоду гестації.

Однак у пацієток з гестаційними ускладненнями, вагітність яких завершилась народженням здорових дітей, суттєві відмінності з фізіологічною вагітністю в показниках концентрації фактору росту плаценти відсутні, тоді як у жінок з несприятливими перинатальними наслідками зниження експресії PIGF було виявлено в процесі анатомічного формування плаценти, зберігалось і прогресувало протягом всієї вагітності, а максимальне значення показника навіть не досягали рівня, характерного для жінок з фізіологічною вагітністю у терміні 21–26 тиж. Цей факт свідчить про порушення процесів плацентарного ангіогенезу і, отже, неповноцінність її компенсаторних можливостей. Імовірно, цей маркер є одним із самих ранніх предикторів плацентарної дисфункції та несприятливого наслідку вагітності для плода.

У розвитку вагітності важливу роль відіграє функціональний стан судинного ендотелію, що забезпечує зниження периферичного судинного опору та підсилення маткового кровотоку завдяки вазодилатуючому ефекту NO [11].

Згідно з отриманими результатами, у жінок із гестаційними ускладненнями, що народили здорових дітей, у ранні терміни вагітності достовірних відмінностей у рівні стабільних метаболітів NO, порівняно з показниками жінок з фізіологічною вагітністю, не встановлено ($p > 0,05$). Водночас у пацієнок з несприятливими перинатальними наслідками в I триместрі показники були достовірно нижче, ніж у жінок, що народили здорових дітей. Це дозволяє припустити наявність серйозних змін функціонального стану судинного ендотелію.

Тенденція до деякого збільшення даного показника у II триместрі вагітності (до $10,21 \pm 0,27$ мкМ/л у терміні 21 тиж і $10,07 \pm 0,37$ мкМ/л в 22–28 тиж) може бути пов'язана з проявом компенсаторних можливостей, спрямованих на підтримання мікроциркуляції в ділянці плацентарного ложа для запобігання переривання вагітності.

У III триместрі гестації сироваткова концентрація стабільних метаболітів NO у пацієнок з гестаційними ускладненнями, поза залежності від перинатального наслідку, достовірно відрізнялась від показників жінок з фізіологічною вагітністю. Водночас найбільше зниження величини маркера на стадії прояву гестаційних ускладнень встановлено у жінок, що народили хворих дітей.

У процесі кореляційного аналізу між концентрацією стабільних метаболітів NO і кількісними вмістом фактора росту плаценти у сироватці крові в ранні терміни вагітності було встановлено пряму залежність з високим ступенем достовірності ($r = 0,706$; $p < 0,0001$). У II триместрі вагітності ця закономірність зберігалась: спряженість показників була позитивною і статистично значимою ($r = 0,783$; $p < 0,0001$).

Дослідження концентрації ендотеліну-1 у сироватці крові продемонструвало, що як у здорових вагітних, так і у пацієнок з гестаційними ускладненнями в ранні терміни рівень даного маркера був зіставлений з показниками групи контролю ($0,64 \pm 0,4$ моль/мл; $p > 0,05$) і суттєво не змінився у II триместрі вагітності.

Фізіологічні процеси, що зумовлюють нормальний перебіг вагітності, зіставні зі структурними і функціональними взаємодіями тканин плідного яйця та ендометрія. Ці процеси супроводжуються деяким ушкодженням тканин материнського організму та розвитком запальної відповіді, значення якого при фізіологічній і ускладненій вагітності до сьогодні залишається маловивченим [12]. Маркером запальних змін у рамках цього дослідження є сироваткова концентрація С-реактивного білка (hsCRP).

У I триместрі фізіологічної вагітності концентрація hsCRP ($4,43 \pm 0,32$ мг/л) значно перевищувала рівень білка у невагітних жінок ($1,27 \pm 0,15$ мг/л; $p < 0,01$), зазначаючи асоціативність процесів плацентації та запалення. Результати динамічного обстеження здорових вагітних виявили достовірне збільшення експресії hsCRP (до $5,81 \pm 0,67$ мг/л у терміні 15–21 тиж; $p < 0,05$). Наприкінці II триместра вагітності концентрація hsCRP становила $5,73 \pm 0,56$ мг/л, в 29–35 тиж – $5,42 \pm 0,87$ мг/л ($p > 0,05$). При доношеній фізіологічній вагітності концентрація hsCRP збільшилась до $6,67 \pm 0,73$ мг/л ($p > 0,05$).

Аналіз динаміки hsCRP у пацієнок з гестаційними ускладненнями свідчив про формування більш вираженої запальної відповіді на ранніх етапах гестаційного процесу.

У I триместрі вагітності концентрація білка становила $5,85 \pm 0,63$ мг/л у жінок з несприятливими перинатальними наслідками і $6,26 \pm 0,77$ мг/л у пацієнок

з ускладненим перебігом вагітності, що народили здорових дітей, достовірно перевищуючи показник жінок із фізіологічною вагітністю ($4,42 \pm 0,3$ мг/л; $p < 0,05$).

У III триместрі вагітності запальна відповідь була значно більш інтенсивною у пацієнток з несприятливими наслідками вагітності для плода ($8,78 \pm 0,99$ мг/л; $5,42 \pm 0,86$ мг/л; $p < 0,05$), але при доношеній вагітності зміни у рівні С-реактивного білка у жінок порівнюваних груп були недостовірними через наявність як дуже високих (30,5 г/л), так і низьких значень маркера (2 мг/л). Цей факт обумовлений характером гестаційних ускладнень і найбільш високі показники були зареєстровані у вагітних з прееклампсією.

У жінок з наступним розвитком прееклампсії вже у I триместрі було зареєстровано достовірно більш високу експресію hsCRP ($7,88 \pm 0,82$ мг/л), ніж при фізіологічній вагітності ($4,43 \pm 0,32$ мг/л; $p < 0,01$). Було відзначено прогресуюче збільшення концентрації білка, а саме: при термінах вагітності 29–35 тиж концентрація hsCRP становила $10,07 \pm 1,13$ мг/л ($p < 0,01$), при доношеній вагітності – $12,97 \pm 2,09$ мг/л ($p < 0,05$).

Сучасні уявлення щодо патофізіології гестозу припускають також формування ендогенної інтоксикації як важливого компоненту патогенезу [1, 3, 8]. Аналіз рівня середньо-молекулярних пептидів (молекул середніх мас – MCM) продемонстрував, що у разі фізіологічної вагітності параметри ендогенної інтоксикації не зазнають суттєвих змін, навіть до її завершення. Водночас у вагітних прееклампсією латентний токсикоз виявляли на початку II триместра.

Кореляційний аналіз між hsCRP та рівнем середньо-молекулярних пептидів встановив наявність прямого взаємозв'язку показників з високим ступенем достовірності (hsCRP – MCM-254 нм: $r = 0,783$; $p < 0,001$; hsCRP – MCM-22 нм: $r = 0,672$; $p < 0,001$).

Оскільки в клінічній практиці доводиться розглядати сукупний, а не індивідуальний вплив факторів ризику на можливість розвитку ускладнень, до основної прогнозу гестаційних ускладнень увійшов клініко-анамнестичний підхід, який базується на сучасних методах статистичного аналізу, що був доповнений результатами пальпаторного обстеження вагітних. Проведений клінічний аналіз з урахуванням показників фетоплацентарного гомеостазу у I – на початку II триместрів вагітності дозволив виконати математичну оцінку факторів ризику, на підставі якої виявлено фактори, що підвищують імовірність розвитку гестаційних ускладнень і несприятливого перинатального наслідку.

Математичний аналіз оцінювання ймовірності розвитку гестаційних ускладнень включав наступні етапи:

- 1) виявлення залежності між розвитком ускладнень і факторами, що розглядаються;
- 2) визначення імовірності розвитку ускладнень для кожного з виявлених факторів ризик;
- 3) прогнозування розвитку ускладнень на підставі сукупності виявлених факторів ризику.

Визначення інформативності клінічних факторів ризику, доповнених лабораторно-діагностичними тестами оцінювання фетоплацентарного гомеостазу, дозволило розробити оціночну (прогностичну) шкалу ризику розвитку повторних гестаційних ускладнень (таблиця).

Середня сумарна оцінка жінок з фізіологічною вагітністю становила $3,9 \pm 1,5$ бала ($M \pm \sigma$), пацієнток з гестаційними ускладненнями – $12,2 \pm 1,8$ бала ($M \pm \sigma$). Загальна су-

Шкала оцінки ризику розвитку гестаційних ускладнень

Ознака	ВР1	Шанс	ВШ2	ВП	Бали
Соціальні фактори					
паління	1,44	15,7	8,44	7,44	7
дефіцит маси тіла	1,09	2,75	1,34	1,3	1
неzareєстрований шлюб	1,06	2,45	1,21	1,15	1
Акушерсько-гінекологічний анамнез					
рубець на матці	1,12	3,0	1,46	1,44	1
безпліддя	1,09	2,71	1,31	1,29	1
мимовільні аборти	1,32	6,0	3,21	2,5	3
три і більше мимовільних і/або штучних абортів в анамнезі	1,26	4,88	2,46	2,39	2
передчасні пологи	1,44	1,0	6,21	5,38	5
пreeклампсія	1,32	4,88	2,87	2,3	2
Соматичні захворювання					
гіпертонічна хвороба	1,36	9,5	4,79	4,44	4
ожиріння	1,23	4,26	2,2	2,02	2
захворювання нирок	1,06	2,45	1,23	1,14	1
анемія ранніх термінів вагітності	1,3	2,33	1,15	1,09	1
Результати скринінг-обстеження					
сироваткова концентрація PAPP-A $\leq 2,2$ мкг/мл у 10–11 тиж.	1,21	3,29	1,91	1,36	1
носійство Chlamydia trachomatis	1,22	4,4	2,18	1,97	2
носійство toxoplasma gondii	1,24	4,58	2,35	2,11	2
Додаткові лабораторні тести (ранні терміни вагітності)					
сироваткова концентрація стабільних метаболітів NO $\leq 8,2$ мкМ/л	1,93	8,0	1,69	6,2	6
сироваткова концентрація С-реактивного білка $\geq 8,0$ мг/л	1,61	8,5	6,8	4,67	5
сироваткова концентрація С-реактивного білка $\leq 2,9$ мг/л	1,18	2,83	1,69	1,57	2

Примітка. ВР – відносний ризик; ВШ – відношення шансів; ВП – відношення правдоподіб'я.

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

марна оцінка становила 8,9 бала, тому у разі індивідуальної проспективної оцінки кількість балів (≥ 9), свідчить про високий ризик розвитку ускладнень вагітності.

ВИСНОВКИ

Запропонована бальна вимірювальна система оцінки ризику гестаційних ускладнень дозволяє обґрунтувати доцільність проведення лікувальних заходів у групі ризику.

Водночас представлений підхід відкриває перспективу виділення контингенту вагітних, які не потребують проведення лікувально-профілактичних заходів, що дозволить запобігти необґрунтованим втручанням у гестаційний процес.

Women have prognostication of gestational complications with a high perinatal risk

S. Yu. Vdovichenko, S.M. Sal'nikov

The objective: is an increase of efficiency of prognostication of complications of gestation for women with a high perinatal risk on the basis of the use of modern informing markers.

Materials and methods. Researches carried stage-by-stage character: on I the stage 150 women were inspected with the different degree of perinatal risk; on the II stage – 50 women with complications at previous pregnancy. In the complex of the conducted researches were included clinical, echographic, doppler, cariotocographic, laboratory.

Results. The ball measuring system of estimation of risk of gestational complications is offered allows to ground expedience of conducting of medical measures in the group of risk. At the same time the presented approach opens the prospect of selection to the contingent of pregnant, treatment-and-prophylactic measures, which do not need leadthrough which will allow to avoid groundless interferences with a gestational process.

Conclusion. The use of the offered method of prognostication will allow to reduce frequency of complications of pregnancy.

Keywords: pregnancy, complication, perinatal risk, prognostication.

Відомості про авторів

Вдовиченко Сергій Юрійович – д-р мед. наук, професор кафедри акушерства, гінекології та медицини плода Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ. E-mail: sergeyvovichenko@gmail.com

Сальніков Сергій Миколайович – канд. мед. наук, генеральний директор пологового будинку № 2, м. Київ. E-mail: sergeysalnikov@gmail.com

Information about authors

Vdovichenko Serhij Yu. – doctor of medical sciences, professor of department of obstetrics, gynaecology and medicine of fetus of Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv. E-mail: sergeyvovichenko@gmail.com

Sal'nikov Serhij N. – candidate of medical sciences, director general of maternity hospital №2, Kyiv. E-mail: sergeysalnikov@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Alfirevic Z, Stampalija T, Gyte GM, 2019 Fetal and umbilical Doppler ultrasound in high-risk pregnancies // Cochrane Database Syst Rev. 2010:CD007529.
2. Aliyazicioglu R., 2020 Serum anti-carbonic anhydrase II antibodies and oxidant-antioxidant balance in // Am J Reprod Immunol.:66(4):297–303.

3. Alper BS, Kimber R, Reddy AK., 2018 Using ferritin levels to determine iron-deficiency anemia in pregnancy // *The Journal of Family Practice*:49(9):829–32.
4. Amaral LM, Wallace K, Owens M, LaMarca B., 2017 Pathophysiology and current clinical management of preeclampsia // *Curr Hypertens Rep.*:19(8):61.
5. Awamleh Z, Gloor GB, Han VKM., 2019 Placental microRNAs in pregnancies with early onset intrauterine growth restriction and preeclampsia: potential impact on gene expression and pathophysiology // *BMC Med Genomics*:12(1):91.
6. Baker BC, Hayes DJ, Jones RL., 2018 Effects of micronutrients on placental function: evidence from clinical studies to animal models // *Reproduction*:156(3):R69-R82.
7. Benton SJ, Leavey K, Gynspan D, 2018 The clinical heterogeneity of preeclampsia is related to both placental gene expression and placental histopathology // *Am J Obstet Gynecol.*:219(6):604-625.
8. Bobst SM., 2020 Maternal autoantibodies from preeclamptic patients activate angiotensin receptors on human mesangial cells and induce interleukin-6 and plasminogen // *Am J Hypertens.*:18(3):330–6.
9. Bosco C, González J, Gutiérrez R, 2021 Oxidative damage to pre-eclamptic placenta: immunohistochemical expression of VEGF, nitrotyrosine residues and von willebrand factor // *J Matern Fetal Neonatal Med.*:25(11):2339–45.
10. Braekke K, Harsem NK, Staff AC., 2016 Oxidative stress and antioxidant status in fetal circulation in preeclampsia // *J Pediatr Res*:60(5):560–64.
11. Cagırgan S, Donmez A, İspahi C., 2020 Activated protein C resistance in preeclampsia // *Clin Exp Obstet Gynecol.*:31(1):59–62.
12. Calicchio R, Buffat C, Vaiman D, 2019 Endothelial dysfunction: role in the maternal syndrome of preeclampsia and long-term consequences for the cardiovascular system // *Ann Cardiol Angeiol (Paris)*:62(3):215–20.

Пухлини яєчників у жінок після видалення матки з приводу доброякісних захворювань

М.В. Галанджій

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

Рак яєчника є одним з найпоширеніших злоякісних новоутворень жіночої репродуктивної системи та посідає перше місце у структурі смертності жінок від онкогінекологічної патології. За останні 10 років приріст захворюваності на рак яєчника становив 11,5% і залишається на сьогодні високим без явної тенденції до зниження.

За отриманими даними Спільного дослідження Об'єднаного Королівства Великобританії, на одну жінку з підтвердженим діагнозом раку яєчника десятиєм жінкам були проведені непотрібні хірургічні втручання та маніпуляції, виконання яких базувалося на результатах методів візуалізації.

Гістеректомія без супутньої оваректомії традиційно вважалася одним із способів захисту від раку яєчників. Але останні дані, що включають велику кількість сучасних досліджень жінок, в яких нещодавно діагностували рак яєчника, не виявили схожої кореляції. Це може бути пов'язане зі змінами в хірургічній практиці, використанням менопаузальної гормональної терапії чи, можливо, покращенням звітності про проведення оваректомії.

Неодноразово вивчали ризик виявлення епітеліального раку яєчників після проведення гістеректомії, проте аналіз даних більшості досліджень не виявив статистично достовірних даних, які б свідчили про збільшення ризику розвитку злоякісного захворювання після проведення даного хірургічного втручання.

Питання потребує подальшого вивчення в аспектах стрімкого розвитку сучасної онкогінекології.

Ключові слова: рак яєчника, гістеректомія, сальпінгофоректомії, доброякісні пухлини матки.

Відомо, що найбільш поширеними у структурі онкологічної захворюваності жінок є злоякісні пухлини репродуктивної системи (рак грудної залози, тіла та шийки матки, яєчників), сумарна частка яких перевищує 35% [1].

Згідно з даними проекту GLOBOCAN 2020, рак грудної залози, рак шийки матки, рак яєчників і рак матки входять до десяти найбільш поширених онкологічних захворювань у жінок у всьому світі [2]. В Україні спостерігається схожа тенденція. Злоякісні пухлини яєчників становлять 4–6% від усіх злоякісних пухлин у жінок і посідають за поширеністю сьоме місце. Водночас у зв'язку з частою пізньою діагностикою та агресивним перебігом даного захворювання у більшості розвинених

країнах світу рак яєчників має найвищу смертність серед усіх гінекологічних злоякісних пухлин.

За даними Міжнародного агентства з вивчення злоякісних пухлин яєчників, щорічно у світі реєструється більш 165 тис. нових випадків, а більше 100 тис. жінок помирають внаслідок цієї патології. Летальність у пацієнток протягом першого року після встановлення діагнозу становить близько 35% [3].

За темпами поширення онкологічні захворювання посідають друге місце в Україні, поступаючись тільки хворобам системи кровообігу. В Європі онкогінекологічні захворювання посідають перше місце у структурі смертності від злоякісних захворювань серед жінок віком 15–49 років, а у пацієнток віком 50–74 років – друге місце. Наразі на обліку в Україні перебуває майже 1 млн осіб з онкологічною патологією [4].

Рак яєчника є одним з найпоширеніших злоякісних новоутворень жіночої репродуктивної системи та посідає перше місце у структурі смертності жінок від онкогінекологічної патології. За останні 10 років приріст захворюваності на рак яєчника становив 11,5% і залишається на сьогодні високим без явної тенденції до зниження [5].

Результати дослідження продемонстрували, що жінки з раннім менархе (вік <12 років) і пізньою менопаузою (вік >50 років) мають вищий ризик розвитку раку яєчників у зв'язку з більшою кількістю овуляторних циклів. У таких пацієнток ризик розвитку раку яєчників вищий від загального у 1,1–1,5 раза та в 1,4–4,6 раза відповідно. І навпаки, грудне вигодовування, вагітність і використання оральних контрацептивів є ймовірними факторами захисту від раку яєчників [6, 7].

На сьогодні не розроблено рекомендацій щодо скринінгу раку яєчників для жінок у загальній популяції. Рутинне проведення трансвагінального ультразвукового дослідження (УЗД) органів малого таза, визначення у сироватці крові маркерного антигену СА-125 та проведення бімануального гінекологічного огляду достовірно не знижує смертності жіночого населення [8].

За даними Спільного дослідження Об'єднаного Королівства Великобританії, на одну жінку з підтвердженим діагнозом раку яєчника десятьом жінкам були проведені непотрібні хірургічні втручання та маніпуляції, виконання яких базувалося на результатах методів візуалізації. Крім того, визначення лише СА-125 чи інших онкомаркерів у крові з метою оцінювання ризику розвитку раку яєчника достовірно не впливає на динаміку смертності жіночого населення [9–11].

Жінки, які належать до групи високого ризику виникнення раку яєчника (зокрема жінки з мутацією гена BRCA чи іншими мутаціями, синдромом Лінча, зі злоякісними новоутвореннями в особистому чи в сімейному анамнезі), повинні підлягати додатковому спостереженню. Згідно з рекомендаціями, жінки групи високого ризику віком від 30 до 35 років кожні повинні 6 міс проходити трансвагінальне УЗД та визначення рівня СА-125 [12]. Жінок цієї групи до 40 років заохочують до виконання двобічної сальпінгоофорекомії після народження дітей.

Дотримання зазначених вище рекомендацій може знизити частоту виникнення раку яєчника на 80% та зменшити частоту виникнення раку грудної залози у жінок із BRCA-мутаціями [13].

Стандартом хірургічного лікування без збереження репродуктивної функції при початкових стадіях раку яєчників є виконання двобічної сальпінгоофорекомії, гістеректомії та хірургічного стадіювання [5].

Гістеректомія без супутньої оваректомії традиційно вважалася одним із способів захисту від раку яєчників, що підтверджувалось великою кількістю досліджень [14–16].

Але останні дані, що включають велику кількість сучасних досліджень жінок, у яких недавно діагностували рак яєчника, не виявили схожої кореляції [17–19]. Такі дані можуть бути пов'язані зі змінами в хірургічній практиці, використанням менопаузальної гормональної терапії чи, можливо, покращенням звітності про проведення овариєктомії [20].

Гістеректомія є одним з найпоширеніших великих оперативних втручань серед жінок в усьому світі [21, 22].

Розуміння наявності взаємозв'язку між проведенням гістеректомії і ризиком розвитку раку яєчників важливо для формування подальшої дискусії щодо відносних переваг профілактичної овариєктомії при проведенні гістеректомії. На сьогодні існує достатньо досліджень, які вивчають взаємозв'язок між гістеректомією і ризиком розвитку раку яєчників у жінок.

Під час одного з досліджень, яке ретроспективно вивчало архівні медичні дані регіону Західна Австралія, було проведено аналіз зв'язку між гістеректомією, яку проводили за показаннями, а саме: через наявність доброякісних утворень і ризиком розвитку раку яєчників загалом, залежно від періоду часу (року проведення оперативного втручання), віку на момент операції, типу гістеректомії і показань до неї [23].

Було виявлено, що гістеректомія не була пов'язана зі зниженням раку яєчників ні в цілому, ні для найпоширенішої та найагресивнішої його форми - серозного раку, а також зниження ризику не спостерігалось і в інші періоди. Була висунута гіпотеза, що знижується частота виникнення несерозного раку яєчників, але отримані дані не були статистично значущі. Зв'язок мінімально змінювався залежно від віку під час проведення операції та типу гістеректомії. Серед жінок з ендометріозом чи міомою (два найпоширеніші показання до проведення операції) гістеректомія була пов'язана зі значним зниженням ризику розвитку раку яєчників [21].

Деякі попередні дослідження продемонстрували, що гістеректомія у молодому віці (молодше 45 років) може бути пов'язана зі зниженням ризику розвитку раку яєчників [17].

Група вчених, яка проводила масштабне дослідження в Данії, запропонувала різноманітні джерела і шляхи дуалістичної моделі розвитку епітеліального раку яєчників, які можуть вплинути на зниження ризику, пов'язаного з гістеректомією, сальпінгектомією і перев'язкою маткових труб. Метою дослідження було проаналізувати зв'язок між гістеректомією, сальпінгектомією і перев'язкою маткових труб та зниженням ризику розвитку епітеліального раку яєчників I та II типів. У це загальнонаціональне реєстрове дослідження методом випадок-контроль були включені жінки, у яких в період з 2008 по 2014 рік був діагностований епітеліальний рак яєчників, маткових труб чи первинний рак очеревини. Випадки були класифіковані на тип I і тип II відповідно до результатів патоморфологічного дослідження та згідно з визначеними критеріями.

Відношення шансів для епітеліального раку яєчників типу I та II показані з правкою на ендометріоз і запальні захворювання органів малого таза в анамнезі, але не на безпліддя через значну відсутність даних для цієї змінної. Що стосується епітеліального раку типу I, відношення шансів для гістеректомії і перев'язки маткових труб, але не для сальпінгектомії, вказували на зниження ризику розвитку епітеліального раку яєчників, хоча і з статистично значущими результатами для гістеректомії (повністю кореговане відношення шансів 0,71; 95% ДІ 0,52–0,99), але не для перев'язки маткових труб (повністю кореговане відношення шансів 0,66; ДІ 0,36–1,20).

Проведення гістеректомії також було пов'язано зі значним зниженням ризику епітеліального раку яєчників II типу (повністю кореговане відношення шансів 0,81; 95% ДІ 0,68–0,96). Повністю кореговане відношення шансів для епітеліального раку яєчників типу II після перев'язки маткових труб становило 0,80 (95% ДІ 0,57–1,11) [24].

В інше дослідження були включені 202 506 жінок у менопаузі, які були набрані в період з 2001 до 2005 року для участі в британському спільному дослідженні скринінгу раку яєчників (UKSTOCS), спостереження в рамках якого велося до 31 грудня 2014 року [25].

Результати цього проспективного когортного дослідження додатково підтверджують відсутність зв'язку між гістеректомією і збереженням одного чи обох яєчників та ризиком розвитку інвазивного епітеліального раку. Важливість результатів дослідження полягала у тому, що жінки у пременопаузі, яким була проведена гістеректомія внаслідок доброякісних захворювань, мали можливість ухвалити рішення про збереження яєчників. Це також мало значення для моделей прогнозування ризику розвитку раку, які розроблялися для реалізації стратегій запобігання злоякісним захворюванням яєчників.

Аналіз чутливості, обмежений жінками, які проживали в Англії (для точності отриманих статистичних даних), продемонстрував корегований коефіцієнт ризику 0,97 (95% ДІ 0,82–1,15; $P=0,721$) [25].

На сьогодні оваректомію проводять в 40–50% випадках під час гістеректомії. Найбільш поширеним обґрунтуванням проведення двобічної сальпінгоофорекомії є профілактика виникнення раку яєчників і зниження ризику повторних хірургічних втручань [26–30].

Яєчники у постменопаузі є джерелом андрогенів для жінок похилого віку і забезпечують метаболізм попередників естрогену. Це і є важливою складовою здоров'я кісткової системи, серцево-судинної, когнітивної, сексуальної функцій.

Відповідно наслідки двобічної сальпінгоофорекомії включають підвищену смертність від усіх причин, серцево-судинні захворювання, когнітивну та сексуальну дисфункції, остеопороз [31].

Асоціація гінекологів-онкологів (SGO) у 2015 році видала оновлені рекомендації щодо заходів з профілактики раку яєчників, які були зосереджені на ролі маткової труби як ретроградного «провідника» менструальної крові і можливого джерела пухлинних епітеліальних клітин. Останні дослідження змінили уявлення про патогенез раку яєчників, згідно якого з'явилась класифікація раку на тип I і тип II.

Тип I – рідший, легше діагностується. Це муцинозна чи ендометріодна пухлина яєчника, яка розвивається на основі доброякісних новоутворень або з передракових клітин.

Тип II – частіший, важко діагностується, має гірші прогнози – серозний по своїй природі, ймовірно виникає із неопластичних клітин епітелію маткових труб.

Пухлини I типу виникають ймовірно в результаті ендометріозу, тривалих запальних процесів, частих овуляцій. Виникнення даного типу раку підтверджує ретроградну теорію патогенезу. Відповідно до цього оклюзія маткових труб повинна знизити частоту раку яєчників I типу. Згідно з результатами дослідження, оклюзія маткових труб достовірно пов'язана зі зниженням на 34% ризику розвитку раку яєчників [32].

Пухлини II типу включають високозлоякісні серозні карциноми, ендометріодні аденокарциноми, недиференційовані карциноми і карциносаркоми. Ці види раку

містять мутації p53 в більшості випадків. Мутації BRCA1 і BRCA2, p53 мутація часто співпадають з мутаціями, які спостерігаються в передракових змінах маткових труб. Таким чином після сальпінгектомії буде спостерігатися зниження захворюваності на рак яєчників II типу [33].

SGO запропонувала декілька стратегій для профілактики раку яєчників, які включають:

- вживання оральних контрацептивів,
- трубно стерилізацію (яка може включати сальпінгектомію),
- сальпінгектомію під час хірургічних втручань в ділянці органів малого таза.

Американський конгрес акушерів-гінекологів пропонує проводити сальпінгектомію під час гістеректомії, але не рекомендує змінювати рутинний підхід до гістеректомії виключно на підставі цих даних [34].

Великий мета-аналіз за методом випадок-контроль за 1988–2016 рр., включав 40 609 випадків раку яєчників і 368 452 контрольних пацієнтів-жінок віком від 20 до 74 років та вивчав взаємозв'язок між ризиком розвитку епітеліального раку яєчника і гістеректомією. Дослідження включало 38 публікацій в 11 країнах, переважно в Північній Америці, Європі, Океанії та Азії [35].

Не було виявлено жодного статистичного зв'язку між гістеректомією та ризиком розвитку епітеліального раку яєчників (відношення шансів (ВШ) = 0,97, 95% ДІ 0,81–1,14). По регіонах також не було виявлено зв'язку між гістеректомією та раком яєчників: для Північної Америки (ВШ = 1,00, 95% ДІ 0,93–1,09), Європи (ВШ = 0,97, 95% ДІ 0,86–1,10) та Океанії (ВШ = 0,98, 95% ДІ 0,79–1,21) [35].

Останнім часом у спільноті онкогінекологів активно обговорюється питання сучасної профілактики раку яєчників.

Загалом виділяють наступні стратегії, які потенційно можуть сприяти профілактиці раку яєчників:

- 1) оральні контрацептиви знижують ризик як раку яєчників I типу, так і раку яєчників II типу і вважаються безпечними для носіїв мутації BRCA1 і BRCA2 [36–40].
- 2) перев'язка маткових труб – епідеміологічні дані вказують на те, що перев'язка маткових труб пов'язана зі зниженням частоти раку яєчників як у загальній популяції, так і у жінок групи високого ризику [38,41].
- 3) виявлено, що сальпінгоофорекомія (RRSO) знижує ризик раку яєчників на 80% у жінок з мутаціями BRCA1 і BRCA2.
- 4) стратегія спрямована на покращення ідентифікації та генетичного тестування жінок з успадкованим високим ризиком розвитку раку яєчників.
- 5) сальпінгектомія – альтернативна стратегія до інших методів стерилізації і під час гістеректомії чи інших операцій на органах малого таза для зниження захворюваності, а також рівня смертності від раку яєчників у загальній популяції [42, 43].

ВИСНОВКИ

Ризик виявлення епітеліального раку яєчників після проведення гістеректомії неодноразово вивчали. Узагальнюючи результати більшості досліджень не було виявлено статистично достовірних даних, які б вказували на збільшення ризику розвитку злоякісного захворювання після проведення даного хірургічного втручання.

Наразі питання потребує подальшого вивчення в аспектах стрімкого розвитку сучасної онкогінекології.

Ovarian tumors in women after hysterectomy for benign diseases

M. V. Halandzhiy

Ovarian cancer is one of the most common malignant neoplasms of the female reproductive system and ranks first as the cause of women's mortality from oncogynecological pathology. Over the past 10 years, the increase in the incidence of ovarian cancer was 11.5% and remains high today without a clear downward trend.

According to the United Kingdom Collaborative Study, for one woman with a confirmed diagnosis of ovarian cancer, ten women underwent unnecessary surgical interventions and manipulations based on the results of imaging methods.

Hysterectomy without accompanying ovariectomy has traditionally been considered one of the ways to protect against ovarian cancer. But the latest data, which includes a large number of contemporary studies of women recently diagnosed with ovarian cancer, did not find a similar correlation. These findings may be related to changes in surgical practice, the use of menopausal hormone therapy, or perhaps improved reporting of oophorectomy.

The risk of detecting epithelial ovarian cancer after hysterectomy has been repeatedly studied, but summarizing the data of most studies, no statistically reliable data were found that would indicate an increase in the risk of developing a malignant disease after this surgical intervention. However, the question needs further study in terms of the rapid development of modern oncology.

Keywords: ovarian cancer, hysterectomy, salpingo-oophorectomy, benign uterine tumors

Відомості про авторів

Галандзій Мар'ян Володимирович – ТОВ «Франкомед», м. Івано-Франківськ. E-mail: maryanhalandzhiy.doc@gmail.com
ORCID: 0000-0001-7354-7822

Information about author

Halandzhiy Maryan V. – «Frankomed» Ltd., Ivano-Frankivsk. E-mail: maryanhalandzhiy.doc@gmail.com
ORCID: 0000-0001-7354-7822

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. de Luca A. et al. Breast cancer and multiple primary malignant tumors: case report and review of the literature // in vivo. International Institute of Anticancer Research, 2019. Vol. 33, № 4. P. 1313–1324.
2. Sung H. et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries // CA Cancer J Clin. Wiley Online Library, 2021. Vol. 71, № 3. P. 209–249.
3. Bray F. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries // CA Cancer J Clin. Wiley Online Library, 2018. Vol. 68, № 6. P. 394–424.
4. Федоренко З.П. et al. Бюлетень національного канцер-реєстру України №22 // Національний канцер-реєстр України (НКРУ). 2021. № 22. P. 136.
5. Свінціцький В.С., Неспрядько С.В., Ренкас О.П. СУЧАСНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЕПІТЕЛІАЛЬНОГО РАКУ ЯЄЧНИКА // Oncology. 2019. Vol. 21, № 3.
6. Koh S.C.L. et al. Combined panel of serum human tissue kallikreins and CA-125 for the detection of epithelial ovarian cancer // Journal of Gynecologic Oncology. Korean Society of Gynecologic Oncology and Colposcopy, 2012. Vol. 23, № 3. P. 175–181.
7. Vargas A.N. Natural history of ovarian cancer. // Ecanermedicalscience. 2014. Vol. 8. P. 465.
8. Committee Opinion No. 716: The Role of the Obstetrician–Gynecologist in the Early Detection of Epithelial Ovarian Cancer in Women at Average Risk // Obstetrics & Gynecology. 2017. Vol. 130, № 3. P. e146–e149.
9. Webb P.M., Jordan S.J. Epidemiology of epithelial ovarian cancer // Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology. Elsevier, 2017. Vol. 41. P. 3–14.

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

10. Jacobs I.J. et al. Ovarian cancer screening and mortality in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS): a randomised controlled trial // *The Lancet*. Elsevier, 2016. Vol. 387, № 10022. P. 945–956.
11. Daly M.B. et al. Genetic/Familial High-Risk Assessment: Breast, Ovarian, and Pancreatic, Version 2.2021, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology // *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2021. Vol. 19, № 1. P. 77–102.
12. Temkin S.M. et al. Ovarian cancer prevention in high risk women // *Clin Obstet Gynecol*. NIH Public Access, 2017. Vol. 60, № 4. P. 738.
13. Chui M.H. et al. The histomorphology of Lynch syndrome-associated ovarian carcinomas: toward a subtype-specific screening strategy // *Am J Surg Pathol*. LWW, 2014. Vol. 38, № 9. P. 1173–1181.
14. Runnebaum I.B., Stickeler E. Epidemiological and molecular aspects of ovarian cancer risk // *J Cancer Res Clin Oncol*. Springer, 2001. Vol. 127, № 2. P. 73–79.
15. Permuth-Wey J., Sellers T.A. Epidemiology of ovarian cancer // *Cancer Epidemiol*. Springer, 2009. P. 413–437.
16. Hunn J., Rodriguez G.C. Ovarian cancer: etiology, risk factors, and epidemiology // *Clin Obstet Gynecol*. LWW, 2012. Vol. 55, № 1. P. 3–23.
17. Jordan S.J. et al. Has the association between hysterectomy and ovarian cancer changed over time? A systematic review and meta-analysis // *Eur J Cancer*. Elsevier, 2013. Vol. 49, № 17. P. 3638–3647.
18. Rice M.S. et al. Tubal ligation, hysterectomy and epithelial ovarian cancer in the New England case-control study // *Int J Cancer*. Wiley Online Library, 2013. Vol. 133, № 10. P. 2415–2421.
19. Wentzensen N. et al. Ovarian cancer risk factors by histologic subtype: an analysis from the ovarian cancer cohort consortium // *Journal of Clinical Oncology*. American Society of Clinical Oncology, 2016. Vol. 34, № 24. P. 2888.
20. Dixon-Suen S.C. et al. The association between hysterectomy and ovarian cancer risk: a population-based record-linkage study // *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. Oxford Academic, 2019. Vol. 111, № 10. P. 1097–1103.
21. Merrill R.M. Hysterectomy surveillance in the United States, 1997 through 2005. // *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*. 2008. Vol. 14, № 1. P. CR24-31.
22. Gentry-Maharaj A. et al. Changing trends in reproductive/lifestyle factors in UK women: descriptive study within the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS) // *BMJ Open*. British Medical Journal Publishing Group, 2017. Vol. 7, № 3. P. e011822.
23. Holman C.D.J. et al. A decade of data linkage in Western Australia: strategic design, applications and benefits of the WA data linkage system // *Australian Health Review*. CSIRO Publishing, 2008. Vol. 32, № 4. P. 766–777.
24. Darelis A. et al. Risk of epithelial ovarian cancer Type I and II after hysterectomy, salpingectomy and tubal ligation—A nationwide case control study // *International Journal of Cancer*. Wiley Online Library, 2021. Vol. 149, № 8. P. 1544–1552.
25. Taylor J.A. et al. Association of hysterectomy and invasive epithelial ovarian and tubal cancer: A cohort study within UKCTOCS // *IJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. Wiley Online Library, 2022. Vol. 129, № 1. P. 110–118.
26. Karp N.E. et al. Removal of normal ovaries in women under age 51 at the time of hysterectomy // *Am J Obstet Gynecol*. Elsevier, 2015. Vol. 213, № 5. P. 716-e1.
27. Mikhail E. et al. National trends of adnexal surgeries at the time of hysterectomy for benign indication, United States, 1998–2011 // *Am J Obstet Gynecol*. Elsevier, 2015. Vol. 213, № 5. P. 713-e1.
28. Novetsky A.P., Boyd L.R., Curtin J.P. Trends in bilateral oophorectomy at the time of hysterectomy for benign disease // *Obstetrics & Gynecology*. LWW, 2011. Vol. 118, № 6. P. 1280–1286.
29. Perera H.K. et al. Variation in ovarian conservation in women undergoing hysterectomy for benign indications // *Obstetrics & Gynecology*. LWW, 2013. Vol. 121, № 4. P. 717–726.
30. Jacoby V.L. et al. Factors associated with undergoing bilateral salpingo-oophorectomy at the time of hysterectomy for benign conditions // *Obstet Gynecol*. NIH Public Access, 2009. Vol. 113, № 6. P. 1259.
31. Adelman M.R., Sharp H.T. Ovarian conservation vs removal at the time of benign hysterectomy // *Am J Obstet Gynecol*. Elsevier, 2018. Vol. 218, № 3. P. 269–279.
32. Walker J.L. et al. Society of Gynecologic Oncology recommendations for the prevention of ovarian cancer // *Cancer*. Wiley Online Library, 2015. Vol. 121, № 13. P. 2108–2120.
33. Cibula D. et al. Tubal ligation and the risk of ovarian cancer: review and meta-analysis // *Hum Reprod Update*. Oxford University Press, 2011. Vol. 17, № 1. P. 55–67.
34. Kwon J.S. Ovarian cancer risk reduction through opportunistic salpingectomy // *Journal of Gynecologic Oncology*. Asian Society of Gynecologic Oncology; Korean Society of Gynecologic Oncology, 2015. Vol. 26, № 2. P. 83–86.

35. Wang C. et al. The association between endometriosis, tubal ligation, hysterectomy and epithelial ovarian cancer: meta-analyses // *Int J Environ Res Public Health*. MDPI, 2016. Vol. 13, № 11. P. 1138.
36. Havrilesky L.J. et al. Oral contraceptive pills as primary prevention for ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis // *Obstetrics & Gynecology*. LWW, 2013. Vol. 122, № 1. P. 139–147.
37. Yi Q.H. et al. Evaluation of the clinical value of simultaneous hysterectomy and bilateral salpingectomy in perimenopausal women // *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 2012. Vol. 47, № 2. P. 110–114.
38. Cibula D. et al. Oral contraceptives and risk of ovarian and breast cancers in BRCA mutation carriers: a meta-analysis // *Expert Rev Anticancer Ther*. Taylor & Francis, 2011. Vol. 11, № 8. P. 1197–1207.
39. Cancer C.G. on E.S. of O. Ovarian cancer and oral contraceptives: collaborative reanalysis of data from 45 epidemiological studies including 23 257 women with ovarian cancer and 87 303 controls // *The Lancet*. Elsevier, 2008. Vol. 371, № 9609. P. 303–314.
40. Iodice S. et al. Oral contraceptive use and breast or ovarian cancer risk in BRCA1/2 carriers: a meta-analysis // *Eur J Cancer*. Elsevier, 2010. Vol. 46, № 12. P. 2275–2284.
41. Kwon J.S. et al. Prophylactic salpingectomy and delayed oophorectomy as an alternative for BRCA mutation carriers // *Obstetrics & Gynecology*. LWW, 2013. Vol. 121, № 1. P. 14–24.
42. Dietl J., Wischhusen J. The forgotten fallopian tube // *Nature Reviews Cancer*. 2011. Vol. 11, № 3. P. 227–227.
43. Dietl J., Wischhusen J., Hüsler S.F.M. The post-reproductive Fallopian tube: better removed? // *Human Reproduction*. Oxford University Press, 2011. Vol. 26, № 11. P. 2918–2924.

Особливості сексуальної поведінки дівчат із різним перебігом пубертатного періоду

О.А. Ковалишин

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

Мета дослідження: оцінювання сексуальної поведінки дівчат-підлітків із різним перебігом пубертатного періоду.

Матеріали та методи. Проведено перспективне обстеження 94 пацієнток, які звернулися по допомогу в медичну клініку «Альтернатива» (м. Львів). Усіх дівчат було розподілено на п'ять груп: 1-а група – 15 дівчат віком 14 років, 2-а група – 19 дівчат віком 15 років, 3-я група – 24 дівчини віком 16 років, 4-а група – 18 дівчат віком 17 років, 5-а група – 18 дівчат віком 18 років.

Результати. Із 94 обстежених дівчаток-підлітків слабкий тип статевої конституції зафіксовано у 10 (10,9%), середній тип – у 64 (68%), сильний тип статевої конституції відзначено у 20 (21,2%).

Результати даного дослідження доводять, що сексуальна активність дівчаток-підлітків залежить не лише від темпів статевого дозрівання (гормонального фону), але і від інших, індивідуальних особливостей розвитку кожного підлітка, на формування яких можуть впливати такі чинники, як природжений психотип, соціум і сім'я.

Отримані дані допоможуть нам у подальшому вивченні питань, що стосуються сексуальної поведінки дівчаток-підлітків і впливу сексуальних активностей на розвиток такої серйозної патології, як порушення менструальної функції.

Висновки. Отримані результати свідчать про необхідність врахування особливостей сексуальної поведінки дівчат-підлітків із різним типом конституції для розроблення алгоритму профілактики порушень менструальної функції.

Ключові слова: пубертатний період, сексуальна поведінка, дівчата-підлітки.

У культурній історії людства немало місця відводилося і відводиться зараз питанню взаємовідношення між підлогами. Інтимне життя людини визначається його особистими якостями – зовнішністю, характером, темпераментом, віком, станом здоров'я. Залежить вона також від суспільної моралі макрогрупи – сім'ї, товаришів, товаришів по навчанню. На інтимне життя впливають так само макросоціальні чинники економічного, політичного, релігійного устрою держави [1].

Сексуальний розвиток триває все життя. У процесі розвитку діти переходять від суспільної свідомості своєї чуттєвості до конкретних сексуальних переживань. Підлітки усвідомлюють свою сексуальність завдяки спілкуванню з оточуючими [2].

Низка авторів [3, 4] у своїх роботах сформулювали основні напрями статевого виховання, одним з яких є «Принцип незбудження статевого потягу». В основі цього принципу лежить теза, що стверджує, яка статеве життя не слід починати до повного фізичного дозрівання.

На користь цієї тези свідчать аргументи як педагогічного, так і медичного характеру. Чим менше енергії, зосередженої на об'єкті статевого потягу буде витрачено на статеве життя, тим більша її частина піде на розвиток і зміцнення організму в цілому – скелета, м'язів, мозку і пов'язаних з ним функцій вищої нервової діяльності. Принцип незбудження статевого потягу пов'язаний з вигонами сублімації.

Сексуальна поведінка підлітка – це сексуальні практики і сексуальні активності, за допомогою яких підлітки випробовують свою сексуальність і виражають її [5].

Навряд чи вірно вважати пубертат «віком пробудження» лібідо, але безперечно, що початок розгорнутих проявів лібідо відбувається саме в цей період. Широкий круг сексуальних проявів в цьому віці обумовлений не лише біологічними, але і соціокультурними чинниками. Вибух сексуальної активності в цьому віці набагато різкіший, ніж досить рівномірне підвищення рівня андрогенів, а схожість цього рівня у хлопчиків і дівчаток пубертатного віку ніяк не пояснює відмінностей маскуліних і фемінних ролей ідентичності поведінки хлопчиків і дівчаток [6]. Тому навіть така прийнята думка як те, що гормони забезпечують енергетику пубертатної сексуальності, а середові чинники – напрям і стиль сексуальної активності склали лише одну сторону проблеми. Іншу утворює той чинник, що сексуальна активність може значно випереджати сексуальну зрілість.

Для адекватного розуміння підліткової сексуальності важлива наявність принаймні трьох обставин [7]. Перша полягає в тому, що сексуальність ще ізолювана від інших складових кохання. Друга обставина полягає в тому, що переживання сексуального потягу, які лише в цьому віці віділилися у форму еротики, часто виявляється значно сильнішим за сам потяг. Дуже обмежені можливості реалізації сексуального потягу і необмежені можливості еротичних уявлень і фантазій створюють своєрідну диспропорцію. Третя обставина полягає в тому, що сексуальна поведінка на цьому етапі носить переважно характер сексуального експериментування – самостійного, гомосоціального і лише потім гетеросексуального [8].

Розвиток сексуальної активності з високим ступенем ризику для репродуктивного здоров'я підлітків має різну природу. Були вивчені і підтверджені вагомі чинники, такі, як біологія, стадія розвитку і демографічний фон, включаючи соціально-економічну групу чинників, характер родинних стосунків, вплив однолітків і засобів масової інформації. Вочевидь, що найбільш значущою для формування сексуальної поведінки є роль однолітків [9]. Урбанізація і акселерація, науково-технічна революція, ускладнення процесів виховання, більша, ніж раніше, автономія підлітків від батьків, жіноче рівноправ'я, велика доступність інформації з питань статі і поява ефективних контрацептивів сприяє більш ранньому початку статевого життя і лібералізації статевої моралі [10].

На формування сексуальної поведінки впливає релігійність підлітків. Підлітки, які дотримують релігійні правила, незалежно від віросповідання, починають сексуальне спілкування в пізнішому віці, ніж нерелігійні однолітки. Гармонійні взаємини «мати – дочка» також позитивно впливають на сексуальну поведінку підлітка і його репродуктивне здоров'я [11].

Для оцінювання сексуальної поведінки підлітків потрібно мати чітке уявлення про сексуальну норму. Поняття норми в сексології слід розглядати в декількох аспектах, а саме:

1. У соціально-етичному норми – це поведінка, яка вважається правильною в світлі існуючої системи моральності.
2. У статистичному аспекті норми – це величина, що найчастіше зустрічається (середня величина). Чим ближче до середньої величини знаходяться досліджувані показники, тим вище міра нормальності.
3. У медико-психологічному аспекті під нормою розуміють стан, необхідний для підтримки фізичного і психічного здоров'я [12].

Сексуальну норму в клінічному розумінні по діях і формах поведінки можна розділити на оптимальну, прийнятну і терпиму. Оптимальними називаються дії, що найбільш бажані з індивідуальної і суспільної точки зору і можуть слугувати моделлю для виховання. До прийнятної норми відносяться форми поведінки, що не характеризуються як оптимальні, а ті, що не обмежують індивідуального розвитку і налагодження міжособових контактів. Терпима норми неоднозначна і визначається як норми або патологія залежно від особового, партнерського або ситуаційного контекстів [13].

Для дівчаток-підлітків тільки старшої вікової групи (16–18 років), що ведуть статеве життя, оптимальну норму можна розглядати як «умовно прийнятну».

Сексуальна активність дівчинки-підлітка безпосередньо залежить від її статевої конституції. Статева конституція – це сукупність стійких біологічних властивостей організму, що склалися під впливом спадковості і умов розвитку у внутрішньоутробному періоді і ранньому дитинстві. Вона визначає індивідуальний рівень сексуальних потреб, межу статевої активності та опірність статевої сфери патогенним діям [14].

Для жінки або дівчини характерним є розподіл показників статевої конституції на дві частини: ту частину, яка визначається генотипом, тобто є найбільш стабільним незалежним ні від виховання, ні від партнера, і останню, прояв якої залежить від зовнішніх чинників.

До першої частини належать: час настання першої менструації та її регулярність, характер перебігу вагітності і пологів, характер обволосіння і трохантерний індекс.

Показники другої частини не можуть бути надійними в плані оцінки молодого дівчини своєї статевої конституції, але можуть бути враховані як потенційно можливі або як прогноз перебігу відповідних процесів у майбутньому [1, 2].

Визначення статевої конституції у дівчаток-підлітків може бути корисним при:

- оцінюванні проявів конкретного підлітка;
- для розроблення гігієнічних рекомендацій щодо вибору режиму статевого життя;
- для розроблення рекомендацій, що профілактують патологічні стани у статевій сфері.

З цією метою використовують шкалу векторного визначення статевої конституції, яка була розроблена низкою авторів [3, 4].

Але чи так безпосередньо пов'язані час настання статевої зрілості і сексуальна активність? У підлітків з раннім дозріванням настання статевої зрілості в більшості не супроводжується ранньою сексуальною активністю. Їхній сексуальний інтерес більше відповідає їх психічному, ніж гормональному віку [5, 6].

Мета дослідження: оцінювання сексуальної поведінки дівчат-підлітків із різним перебігом пубертатного періоду

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено перспективне обстеження 94 пацієнток, які звернулися по допомогу в медичну клініку «Альтернатива» (м. Львів). Усіх дівчат було розподілено на п'ять груп:

1-а група – 15 дівчат віком 14 років;

2-га група – 19 дівчат віком 15 років;

3-я група – 24 дівчини віком 16 років;

4-а група – 18 дівчат віком 17 років;

5-а група – 18 дівчат віком 18 років.

Розподіл дівчат за віком представлений у табл. 1.

Було вивчено гінекологічний анамнез та визначені показники, що формують статеву конституцію (табл. 2).

У табл. 3 представлено типи статевої конституції.

Отже, з 94 обстежених дівчаток-підлітків слабкий тип статевої конституції зафіксували у 10 (10,9%) осіб, середній тип – у 64 (68%), а сильний тип статевої конституції виявили у 20 (21,2%) обстежених.

Таблиця 1

Вікові особливості дівчат-підлітків

Група	Вік	Кількість	
		n	%
1-а	14	15	15,9
2-а	15	19	20,2
3-я	16	24	25,5
4-а	17	18	19,1
5-а	18	18	19,1

Таблиця 2

Гінекологічний анамнез і показники статевої конституції

Вік	n	Початок настання менархе				Характер менархе						Характер овулоcіння						Трохантерний індекс		
		до 12 років		після 12 років		тривалі порушення		епізодичні порушення		регуляр-ні порушення		Рідкі прями з густими в центрі		За жіночимтипом		За чоловічoм-типом				
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
14	15	2	13,3	13	86,6	2	13,4	10	66,6	3	20	2	13,4	10	66,6	3	20	2	10	3
15	19	3	15,7	16	84.3	2	10,5	11	58,0	6	31,5	2	10,5	11	58,0	6	31,5	2	12	5
16	24	4	16,6	20	83.4	1	4,1	19	79,2	4	16,7	1	4,1	19	79,2	4	16,7	1	17	6
17	18	3	16,6	15	83.4	3	16,6	11	61,1	4	22,3	3	16,6	11	61,1	4	22,3	3	10	5
18	18	4	22,2	14	77.8	2	11,1	13	72,2	3	16,7	2	11,1	13	72,2	3	16,7	2	12	4

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

Таблиця 3

Типи статевої конституції

Вік	n	Слабкий		Середній		Сильний	
		Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
14	15	2	13,3	10	66,7	3	20
15	19	2	10,5	11	58,0	6	31,5
16	24	1	4,4	19	79	4	16,6
17	18	3	16,6	11	61	4	22,4
18	18	2	11	13	72,4	3	16,6

Результати дослідження довели той факт, що сексуальна активність дівчаток-підлітків залежить не лише від темпів статевого дозрівання (гормонального фону), але і від інших, індивідуальних особливостей розвитку кожного підлітка, на формування яких можуть впливати такі чинники, як природжений психотип, соціум і сім'я.

Отримані дані допоможуть нам у подальшому вивченні питань, що стосуються сексуальної поведінки дівчаток-підлітків і впливу сексуальних активностей на розвиток такої серйозної патології, як порушення менструальної функції.

ВИСНОВКИ

Отримані результати свідчать про необхідність врахування особливостей сексуальної поведінки дівчат-підлітків із різним типом конституції для розроблення алгоритму профілактики порушень менструальної функції.

Features of sexual conduct of girls are with different motion of puberty O.A. Kovalishin

The objective: to conduct the estimation of sexual conduct of girls-teenagers with different motion of puberty.

Materials and methods. The perspective inspection of 94 patients which appealed for a help in a medical clinic «Alternative» c. Lviv. All girls were up-diffused on five groups – 1 - 15 girls by age 14 years; 2 – 19 girls by age 15 years and 3 – 24 girls by age 16 years: 4 – 18 girls by age 17 years; 5 – 18 girls by age 18 years.

Results. From 94 inspected girls-teenagers 10 teenagers had a weak type of sexual constitution, that was 10,9%, a middle type is 64 teenagers, that was 68%, and 20 girls-teenagers had a strong type of sexual constitution, that was 21,2%. The results of this research lead to circumstance that sexual activity of girls-teenagers depends not only on the rates of the sexual ripening (hormonal background) but also from other, individual features of development of every teenager, on forming of which such factors can influence as: congenital psychotype, socium and family. Findings will help us in the subsequent study of questions which touch the sexual conduct of girls-teenagers and influence of sexual activity on development of such serious pathology as violation of menstrual function.

Conclusion. The got results testify to the necessity of account of features of sexual conduct of girls-teenagers with a different somatotype for development of algorithm of prophylaxis of violations of menstrual function.

Keywords: puberty, sexual conduct, girls-teenagers.

Відомості про автора

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

Information about the author

Kovalishin Orysia A. – Department of obstetrics, gynecology and perinatology of Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Spicehandler J., 2019 Issues to consider in operationalizing reproductive health // *Adv Contracept.*:13:2-3:345–350.
2. Strickland J. L., 2020 Abnormal uterine bleeding in adolescents // *Obstet Gynecol Clin North Am.*:30:321–35.
3. Pyper C., 2021 Reproductive health awareness: an important dimension to be integrated into existing sexual and reproductive health programs // *Adv Contracept.*:13:2-3:331–338.
4. Anthony W., 2021 Normank Hormones. Second edition // Academic Press: California:70:113–121.
5. Caufriez A., 2018 Menstrual disorders in adolescence: Pathophysiology and treatment // *Horm Res.*:36:156.
6. Queenan John Jr., 2020 Dysfunctional Uterine Bleeding: // Medline, American College of Obstetrics and Gynecology Practice bulletin.:11:2-4:321–328.
7. Rosenberg M., 2019 Oral contraceptive discontinuation: a prospective evaluation of frequency and reason // *Am. J. Obstet. Gynecol.*:179:577–82.
8. Caufriez A., 2019 Menstrual disorders in adolescence: Pathophysiology and treatment // *Horm Res.*:36:156-162.
9. Deligeorgiou E., 2018 Dysfunctional uterine bleeding // *Ann N Y Acad Sci.*:816:158–164.
10. Jovanovic-Peterson L., 2019 Hormone replacement therapy // *Clin Diabet.*:142:146–151.
11. Speroff L., 2019 Dysfunctional uterine bleeding // *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility* 12 th ed. Copywriting: Lippincott Williams & Wilkins:55:4:712–716.
12. Liu F. T. Y., 2019 Serum FSH, LH and ovarian response to endogenous gonadotropins in alloxan immature female rats // *Endocrinol.*:91:1172-9.
13. Fraser I. S., 2020 Treatment of ovulatory and anovulatory dysfunctional uterine bleeding with oral progestagens // *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynecol.*:30:4:353–356.
14. Fraser I. S., 2021 The efficacy of non-contraceptive uses for hormonal contraceptives // *Med. J. Aust.*:178 (12):621–623.

Вплив органозберігаючих операцій на яєчниках на менструальну функцію жінок

В.А. Терехов

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Частота порушень менструальної функції у жінок після проведення операцій на яєчниках обумовлена як порушеннями до операції, так і наслідком оперативного втручання. Високий відсоток змін менструального циклу до операції (46,0% – зі зрілою тератомою і 54,0% – з простою серозною цистаденомою), згідно з нашими даними, прямопропорційно корелює з рівнем зміни оваріального резерву. У післяопераційний період відзначено збільшення кількості пацієнток з порушенням менструальної функції в 1,3–1,4 раза більшою мірою після резекції яєчника. Серед усіх видів порушень менструального циклу переважали укорочення циклу і олігоменорея.

Отримані дані необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів.

Ключові слова: доброякісні пухлини яєчників, репродуктивний вік, порушення менструальної функції.

Провідне місце серед новоутворень жіночих статевих органів посідають кісти і доброякісні пухлини яєчників (ДПЯ) [1–2]. Частота виявлення кіст і ДПЯ, за даними різних авторів, за останні 10–15 років підвищилася з 6% до 25% [3, 4].

Різноманітність клінічних проявів, труднощі диференціальної діагностики призводять до збільшення кількості оперативних втручань на яєчниках, втрати працездатності і порушення репродуктивного здоров'я у жінок, що підкреслює не лише медичний, а й соціальний і економічний аспекти даної патології [5–7]. До сьогодні не систематизовані дані щодо впливу органозберігаючих операцій на яєчниках на особливості менструальної функції жінок.

Не дивлячись на проведені дослідження, присвячені вивченню репродуктивного здоров'я жінок з кістами і ДПЯ [8–10], на сьогодні не вирішена проблема ефективного відновлення репродуктивної функції жінок із ДПЯ.

Мета дослідження: аналіз особливостей менструальної функції жінок після проведення органозберігаючих операцій на яєчниках.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було досліджено морфофункціональний стан яєчників у 50 пацієнток з простою серозною цистаденомою (СЦА) і у 50 жінок зі зрілою тератомою (ЗТ) до і після проведення органозберігаючих операцій (кістектомія, резекція). Паралельно оцінюва-

ли менструальну і репродуктивну функцію. Оперативне втручання всім пацієнткам виконували лапароскопічним доступом за загальноприйнятою методикою.

З урахуванням об'єму виконаного оперативного втручання, жінок було розподілено на три групи:

- 1-а група – 50 пацієнток, у яких вишування пухлини не супроводжувалося видаленням яєчникової тканини, що надалі було підтверджене гістологічно і розцінене як кістектомія.
- 2-а група – 50 обстежених, в яких за відсутності упевненості в повноцінному видаленні капсули утворення була проведена економна резекція яєчника. Водночас резекцію частіше виконували пацієнткам із СЦА (56,0%), ніж жінкам із ЗТ яєчника (44,0%).
- 3-я (контрольна) група – 30 здорових жінок зіставних за віком, з регулярним менструальним циклом, зі спонтанною овуляцією, які не отримували гормональну терапію протягом 1,5 року.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, ендокринологічні, біохімічні, морфологічні та статичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Було проведено аналіз даних анамнезу пацієнток до оперативного втручання залежно від морфологічної структури утворення.

Вік усіх обстежених хворих коливався від 18 до 40 років (у середньому – $27 \pm 4,8$ року). Більшість пацієнток із ЗТ були віком до 30 років, із СЦА – старше 30 років. При обох морфологічних варіантах утворень кістектомія і резекція були виконані з однаковою частотою у всіх пацієнток.

Приводом для госпіталізації слугувало виявлення об'ємного утворення в ділянці придатків матки під час профілактичного огляду і ультразвукового сканування. За екстремними свідченнями з клінікою гострого живота госпіталізовані 12,0% хворих, 88,0% пацієнток поступили в плановому порядку.

Під час госпіталізації у стаціонар характер скарг обстежених хворих був неспецифічний. Так, найчастішою скаргою жінок був біль у нижніх відділах живота різного ступеня вираженості (78,0%). Больовий синдром був найбільш вираженим у пацієнток із СЦА. Слід зазначити, що величина яєчничового утворення перевищувала 75–120 мм в діаметрі, тому можливо біль був обумовлений порушенням живлення в капсулі утворення. Другою за частотою скаргою зафіксовано порушення менструального циклу – 14,0%. Порушення функції сусідніх органів (дизурія, запори), збільшення живота в об'ємі спостерігалися у кожній десятій хворій (10,0%).

Клінічні прояви захворювання під час госпіталізації у стаціонар були відсутні у 22,0% хворих, в яких новоутворення яєчників діагностовано під час профілактичного огляду гінеколога або з'явилися випадковою знахідкою при ультразвуковому дослідженні.

Під час вивчення менструальної функції було зафіксовано, що середній вік настання менархе становив $13,8 \pm 1,2$ року, що практично відповідає такому в популяції. Настання менархе у віці до 12 років спостерігалось у 26,0% пацієнток, у половини хворих (46,0%) – у віці 12–15 років. Пізніше менархе виявлене у 28,0% хворих. Лише в кожній шостій обстеженій (16,0%) – у віці старше 16 років. Слід зазначити, що пізніше менархе частіше зустрічалось у хворих із СЦА – у 38,0%. Тривалість менструального циклу коливалась від 23 до 32 днів ($29,3 \pm 0,5$ дня). Середня тривалість менструальної кровотечі становила $6,52 \pm 0,2$ дня (3–8 днів).

Оцінюючи менструальну функцію в обстежених пацієнток, були виявлені ті або інші порушення залежно від морфологічної структури утворення як у становленні менархе, так і в регулярності менструальної функції. Регулярний менструальний цикл був у більшості пацієнток із ЗТ – 86,0%. Серед усіх видів порушення менструальної функції у всіх хворих переважала гіпоменорея та альгоменорея. Мізерні менструації зафіксовані в 2 рази частіше у пацієнток із СЦА порівняно з хворими із ЗТ.

На хворобливий характер менструацій частіше вказували обстежені із СЦА – 16,0%, ніж із ЗТ – 10,0%.

Ациклічні кров'яні виділення виявлені у 12,0% пацієнток, з приводу чого раніше виконано роздільне діагностичне вишкрібання слизової оболонки матки під контролем гістероскопії. Результати гістологічного дослідження свідчили про наявність гіперпластичного процесу ендометрія у всіх пацієнток.

Згідно з отриманими результатами, більшість вагітностей в анамнезі були у пацієнток із СЦА – 68,0%, серед них у кожній третій фіксували артифіційні аборти – 33,8%. Число мимовільних абортів в 1,7 рази вище в обстежених із СЦА порівняно з жінками із ЗТ. Збільшення частоти абортів у співвідношенні до частоти пологів вище у пацієнток із ЗТ – 28,0% і 20,0% відповідно.

Передчасні пологи і вагітності, що не розвиваються, частіше зустрічалися у пацієнток із СЦА, рідше у хворих із ЗТ – 6,0% і 4,0%; 2,0% і 2,0% відповідно.

Привертає увагу великий відсоток пацієнток, які застосовують методи запобігання вагітності, а саме: у жінок із СЦА – 36,0%, в обстежуваних із ЗТ – 26,0% відповідно.

Вивчення гінекологічного анамнезу у хворих з пухлинами яєчника виявило наявність гінекологічних захворювань у більшості обстежених – 60,0%. Найчастішою гінекологічною патологією були запальні захворювання матки і придатків матки, які діагностували у 36,0% пацієнток. Кожна третя хвора (32,0%) тривалий час (від 2 міс до 1,2 року) отримувала антибактеріальну терапію і фізіолікування в амбулаторних умовах. Утворення яєчників в анамнезі спостерігали у кожній шостій хворій (16,0%). Водночас на відміну від пацієнток із ЗТ найчастіше в обстежених із СЦА діагностували захворювання шийки матки (псевдоерозія, лейкоплакія, поліп слизової оболонки шийки матки, ерозійний ектропіон) – 12,0% і 22,0%; і патологію ендометрія (залозисто-кістозна гіперплазія ендометрія, залозисто-фіброзний поліп ендометрія) – 6,0% і 10,0% відповідно.

Про відсутність гінекологічних захворювань зазначали 40,0% обстежених, з них 22,0% пацієнток тривалий час (більше 5 років) не були на прийомі у гінеколога.

Найчастішою соматичною патологією були захворювання травного тракту (хронічний гастродуоденіт, виразкова хвороба, хронічний коліт), які діагностували у 62,0% пацієнток. Захворювання гепатобіліарної системи діагностовані у кожній четвертій хворій (24,0%) і не розрізнялися за групами. Гіпертонічна хвороба виявлена у 30,0% обстежених, варикозне розширення вен нижніх кінцівок – у 16,0% пацієнток. Порушення жирового обміну найчастіше зустрічалось у пацієнток із СЦА порівняно із ЗТ – 10,0% і 6,0% відповідно.

Достовірних відмінностей в кількості перенесених оперативних втручань між групами не виявлено. Оперативні втручання на органах черевної порожнини і малого таза раніше виконані у більшості (68,0%) хворих. Найчастіше зустрічалася апендектомія – у кожній п'ятій пацієнтки (24,0%).

Отже, вивчення анамнестичних даних в обстежених жінок виявило більш виражені порушення менструальної і репродуктивної функцій, велику частоту гінекологічної і соматичної патології і оперативних втручань у пацієнок з об'ємними утвореннями яєчника порівняно з контрольною групою.

Для оцінювання впливу перенесених оперативних втручань на підставі проведених УЗД і біохімічних параметрів було порівняно стан менструальної функції пацієнок з рівнем зниження оваріального резерву залежно від об'єму оперативного втручання.

Так, регулярний менструальний цикл до оперативного втручання був у переважній більшості жінок з нормальним оваріальним резервом (підгрупа А) як у 1-й групі (80,0%), так і в 2-й групі (68,0%). Менструальний цикл становив 28–30 днів, тривалість – 3–5 днів. У спостережуваних з помірно зниженим оваріальним резервом (підгрупа Б) регулярний цикл зафіксований у кожній другій пацієнтки в обох групах (50,5% і 48,3%), з низьким оваріальним резервом (підгрупа В) лише в кожній четвертій (24,3% і 26,1%).

Порушенням менструального циклу було його укорочення до 21–25 днів переважно у підгрупі В. Ациклічні кров'яні виділення переважали також у жінок з підгрупи В, а саме: у 1-й групі у 3,1% і в 2-й групі у 6,8%, з приводу чого в 4,9% хворих раніше виконано роздільне діагностичне вишкрібання слизової оболонки матки під контролем гістероскопії. Результати гістологічного дослідження свідчили про наявність гіперпластичного процесу ендометрія у всіх пацієнок.

Хворобливі менструації виявлені в 10,0% хворих 1-ї групи і в 16,0% у жінок 2-ї групи незалежно від показників оваріального резерву.

Результати аналізу менструальної функції після оперативного лікування продемонстрували залежність порушень менструального циклу від змін у доопераційний період. Проведена характеристика тривалості менструального циклу через 3 міс після органозберігаючих операцій з урахуванням об'єму виконаної операції і оваріального резерву свідчить, що кількість пацієнок з менструальним циклом 21–25 днів збільшилося у хворих із ЗТ і СЦА в 1,3 і 1,4 раза відповідно.

Водночас в обстежених зі зниженим оваріальним резервом (підгрупа В) фіксували укорочений менструальний цикл у більшості хворих як в 1-й групі (54,0%), так і в 2-й групі (64,0%). У спостережуваних з помірним зниженням оваріального резерву (підгрупа Б) даний вид порушення зустрічався в 2 рази рідше, з незмінним оваріальним резервом (підгрупа А) – у 3 рази. Збільшення тривалості менструального циклу зафіксоване у пацієнок із ЗТ і СЦА незалежно від рівня зниження оваріального резерву.

Отже, змінений менструальний цикл фіксували частіше у хворих, які перенесли резекцію яєчника (в 1,5 раза), порівняно з кістектомією. Це зумовлено значною кількістю хворих з помірно зниженим (підгрупа Б) і низьким оваріальним резервом (підгрупа В).

У ході дослідження через 6 міс після операції відзначено збільшення кількості пацієнок з різними видами порушень менструальної функції. Найнижчий відсоток нерегулярних менструальних циклів (48,2%) у післяопераційний період спостерігали в спостережуваних з незмінним оваріальним резервом (підгрупа А). Під час порівняння отриманих результатів дослідження залежно від об'єму оперативного втручання було встановлено, що скорочення менструального циклу до 21–25 днів частіше спостерігалось у жінок, що перенесли оперативне втручання з приводу

СЦА, і у пацієнток після резекції яєчника. Це пов'язано з великою кількістю хворих зі зміненим оваріальним резервом у даній групі.

Так, через 6 міс після оперативного втручання збільшилась кількість пацієнток з підгрупи Б і В ($p < 0,05$) з тривалістю циклу 21–25 днів. Фіксували збільшення кількості жінок з тривалістю циклу 21–25 днів у підгрупі Б в 1,5 раза, а серед пацієнток з підгрупи В – в 1,6 раза порівняно з попереднім дослідженням через 3 міс, що становить 15,5% і 31,7% відповідно.

Результати аналізу змін менструального циклу продемонстрували, що через 6 міс після операції частота ациклічних кров'яних виділень збільшилася в 1,3 раза порівняно з результатами через 3 міс.

Аналіз характеристики менструального циклу через 12 міс після операції виявив раніше позитивну кореляційну залежність між ступенем зниження оваріального резерву і порушенням менструального циклу за типом укорочення, олігоменореї. Серед усіх порушень у пацієнток з помірно зниженим оваріальним резервом (підгрупа Б) і низьким оваріальним резервом (підгрупа В) переважало укорочення менструального циклу (17,6% і 30,7% відповідно) і опсоменорея (32,1% і 40,1% відповідно).

Згідно з отриманими даними, ациклічні кров'яні виділення зафіксовані в 7,2% у 1-й групі у хворих із ЗТ і в 24,0% у пацієнток із СЦА 2-ї групи, з приводу чого всім спостережуваним вироблена гістероскопія з подальшим роздільним діагностичним вишкрібанням слизової оболонки матки. Гістологічне дослідження отриманого матеріалу свідчило про залозисто-кістозну гіперплазію ендометрія, залозисту гіперплазію і залозисто-фіброзний поліп.

Оцінювання менструальної функції через 24 міс після органозберігаючих операцій свідчило про збільшення частоти порушень в обох групах спостереження. Переважаючою зміною було скорочення циклу до 21–25 днів у хворих з помірно зниженим (підгрупа Б) і низьким оваріальним резервом (підгрупа В) – 19,3% і 34,2% відповідно.

При детальному аналізі менструальної функції залежно від об'єму оперативного втручання виявлено, що після резекції яєчника кількість жінок з нормальним менструальним циклом була менша в 1,3 раза, ніж після кістектомії. Так, найнижчий відсоток нормальних менструальних циклів відзначено у 2-й групі у спостережуваних із СЦА, що перенесли резекцію яєчника (18,2%).

ВИСНОВКИ

У результаті дослідження виявлено, що частота порушень менструальної функції у жінок після операцій на яєчниках обумовлена як порушеннями до операції, так і наслідком оперативного втручання. Високий відсоток змін менструального циклу до операції (46,0% – зі зрілою тератоною, 54,0% – з простою серозною цистаденоною), згідно з нашими даними, прямопропорційно корелює з рівнем зміни оваріального резерву.

У післяопераційний період відзначено збільшення кількості пацієнток з порушенням менструальної функції в 1,3–1,4 раза здебільшого після резекції яєчника. Серед усіх видів порушень менструального циклу переважали скорочення циклу і олігоменорея.

Отримані дані необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів.

Influence of organ-preserving operations on ovaries on the menstrual function of women

V.A. Terekhov

Frequency of violations of menstrual function for women after operations on ovaries is conditioned by both violations to the operation and consequence of operative interference. High percent of changes of menstrual cycle to the operation (46,0% – with mature teratoma and 54,0% with outage of serosal cystadenoma), in obedience to our information, direct proportion correlates with the level of change of ovarian reserve.

In a postoperative period the increase of number of patients is marked with violation of menstrual function in 1,3–1,4 time in a greater degree after the resection of ovary. Shortening of cycle and oligomenorrhea prevailed among all types of violations of menstrual cycle.

Findings must be taken into account at development of algorithm of diagnostic, treatment-and-prophylactic and rehabilitation measures.

Keywords: *benign tumors of ovaries, reproductive age, disturbances of menstrual function.*

Відомості про автора

Терехов Володимир Андрійович – Кафедра акушерства та гінекології Медичного інституту Сумського державного університету МОН України, м. Суми. *E-mail: prorre-first@nmapo.edu.ua*

Information about the autor

Terekhov Vladimir A. – Department of obstetrics and gynecology of the Medical Institute of the Sumy State University MES of Ukraine, Sumy. *E-mail: prorre-first@nmapo.edu.ua*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Afors K, Murtada R, Centini G., 2019 Employing laparoscopic surgery for endometriosis // *Women's Health*:10(4):431-43.
2. Akira I, Tomoko N, Tatsuo N., 2020 Assessment of ovarian reserve using anti-Mullerian hormone levels in benign gynecologic conditions and surgical interventions: a systematic narrative review // *Reproductive Biol Endocrinol.*:12:125-130.
3. Aubard Y, Poirot C., 2021 Presumed ovarian benign tumor and fertility // *J Gynecol Obstetr Biol Reproduction*:42(8):794-801.
4. Baradwan S, Sendy F, Sendy S., 2020 Complete Laparoscopic Extirpation of a Giant Ovarian Cyst in an Adolescent // *Complete Case Rep Obstet Gynecol.*:7:63:89-95.
5. Borghese B, Marzouk P, Santulli P., 2019 Surgical treatments of presumed benign ovarian tumors // *Gynecol, Obstetr Biol Reproduction*:42(8):786-93.
6. Bourdel N, Canis M., 2020 Treatment strategies in presumed benign ovarian tumors // *J Gynecol, Obstetr Biol Reproduction*:42(8):802-15.
7. Casadei L, Dominici F, Scaldaferrì D, Vicomandi V, 2021 Anti-Müllerian hormone levels and spontaneous pregnancy in women undergoing surgery for benign ovarian cysts // *Gynecol Endocrinol*:Oct;34(10):909-12.
8. Cayrol M, Ouldamer L, Marret H., 2019 Ovarian tumors // *La Revue Praticien*: 63(2):259-65.
9. DePriest PD, DeSimone CP., 2018 Ultrasound screening for early detection of ovarian cancer // *J Clin Oncol.*:21:194-9.
10. Farghaly SA., 2019 Current diagnosis and management of ovarian cysts // *Clin Experim Obstetr Gynecol.*:41(6):609-12.

Безпліддя подружніх пар: медичні та вікові аспекти

О.О. Берестовий

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

Мета дослідження: вивчення сучасних медичних та вікових аспектів при безплідді у подружніх парах.

Матеріали та методи. Об'єктом дослідження стали безплідні пари, одиницею спостереження – кожна безплідна пара. Було проанкетовано 100 подружніх пар із безпліддям, при цьому формувалася репрезентативна вибірка за якістю і кількістю з використанням методу систематичної випадкової вибірки.

Результати. Результати проведених досліджень свідчать, що медико-соціальні фактори мають велике значення для вирішення питання реалізації репродуктивної функції у подружніх парах. Основне значення мають стан репродуктивного здоров'я не тільки жінки, але і чоловіка або партнера, а також збереження етапності надання спеціалізованої медичної допомоги, починаючи з жіночої консультації та закінчуючи спеціалізованими клініками допоміжних репродуктивних технологій.

Висновки. Отримані результати необхідно враховувати при наданні медичної допомоги подружнім парам із порушенням репродуктивної функції.

Ключові слова: подружні пари, безпліддя, медичні та вікові аспекти.

Сучасний рівень розвитку допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) є запорукою ефективного комплексного застосування в лікуванні безплідного шлюбу [1, 2]. Всебічне вивчення чинників ризику розвитку безпліддя дозволило виявити різні причини даної патології. Так, негативно впливають на репродуктивну функцію оперативні втручання на придатках, аборти, перенесені інфекції, що передаються статевим шляхом, гормональні і генетичні порушення [3, 4]. У жінок виснаження фолікулярного резерву, а також супутня соматична патологія і оперативні втручання на репродуктивних органах в анамнезі істотним чином позначаються на репродуктивній функції [5, 6].

У структурі порушення репродуктивної функції на чоловічий чинник, за деякими даними, припадає до 50% випадків [7, 8], особливо при загальному погіршенні якості сперми. Низка авторів [9, 10] вивчали різні причини, що призводять до чоловічого безпліддя, зокрема природжена патологія, запальні захворювання, оперативні втручання з приводу пахових гриж і варикоцеле, ендокринна патологія. На якість сперми істотно впливають генетичні особливості, шкідливі чинники довкілля, шкідливі звички, харчові пристрасті і професійні шкідливості [11, 12].

Незважаючи на значну кількість наукових публікацій, присвячених проблемі безпліддя в подружній парі, не можна усі питання вважати повністю вирішеними, особливо враховуючи сучасні медико-соціальні особливості.

Мета дослідження: вивчення сучасних медичних та вікових особливостей при безплідді в подружніх парах.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети об'єктом дослідження стали безплідні пари, одиницею спостереження – кожна безплідна пара. Було проанкетовано 100 подружніх пар із безпліддям, при цьому формувалася репрезентативна вибірка за якістю і кількістю з використанням методу систематичної випадкової вибірки.

Для вивчення медико-соціальної характеристики пацієнтів, виявлення фактів ризику, визначення рівня знань з питання збереження і відновлення репродуктивного здоров'я застосовували статистичний метод, метод викопіювання з амбулаторних карт, анкетування пацієнтів. Крім того, на даному етапі дослідження були визначені соціальні, економічні і родинні чинники, які визначають репродуктивне здоров'я.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У ході дослідження було проведено соціологічне опитування пацієнтів (анкетування), що звернулися в клініку ДРТ. Ця анкета включає питання медико-соціального характеру, а саме:

- вік,
- соціальний статус,
- дохід сім'ї,
- освіта,
- акушерсько-гінекологічний анамнез,
- наявність шкідливих звичок,
- інформованість пацієнток про методи лікування.

Було опитано 100 пар різного репродуктивного віку. Під час оцінювання вікових характеристик пацієнток з безпліддям було розподілено на групи таким чином:

- 1-а група – 20–25 років,
- 2-а група – 26–30 років,
- 3-я група – 31–35 років,
- 4-а група – віком понад 35 років.

Такий розподіл за віком дозволяє розрізнити жінок раннього, активного і пізнього репродуктивного віку. Переважна більшість (73%) опитаних жінок була віком понад 30 років, причому 38% з них входять до групи від 35 років і старше. На ранній репродуктивний вік (20–25 років) доводиться всього 5% безплідних жінок, причому у більшості пацієнток звернення до спеціалізованого центру пов'язане з чоловічим безпліддям, в 1% пацієнток є вади розвитку, за яких мимовільне настання вагітності взагалі неможливе, ще в 1% жінок в анамнезі були або дві трубні вагітності або гідро-, піосальпінкси, у зв'язку з чим була виконана тубектомія з двох боків. До групи 26–30 років увійшли 22% безплідних пацієнтки.

Отримані дані відповідають спостережуваним змінам за вікової народжуваності, підтверджуючи зсув реалізації репродуктивної функції на більш пізній вік, в якому пацієнти набагато частіше стикаються з проблемою безпліддя, а позитивні результати програм ДРТ мають низький відсоток.

Аналогічним чином на групи за віком було розподілено партнерів пацієнток з безпліддям:

- 1-а група – 20–25 років,
- 2-а група – 26–30 років,

- 3-я група – 31–35 років,
- 4-а група – 36–40 років і старше 40 років.

Найменша частка чоловіків доводиться на вік 20–25 років (2%), максимум становлять партнери у віці 31–35 років (32%), далі чоловіки віком понад 49 років (28%) і однаковий відсоток становлять чоловіки віком 26–30 років і 36–40 років (17% і 21% відповідно).

Розподіл за віком наочно демонструє, що серед пацієнток з безпліддям переважають жінки старшого репродуктивного віку, так само як і серед їхніх партнерів, і у багатьох випадках у зв'язку з віковими особливостями зафіксовано поєднання чоловічого і жіночого чинників безпліддя. Враховуючи дисбаланс чоловічого і жіночого населення, чоловіки старшого репродуктивного віку активно беруть участь в реалізації дітородної функції.

Що стосується соціального статусу, то під час оцінювання доходу сімей і роду їхньої діяльності можна відзначити, що більшість пацієнток з безпліддям посідають активну життєву позицію, соціально спроможні, мають вищу освіту, середній дохід і дохід вище середнього. Найбільша частка жінок відноситься до службовців (35%), робітників і домогосподарок приблизно порівну (19% і 18% відповідно), керівні пости посідають 15% пацієнток з безпліддям, по 3% доводиться на науковців і зайнятих іншою діяльністю, не працюють 7% жінок.

Частка службовців серед чоловіків становить 34%, керівні посади посідають 31%, робітників було 15%, зайнятих іншою діяльністю (загалом приватний бізнес і підприємництво) – 12%, наукових співробітників – 5%, не працюють 3%. Отже, отримані дані підтверджують припущення про те, що багато пар прагнуть реалізуватися в соціальній сфері і досягти певного добробуту, перш ніж народити дитину.

У зареєстрованому шлюбі перебували 71% жінок з безпліддям, у цивільному – 25% пацієнток, розлучених – 4%, неодружених – 1% з числа тих, що звернулися по допомогу. Тобто, майже кожна третя пацієнтка (30%) з тих, хто звернувся у відділення ДРТ, не має зареєстрованого шлюбу і не розглядає свій статус як можливу причину відмовитися від народження дитини поза шлюбом, навпаки така поведінка підкреслює усвідомленість рішення реалізувати дітородну функцію.

Переважає більшість жінок закінчили вищі утбові заклади (89%), середню спеціальну і незавершену вищу освіту мають по 6% респондентів. Деякі інші результати отримані при вивченні рівня освіти у чоловіків. Так, 76% складають чоловіки з вищою освітою, чоловіки з незавершеною вищою – 11%, із середньою спеціальною освітою – 10%. Середню освіту отримали 4% чоловіків.

Для оцінювання доходу сімей до анкети були включені питання, що стосуються житлових умов і суб'єктивної оцінки доходу сім'ї. Більшість безплідних пар мешкають в окремій квартирі – 67%, у приватному будинку – 17%, мають кімнату в квартирі – 10%, 7% зазначили інші варіанти відповідей. Свій дохід як нижче середнього оцінили близько 2% опитаних, середній дохід – 73%, дохід вище середнього – 21%, високим дохід сім'ї – 4% респонденток. Підсумовуючи зазначене вище, більшість тих, хто звернувся за спеціалізованою допомогою мають дохід, що дозволяє оплачувати програми ДРТ.

Серед шкідливих звичок оцінювали пристрасть до куріння і вживання алкоголю. Більшість жінок (74%) не мають звички табакокуріння, 20% курять інколи в компаніях. До таких, хто часто курять, віднесли себе 4%, курять постійно – 2% пацієнток. Щодо вживання алкоголю, то 31% жінок взагалі не вживають алкоголь, 70% вживають спиртні напої інколи, тобто належать до групи, званої в англійській літературі *social drinking*. Наявність професійних шкідливостей на робочому місці відзначили

лише 13% жінок. Серед них 46% до професійних шкідливостей віднесли роботу з персональним комп'ютером; стресовий чинник відзначили 23% пацієнток, добовий графік роботи був у 8%. Вібрацію, як шкідливий виробничий чинник, пил, роботу зі шкідливими рідинами відзначили по 8% анкетованих респонденток.

З метою оцінювання гінекологічного анамнезу до анкети були включені такі питання, як вік менархе, вік початку статевого життя і вступ до шлюбу, наявність різних захворювань, оперативних втручань на органах малого таза, інфекції, що передаються статевим шляхом тощо. Середній вік настання менархе становив $12,8 \pm 1,2$ року. Загалом вік настання менструації варіював від 10 до 18 років.

У більшості пацієнток (80%) вік менархе становив 12–14 років. Раннє менархе виявлене у 14% жінок, пізніше менархе – у 6%. Середній вік початку статевого життя становив $18,1 \pm 1,8$ року (варіював від 15 до 23 років). Середній вік вступу до шлюбу або початку сімейного життя для тих, хто знаходяться в цивільному шлюбі, становив $23,7 \pm 2,6$ року.

Під час аналізу структури безпліддя в досліджуваній групі у 41% пацієнток діагностували первинне безпліддя, у 59% – вторинне. Серед жінок із вторинним безпліддям у 21% на момент звернення до відділення ДРТ були діти; 8% жінок відзначили, що діти від інших шлюбів є або у них, або у їхніх партнерів. В анамнезі від 2 до 4 вагітностей зазначили 12% жінок із вторинним безпліддям.

Отже, серед опитаних жінок у 41% не було вагітностей в анамнезі, тобто ці пацієнтки звернулися у відділення ДРТ з приводу первинного безпліддя. Враховуючи тенденції до пізнішого дітородіння і наявність сучасних засобів контрацепції, багато жінок відкладають зачаття і народження дитини до 30 років, у зв'язку з чим можливе зростання первинного безпліддя через зниження репродуктивної здатності в цьому віці.

Наявність оперативних втручань на слизовій оболонці матки зафіксовано у більше половини (65%) всіх жінок, що мали безпліддя. У 15% з опитаних жінок одна або декілька вагітностей виявилися такими, що не розвиваються, у зв'язку з чим було виконано інструментальне видалення плодового яйця, вишкрібання слизової оболонки матки. Практично половина жінок з безпліддям (49%) в анамнезі мали аборти. З позаматковою вагітністю в анамнезі 4% пацієнток, причому в 1% жінок з безпліддям було видалено обидві маткові труби. У 8% жінок в анамнезі фіксували міому матки з підслизовим розташуванням вузлів. Водночас поліпектомію або вишкрібання з приводу гіперплазії ендометрія була виконана у 19% пацієнток.

У всіх пацієнток із вторинним безпліддям було проведено те або інше оперативне втручання на слизовій оболонці матки, тоді як у пацієнток з первинним безпліддям такі втручання відзначено лише у 23% жінок.

Під час аналізу гінекологічної захворюваності зафіксовано, що інфекції, які передаються статевим шляхом, перенесли 67% опитаних жінок, причому мікст-інфекція відзначена у 8% респондентів. Запальні захворювання органів малого таза в анамнезі відзначили 28%, міома матки різної локалізації зустрічалася у 18%. Патологію шийки матки виявлено у 35% пацієнток, 25% жінок мали в анамнезі ендометріоз різної локалізації, синдром полікістозних яєчників діагностували в 11%, порушення менструальної функції різного характеру зареєстровано у 21% жінок. Передчасне виснаження яєчників діагностовано у 7% жінок з безпліддям ($14,2\%$ – у віковій групі 26–30 років, по $42,9\%$ – у вікових групах 31–35 років і старше 35 років). Аномалії розвитку статевих органів відзначено в 1% випадків. Різні утворення яєч-

ників та апоплексія виявлені в анамнезі у 28% пацієнток з безпліддям. Лише у 8% пацієнток в анамнезі не було зазначено гінекологічних захворювань.

Отже, отримані дані збігаються з даними літературного огляду і свідчать, що зі збільшенням репродуктивного віку наголошується накопичення гінекологічної патології і збільшується доля оперативних втручань на репродуктивних органах, що багато в чому впливає на результативність програм ДРТ.

Із всіх опитаних жінок вперше звернулися за лікуванням до спеціалізованої клініки ДРТ 21% пацієнток; 79% жінок раніше лікували безпліддя або в різних клініках та центрах, або в державних установах. Серед жінок, що лікувалися за допомогою різних методик ДРТ, 24% пацієнток раніше проходили програму ЕКЗ, 13% жінок – програму ЕКЗ+ІКСІ, 23% пацієнток виконували інсемінацію, 2% пацієнток раніше проходили лікування методом ЕКЗ у природному циклі; 38% жінок проводили декілька різних програм.

Слід зазначити, що багато пацієнток намагаються пройти лікування в різних установах в надії завагітніти. Деяким хворим у зв'язку із супутньою патологією або анамнестичними даними відмовляють в одних центрах і вони, не надаючи інформацію, яка, як вони вважають, може бути причиною відмови в лікуванні, звертаються до іншого центру ДРТ.

Кількість спроб програм ДРТ в анамнезі варіювало від 1 до 7 і більше. Частка жінок зменшується зі збільшенням кількості спроб ДРТ в анамнезі, тобто максимальне число жінок (31%) мають в анамнезі 1 спробу, 2 спроби застосували 28% пацієнток, в 4% респондентів 7 спроб виконані раніше. Багато хто, сподіваючись на настання вагітності, проходять лікування в різних клініках (79%).

Орієнтуючись на заяви засобів масової інформації (ЗМІ) про самостійне настання вагітності і пологи у вікових жінок, пацієнтки пізнього репродуктивного віку, які не мають власних дітей, втрачають можливість виносити і народити власних дітей, відкладаючи вагітність на ще пізніший вік. Таким пацієнткам потрібні програми не лише з використанням донорських клітин, але і за участю сурогатних матерів.

Отже, під час аналізу кількості спроб встановлено, що у 40% пар в анамнезі більше 2 спроб ДРТ, що свідчить про недостатнє обстеження, необхідність застосування інших програм ДРТ. Проведення медико-генетичного консультування з метою дообстеження дозволить заощадити час і кошти хворого, а також оптимізувати подальший вибір програм ДРТ для досягнення позитивного результату.

За відповідями на запитання «Як ви оцінюєте своє здоров'я?» пацієнтки були розподілені на три групи:

- 49% жінок визнали своє здоров'я хорошим,
- 45% – задовільним,
- 7% – поганим.

Під час оцінювання тривалості обстеження і консервативного лікування в умовах поліклініки були отримані наступні дані. Мінімальна тривалість обстеження і спостереження пацієнтки щодо безпліддя у поліклініці становила 6 міс, деякі пари спостерігалися в жіночій консультації з приводу безпліддя протягом 10 років перш ніж звернутися до спеціалізованого центру. У більшості випадків лікарі жіночої консультації обстежували пацієнток у зв'язку з відсутністю вагітності і чекали мимовільного настання вагітності у жінок протягом 2 років до моменту звернення в спеціалізовану клініку (37%), протягом 1 року або 3 років спостерігалось по 19% пацієнток.

Наведені дані показують, що спостерігається недотримання стандартів діагностики безпліддя і відсутність спадкоємності в роботі амбулаторно-поліклінічних установ і спеціалізованою допомогою в клініках ДРТ. Цікаво, що тривалість спостереження в консультації протягом 5 років відзначена у 13% жінок протягом 6 міс, 1,5 року, 4, 6 і 10 років не перевищувала 4%. З відповіддю «важко» у 9% зі всіх опитаних пацієнток.

Так само слід зазначити, що тільки 35% жінок було направлено за отриманням спеціалізованої допомоги лікарями жіночої консультації, 51% пацієнток звернулися самостійно, 14% жінок звернулися по допомогу до фахівця за наполяганням родичів, що є прикладом порушення етапності надання медичної допомоги.

Через відсутність вагітності 65% пацієнток вперше звернулися до різних державних медичних установ, 35% жінок – по допомогу до приватних фахівців. Цікаво відзначити, що зі всіх опитаних пацієнток, не дивлячись на обстеження, що проводили лікарі, і лікування, намагалися самостійно вилікуватися від безпліддя 12% жінок, що свідчить про низьку інформованість самих жінок щодо питань безпліддя.

Середній вік жінок, яким діагностували безпліддя, становив $32,3 \pm 3,1$ року, його мінімальне і максимальне значення – 23 і 40 років відповідно. Частіше безпліддя діагностували пацієнткам у віковій групі 31–35 років (37%), безпліддя у віковій групі 26–30 років діагностовано в 31% жінок, у групі жінок віком 20–25 років – у 19%, у віці понад 36 років – у 13% випадків. Водночас 2% пацієнток відповіли «важко» на запитання «В якому віці діагностували безпліддя?». Отже, середній вік діагностики безпліддя у 50% жінок становив 30 і більше років. Це істотним чином позначається на результатах програм ДРТ. Такий віковий інтервал як вік діагностики безпліддя може визначатися відкладанням реалізації дітородної функції на більш старший вік або невиправдано тривалим спостереженням на рівні надання первинної медико-санітарної допомоги, або недотриманням принципу спадкоємності надання медичної допомоги.

У 24% випадків зафіксовано поєднання чоловічого і жіночого чинників безпліддя. Суто чоловічий чинник виявлений в 11% випадків, аналогічний відсоток пацієнток не знають, який чинник безпліддя у них є, оскільки звернулися за спеціалізованою допомогою вперше або не проходили повноцінне обстеження. У 53% безпліддя обумовлене лише жіночим чинником.

Під час аналізу структури жіночого безпліддя можна відзначити, що в 23% випадків констатують трубно-перитонеальний чинник, у 15% – ендокринну патологію, шийний чинник виявлений у 2% пацієнток, абсолютний трубний чинник – у 4% випадків, на матковий чинник доводиться 8%, у 7% випадків спостерігається передчасне виснаження яєчників. Ще 21% респондентів не знають точно причини безпліддя. Майже у 20% випадків фіксують поєднану патологію, що призводить до безпліддя.

Відомо, що через діагностику безпліддя можуть змінюватися психологічний стан, поведінка в соціумі, тому до анкети були включені запитання, які дозволяють визначити, що змінилося в житті пацієнтів після діагностики безпліддя. Двадцять дев'ять відсотків жінок відзначили, що після встановлення діагнозу в їхньому житті нічого не змінилося, в 1% опитаних шлюбні стосунки стали міцнішими, у 5% відсотках випадків шлюб було розірвано, 4% жінок змінили роботу. Крім того, 7% пацієнток повідомили, що у них погіршали стосунки в сім'ї, у 8% відсотках випадків діагностика безпліддя призвела до погіршення інтимних стосунків, 11% пацієнток занурилися в роботу, що зумовило кар'єрний ріст, 9% жінок внаслідок безпліддя

відмовилися від шкідливих звичок, 18% жінок вважають, що до них стали більше проявляти уваги родичі і колеги. У 10% жінок діагностика безпліддя призвела до зміни декількох із зазначених вище життєвих аспектів.

Отже, лише у 29% жінок не змінився характер соціального функціонування після діагностики безпліддя, тоді як останні респонденти потребували тих або інших реабілітаційних заходів.

Наявність будь-якого дефекту або відчуття своєї неповноцінності у людини часто призводить до заперечення проблеми, зміни поведінки, замкнутості. Так і пацієнти з безпліддям часто приховують, що застосовують методи ДРТ. За нашими даними, 36% пацієнток негативно відреагували, що хтось може дізнатися про те, що вони народили дитину «з пробірки», 58% жінок нейтрально відносяться до того, аби ті, хто оточують, знали про їхню проблему, і майже 6% охоче розповідають про свій стан.

При вивченні доступності ДРТ відзначено, що отримання медичних послуг з лікування безпліддя недоступно у фінансовому відношенні для багатьох громадян. За нашими даними, 80% жінок повідомили, що гроші на лікування – це особисті заощадження. У 13% випадків лікування допомагає зміцнити сім'ї, кредит узяти майже 3% опитаних, як особисті засоби, так і родинні заощадження вклали у лікування майже 4% жінок, кредит і особисті заощадження використовує майже 1% пацієнток. Сорок відсотків опитаних жінок вважають, що вартість лікування за допомогою репродуктивних технологій висока, 55% вважають, що ціна прийнятна.

ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що медико-соціальні фактори справляють велике значення для вирішення питання реалізації репродуктивної функції у подружніх парах. Основне значення мають стан репродуктивного здоров'я не тільки жінки, але і чоловіка або партнера, а також збереження етапності надання спеціалізованої медичної допомоги, починаючи з жіночої консультації та закінчуючи спеціалізованими клініками допоміжних репродуктивних технологій.

Отримані результати необхідно враховувати при наданні медичної допомоги подружнім парам із порушенням репродуктивної функції.

Medical and social features of matrimonial pair with infertility O.A. Berestovoy

The objective: is a study of modern medical and age-related aspects at infertility in a matrimonial pair.

Materials and methods. A research object was become by sterile pair, by unit of supervision is every sterile pair. By us was surveyed 100 matrimonial pair with infertility, a representative selection was here formed in quality and to the amount with the use of method of systematic random sample.

Results. Medical and social factors matter very much for the decision of question of realization of genesial function in matrimonial pair. A basic value is had the state of reproductive health of not only woman but also man or partner, and also maintainances of stage of grant to the specialized medicare, since womanish consultation concluding the specialized clinics of auxiliary genesial technologies.

Conclusions. The got results must be taken into account at a grant to medicare to the matrimonial pair with violation of genesial function.

Keywords: matrimonial pair, infertility, medical and age-related aspects.

Відомості про автора

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

Information about the author

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

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Witz C. A., 2019 Endometriosis and infertility: is there a cause and effect relationship? // *Gynecol. Obstet. Invest.*:53:1:2–11.
2. Paraskos J., Waxman M., Johnson F., 2020 Ultrasound assessment of cervical length in preterm labor / 17th Annual Meeting of the Society of Perinatal Obstetricians // *Am. J. Obstet. Gynecol.*:166:364-372.
3. Olsen J., 2021 Seeking medical help for subfecundity: a study based upon surveys in five European countries // *Fertil. Steril.*:66:1:95–100.
4. Lucena E., 2021 Immune abnormalities in endometriosis compromising fertility in IVF-ET patients // *J. Reprod. Med.*:44:5:458–464.
5. Sallmen M., 2019 Reduced fertility among women exposed to organic solvents // *Am. J. Ind. Med.*:27:5:699–713.
6. Sladek S. M., 2020 Nitric oxide synthase activity in pregnant rabbit uterus decreases on the last day of pregnancy // *Am J Obstet Gynecol.*:169:1285-93.
7. Fracki S., 2021 Analysis of female infertility structural factors // *Ginekol. Pol.*:69:12:1126–1130.
8. Aral S. O., 2021 The increasing concern with infertility. Why now? // *JAMA.*:250:17:2327–2331.
9. Fuortes L., 2019 Association between female infertility and agricultural work history // *Am. J. Ind. Med.*:31:4:445–451.
10. Asukai K., 2020 Occult hyperprolactinemia in infertile women // *Fertil. Steril.*:60:3:423–427.
11. Buckett W., 2021 The epidemiology of infertility in a rural population // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*:76:3:233–237.
12. Choudhury S. D., 2019 Hyperprolactinemia and reproductive disorders – a profile from north east // *J. Assoc. Physicians India.*:43:9:617–618.

Тактика лікування безпліддя у жінок із поєднаною патологією матки та грудних залоз

С.Є. Гладенко

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

Мета дослідження: зниження частоти порушень репродуктивної функції жінок із поєднаною патологією матки та грудних залоз на підставі вивчення нових аспектів патогенезу безпліддя, а також удосконалення та впровадження алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів залежно від варіантів поєднаної патології матки та грудних залоз.

Матеріали та методи. Лікування безпліддя у всіх пацієнток було проведено шляхом використання методів допоміжних репродуктивних технологій. До 1-ї групи увійшли 90 жінок з дифузною дисплазією грудних залоз. Серед них було виділено три підгрупи жінок з урахуванням наявності супутньої генітальної патології. До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, доплерометричні, кардіотокографічні, морфологічні, ендокринологічні, біохімічні та статистичні.

Результати. Провідними причинами безпліддя у жінок із поєднаною патологією матки та грудних залоз є наявність поєднаних факторів (трубно-перитонеальний, ендокринний, матковий та чоловічий) – 48,9%; тільки матковий – 20,0% та ендокринний – 7,4%. У 23,3% випадках остаточно причини безпліддя не встановлені. У структурі порушень репродуктивної функції переважає вторинне безпліддя – 53,3% порівняно з первинним – 46,7%.

Основним методом лікування безпліддя у жінок із поєднаною патологією матки та грудних залоз є оперативний, при цьому середня кількість операцій на одну жінку становить $1,5 \pm 0,7$; у структурі переважає гістероскопія – 66,7% порівняно з лапароскопією – 20,0% та лапаротомією – 13,3%.

Ефективність програм допоміжних репродуктивних технологій у жінок із поєднаною патологією матки та грудних залоз не залежить від застосування різних схем стимуляції яєчників, використання допоміжного хетчингу, а залежить від стану оваріального резерву та своєчасного використання ооцитів донора. Сумарна ефективність лікування безпліддя у жінок із доброякісною дисплазією грудних залоз становить 53,3%; при поєднанні з аденоміозом – 33,3% та з лейоміомою матки – 30,0% відповідно.

Заключення. Використання удосконаленого алгоритму лікувально-профілактичних заходів у жінок із поєднаною патологією матки та грудних залоз дозволяє суттєво зменшити частоту порушень репродуктивної функції.

Ключові слова: поєднана патологія матки та грудних залоз, репродуктивна функція.

Проблема доброякісної патології матки та грудних залоз в репродуктивному віці є однією з найбільш актуальних в сучасній медицині. Ця патологія посідає одне з провідних місць у структурі порушень репродуктивного здоров'я [1, 2]. Частота різних доброякісних новоутворень матки та грудних залоз як окремо, так і у поєднанні серед жінок репродуктивного віку становить до 50,0% [3, 4].

На сучасному етапі наголошується збільшення частоти доброякісної патології як матки, так і грудних залоз, особливо серед жінок раннього репродуктивного віку, що знижує якість їхнього життя і негативно впливає на репродуктивну функцію [5, 6].

Доброякісна патологія матки та грудних залоз є однією з провідних причин порушень менструальної і репродуктивної функції [7, 8]. У сучасній літературі немає єдиної точки зору щодо причин поєднання генітальної патології та змін у грудних залозах, особливо з погляду на початок захворювання, причому не завжди виявляють, що виникає спочатку. Ефективність різних діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів при поєднанні доброякісної патології матки та грудних залоз не перевищує 50% [9, 10].

Незважаючи на значне число наукових публікацій у даному напрямку не можна вважати проблему порушень репродуктивного здоров'я в жінок із доброякісною патологією матки та грудних залоз, особливо в плані впливу на репродуктивну функцію, психоемоційний стан і сексуальну дисфункцію, повністю вирішеною.

Усе викладене вище свідчить про актуальність вибраної наукової проблеми, вирішення якої дозволить знизити частоту порушень репродуктивного здоров'я у жінок групи високого ризику.

Мета дослідження: зниження частоти порушень репродуктивної функції жінок з поєднаною патологією матки та грудних залоз на підставі вивчення нових аспектів патогенезу безпліддя, а також удосконалення та впровадження алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів залежно від варіантів поєднаної патології матки та грудних залоз.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети було проведено лікування безпліддя у жінок з доброякісною патологією грудних залоз (ДПГЗ) і матки. Основною формою патології грудних залоз, що вивчається, була дифузна дисплазія грудних залоз (ДДГЗ). До доброякісної патології матки ми включили лейоміому матки (ЛМ) і аденоміоз (АМ). ЛМ була невеликих розмірів (до 12 тиж вагітності) інтрамуральної та субсерозної локалізації. АМ був вузлової або дифузної форми I-II ступеня.

Лікування безпліддя у всіх пацієнток було проведено шляхом застосування методів допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).

До 1-ї групи увійшли 90 жінок з ДДГЗ, яких було розподілено на три підгрупи жінок з урахуванням наявності супутньої генітальної патології:

- підгрупа 1.1 – 30 пацієнток з ДДГЗ і АМ;
- підгрупа 1.2 – 30 жінок з ДДГЗ і ЛМ;
- підгрупа 1.3 – 30 пацієнток з ДДГЗ, що не мали доброякісної патології матки, проте у них в анамнезі зафіксовано дисфункцію яєчників і хронічний сальпіngo-офорит, що негативно впливали на реалізацію репродуктивної функції.

У 90 хворих було проведено 238 циклів індукції суперовуляції в програмах ДРТ.

До контрольної групи увійшли 30 жінок аналогічного віку без ДПГЗ і матки, а також з реалізованою репродуктивною функцією.

Враховуючи наявність ДПГЗ і матки, стан оваріального резерву, а також поєднання декількох причин безпліддя, методи ДРТ стали основними для досягнення вагітності у цього контингенту хворих.

Лікування методом ДРТ, яке проводили відповідно до рекомендацій репродуктологів [8–10], включало:

- діагностику причини безпліддя і відбір подружніх пар;
- підготовку до ДРТ, зокрема й ендоскопічну;
- стимуляцію суперовуляції;
- моніторинг росту і розвитку фолікулів (ультразвуковий і гормональний);
- трансвагінальну пункцію фолікулів під контролем УЗД і отримання преовуляторних ооцитів;
- отримання сперми і підготовка її до інсемінації *in vitro*;
- інсемінація ооцитів *in vitro* або проведення процедури ІКСІ;
- культивування статевих клітин і ембріонів, встановлення факту запліднення ооцитів і дроблення ембріонів;
- перенесення ембріонів в порожнину матки;
- підтримка посттрансферного періоду;
- діагностика вагітності.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, доплерометричні, кардіотокографічні, морфологічні, ендокринологічні, біохімічні та статистичні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У жінок із безпліддям на фоні поєднаної патології матки та грудних залоз середня тривалість перебігу ДДГЗ становить $3,6 \pm 0,4$; АМ – $2,6 \pm 0,3$ та ЛМ – $2,2 \pm 0,2$ року, тобто у більшості випадків (83,3%) спочатку діагностується доброякісна дисплазія грудних залоз, а потім приєднується АМ або ЛМ.

Провідними причинами безпліддя у жінок із поєднаною патологією матки та грудних залоз є наявність поєднаних факторів (трубно-перитонеальний, ендокринний, матковий та чоловічий) – 48,9%; тільки матковий – 20,0% та ендокринний – 7,4%. У 23,3% випадках остаточно причини безпліддя не встановлені. У структурі порушень репродуктивної функції переважає вторинне безпліддя – 53,3% порівняно з первинним – 46,7%.

Основним методом лікування безпліддя у жінок із поєднаною патологією матки та грудних залоз є оперативний, при цьому середня кількість операцій на одну жінку становить $1,5 \pm 0,7$; у структурі переважає гістероскопія – 66,7% у порівнянні з лапароскопією – 20,0% та лапаротомією – 13,3%.

Зміни цитокінового статусу фіксують тільки при поєднанні ДДГЗ із ЛМ та АМ. Найбільш характерними змінами є достовірне зменшення рівня інтерлейкіну-4; 10 та інтерферону γ на фоні одночасного збільшення вмісту інтерлейкіну-1 β ; інтерлейкіну-2 та α -фактору некрозу пухлини. Ступінь вираженості цих змін при ЛМ менше порівняно з АМ ($p < 0,05$ та $p < 0,01$ відповідно).

Наявність тільки ДДГЗ не впливає на стан оваріального резерву (ОР), приєднання АМ та ЛМ суттєво знижує ОР, що підтверджується зменшенням об'єму яєчників, числа антральних фолікулів, вмісту фолікулоstimулюючого гормону, інгібіну В та антимюллерова гормону.

Ефективність програм ДРТ у жінок із поєднаною патологією матки та грудних залоз не залежить від застосування різних схем стимуляції яєчників, використання допоміжного хетчинга, а залежить від стану ОР та своєчасного використання ооци-

тів донора. Сумарна ефективність лікування безпліддя у жінок із ДДГЗ становить 53,3%; при поєднанні з АМ – 33,3% та з ЛМ – 30,0% відповідно.

ВИСНОВКИ

Отже, як показали результати проведених досліджень, використання удосконаленого алгоритму лікувально-профілактичних заходів у жінок із доброякісною патологією грудних залоз поєднано з лейоміомою матки та аденоміозом дозволяє суттєво знизити частоту порушень репродуктивної функції жінок.

Tactic of treatment of infertility for women with combined pathology of uterus and mammary glands

S.E. Gladenko

The objective: is a decline of frequency of violations of genesial function for women with combined pathology of uterus and mammary glands on the basis of study of new aspects of pathogeny of infertility, and also improvement and introduction of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic measures depending on the variants of combined pathology of uterus and mammary glands.

Materials and methods. Treatment of infertility all patients had conducted by the use of methods of auxiliary genesial technologies. a 1 group was made by 90 women with diffuse dysplasia of mammary glands. Among them three sub-groups of women were selected taking into account the presence of concomitant genital pathology. In the complex of the conducted researches were included clinical, echographic, doppler, cariotocographic, morphological, endocrinology, biochemical and statistical methods.

Results. By leading reasons of infertility women with combined pathology of uterus and mammary glands have a presence of combined factors (tubal-peritoneal, endocrine, fallopian and masculine) – 48,9%; only fallopian – 20,0% and endocrine – 7,4%. In 23,3% cases reasons of infertility are not set finally. The secondary infertility prevails in the structure of violations of genesial function – 53,3% by comparison to primary – 46,7%.

By the basic method of treatment of infertility women with combined pathology of uterus and mammary glands have operative, here a middle amount of operations on one woman is $1,5 \pm 0,7$; hysteroscopy prevails in a structure – 66,7% by comparison to laparoscopy – 20,0% and laparotomy – 13,3%.

Efficiency of the programs of auxiliary genesial technologies for women with combined pathology of uterus and mammary glands does not depend on application of different charts of stimulation of ovaries, use of auxiliary hatching, and depends on the state of ovarian reserve and timely use of oocyte of donor. Total efficiency of treatment of infertility for women from of high quality dysplasia of mammary glands is 53,3%; at combination with adenomyosis – 33,3% and with the leiomyoma of uterus – 30,0% respectively.

Conclusions. The use of the improved algorithm of treatment-and-prophylactic measures for women with combined pathology of uterus and mammary glands allows substantially to decrease frequency of violations of genesial function.

Keywords: combined pathology of uterus and mammary glands, genesial function.

Відомості про автора

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

Information about the autor

Gladenko Svitlana E. – Department of obstetrics, gynecology and perinatology of Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv. E-mail: pror-first@nmapo.edu.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Bosteels J., 2019 Treating suspected uterine cavity abnormalities by hysteroscopy to improve reproductive outcome in women with unexplained infertility or prior to IUI, IVF, or ICSI // *Gynecol Surg.*:10: 165-167.
2. Brady P. C., 2020 Uterine fibroids and subfertility: an update on the role of myomectomy // *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.*:25:3:255–259.
3. Bricou A., 2018 Peritoneal fluid flow influences anatomical distribution of endometriotic lesions: why Sampson seems to be right // *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*:138:2:127–134.
4. Briggs R., 2020 Can you ever collect too many oocytes? // *Hum. Reprod.*:30:81–87.
5. Broer Simone L., 2020 Anti-Mullerian hormone: ovarian reserve testing and its potential clinical implications // *Human Reproduction Update*:20:5:688–701.
6. Brown J., 2019 Endometriosis: an overview of Cochrane Reviews // *Cochrane database of systematic reviews*:3:CD009590.
7. Bulletti C., 2018 Myomas, pregnancy outcome, and in vitro fertilization // *Ann N Y Acad Sci.*:1034:84-92.
8. Bulun S. E., 2020 Uterine fibroids // *N Engl J Med.*:369(14):1344-1355.
9. Casini M. L., 2021 Effect of the position of fibroids on fertility // *Gynecol Endocrinol.*:22:106-109.
10. Chronopoulou E., 2020 IVF culture media: past, present and future // *Hum Reprod Update*:21:39–55.

DOI: 10.52705/2788-6190-2022-03-9
УДК 618.146-089-06:618.177-089.888.11-08-035

Тактика допоміжних репродуктивних технологій у пацієнток після різних методів оперативного лікування патології шийки матки

І.Ю. Костюк

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

Мета дослідження: відновлення репродуктивної функції у жінок після різних методів оперативного лікування патології шийки матки на основі вивчення у них клініко-функціональних і морфологічних особливостей, а також удосконалення і впровадження алгоритму хірургічних і лікувально-профілактичних заходів з використанням допоміжних репродуктивних технологій.

Матеріали та методи. Було проведено обстеження і лікування 96 пацієнток репродуктивного віку з безпліддям на тлі запально-дистрофічних і гіперпластичних процесів ендоцервікса. До основної групи увійшли 70 жінок, яким було виконано лікування патології шийки матки, що вивчалася, методами кріодеструкції або радіохвильової хірургії (зокрема методом кріодеструкції – 30 пацієнток, методом радіохвильової хірургії – 40 пацієнток). До групи порівняння увійшли 26 жінок, яким були виконані хірургічні операції – кюретаж і бужування з приводу патології шийки матки.

Результати. Патологія шийки матки є однією з основних причин жіночого безпліддя, причому в 45,8% – первинного і в 54,2% – вторинного. Супутні порушення менструальної функції у цих пацієнток зустрічаються у 89,6%, а хронічні запальні процеси матки і придатків – в 33,4% відповідно. У жінок із вторинним безпліддям після різних методів оперативного лікування патології шийки матки спостерігається обтяжений репродуктивний анамнез за рахунок високої частоти артифіційних (73,7%) і мимовільних абортів (44,7%). Водночас рівень запальних ускладнень після різних внутрішньоматкових втручань становить 86,4%.

Клінічні результати допоміжних репродуктивних технологій залежать від наявності супутніх дисгормональних порушень у жінок після різних методів оперативного лікування патології шийки матки: частота імплантації – вище в 1,7 раза, настання вагітності – в 2,0 раза і пологи живим плодом – в 2,1 раза.

Заклучення. Отримані результати свідчать про ефективність запропонованого алгоритму диференційованого підходу до проведення допоміжних репродук-

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

тивних технологій у жінок з патологією шийки матки з урахуванням наявності супутніх дисгормональних порушень.

Наведені дані дозволяють рекомендувати вдосконалений алгоритм для широкого використання в кабінетах і клініках репродуктології.

Ключові слова: патологія шийки матки, безпліддя, допоміжні репродуктивні технології.

Частота безплідного шлюбу за даними вітчизняних і зарубіжних дослідників становить від 10% до 20% [1, 2]. У структурі жіночого безпліддя різна генітальна патологія посідає провідне місце, причому найчастішою патологією вважають захворювання шийки матки (ШМ), частота яких в репродуктивному віці досягає 30–40% [3, 4]. За даними сучасної літератури, причинами високої частоти патологічних змін ШМ у жінок репродуктивного віку є ранній початок статевого життя, інфікованість статевих партнерів, нераціональне використання різних методів контрацепції тощо [5, 6].

Основними методами лікування патології ШМ є консервативний і оперативний з широким спектром використання різних методик і модифікацій [7, 8]. Лікування різних форм жіночого безпліддя у пацієнок з патологією ШМ викликає певні труднощі, які часто є однією з причин негативних результатів лікування [9].

Останніми роками в Україні широко використовуються допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) при жіночому безплідді різного генезу, причому інколи тактика їх проведення стандартизована без урахування супутньої генітальної патології, у тому числі і захворювань ШМ, які були проліковані різними способами і методиками [1, 2].

З огляду на викладене вище, представляє значний інтерес вивчення особливостей проведення ДРТ у пацієнок цієї групи, а також розроблення тактики ведення ранніх термінів вагітності.

Мета дослідження: відновлення репродуктивної функції у жінок після різних методів оперативного лікування патології ШМ на підставі вивчення клініко-функціональних і морфологічних особливостей, а також удосконалення і впровадження алгоритму хірургічних і лікувально-профілактичних заходів з використанням ДРТ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети і завдань було проведено обстеження і лікування 96 пацієнок репродуктивного віку з безпліддям на тлі запально-дистрофічних і гіперпластичних процесів ендометрію.

До основної групи увійшли 70 жінок, яким було виконано лікування патології ШМ, що вивчалася, методами кріодеструкції або радіохвильової хірургії (зокрема методом кріодеструкції – 30 пацієнок, методом радіохвильової хірургії – 40 пацієнок).

У групу порівняння включено 26 жінок, яким були виконані хірургічні операції – кюретаж і бужування з приводу патології ШМ, що вивчається.

Лікування патології ШМ методом радіохвильової хірургії проводили в наступних випадках:

- деформація ШМ внаслідок післяпологових розривів,
- гіпертрофія ШМ,
- поліпи каналу шийки матки,
- лейкоплакія ШМ,
- дисплазія ШМ I та II ступеня,
- конізація ШМ при дисплазії III ступеня,
- коагуляція вогнищ ендометріозу (субепітеліальний ендометріоз),

- гемангіоми слизової оболонки, кондиломи, папіломи статевих органів, зокрема множинні ускладнені форми,
- ерозія ШМ.

Ми вважаємо, що метод радіохвильової хірургії є оптимальним, оскільки це атравматичний метод розрізу і коагуляції м'яких тканин за допомогою високочастотних хвиль. Радіохвильовий розріз виконується без фізичного тиску або дроблення клітин тканин. З електрода, в якості якого використовується вольфрамовий дріт, емітуються високочастотні хвилі. Ефект розрізу досягається за рахунок тепла, що виділяється під час опору, який здійснюють тканини проникненню високочастотної радіохвилі. Високочастотна енергія концентрується на кінчику електрода і підвищує утворення молекулярної енергії всередині кожної клітини, фактично випаровуючи клітину. Радіохвильовий розріз і коагуляція виконуються без руйнування тканин, чого не вдається уникнути при використанні електрохірургічних низькочастотних приладів.

Отже, перевагами радіохвильової хірургії є швидкість лікування, відсутність електроопіку, прискорене і безрубцеве загоєння тканин. Результати радіохвильового лікування набагато перевищують результати після застосування традиційних методів лікування патології ШМ. Також важливою перевагою методу є практично відсутні стенозування й облітерація каналу шийки матки.

Кріохірургічне лікування патології ШМ, що вивчається, проводили в наступних випадках:

- ектопія циліндричного епітелію,
- хронічний цервіцит,
- лейкоплакія ШМ,
- дисплазія ШМ I та II ступеня.

З метою проведення кріодеструкції застосовували методику двуциклового заморожування, яка полягає в повторному заморожуванні тканини через 10–12 хв після першого.

Основні показання для проведення допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) 60 пацієнток:

- 10 пацієнток з трубним фактором безпліддя (відсутність або непрохідність маткових труб);
- 5 пацієнток з вираженим спайковим процесом органів малого таза;
- 10 пацієнток з порушенням функції яєчників, зокрема: порушення росту фолікулів та овуляції, із синдромом лютеїнізації фолікула, ендометріїдними кістами яєчника;
- 5 пацієнток, у яких безпліддя пов'язане з віком (жінки віком ≥ 36 років) та передчасним виснаженням яєчників;
- 15 пацієнток, у яких провідним чинником було чоловіче безпліддя (обструктивна азооспермія, астенозооспермія, олігозооспермія, олігоастенотератозооспермія, ретротроградна еякуляція, анеякуляція, еректильна дисфункція, імунологічні фактори та захворювання, які потребують генетичне обстеження для виключення вірогідності народження дитини зі спадковою патологією);
- 8 пацієнток з шийковим фактором, який включає стриктурні зміни каналу шийки матки (ШМ);
- 7 пацієнток з поєднаними формами безпліддя (жіночий та чоловічий фактор).

Під час проведення ДРТ у пацієнток з патологією ШМ ми використовували наступні значні моменти:

1. Залежно від результатів обстежень, а саме показників цитологічного дослідження, кольпоскопії, даних гістологічного дослідження пацієнтам додатково було проведено обстеження на HPV-високоонкогенні штами.

2. Після основних методів лікування (кріохірургічного та радіохвильового) було додатково призначено антибактеріальну, протівірусну та імунomodельючу терапію.

3. У певної групи пацієнтів було відмінено ембріотрансфер та проведена кріоконсервація ембріонів з причини рецидиву захворювань та необхідності проведення повторного лікування.

Виходячи з принципу, що зіставлення ефективності вживаних методів лікування необхідно проводити на зіставних групах хворих, ми вибрали групи пацієнток репродуктивного віку (від 19 до 36 років).

З дослідження були виключені хворі з нейроендокринними синдромами, гострими і підгострими запальними процесами, доброякісними пухлинами матки і придатків і ендометріозом. На кожну пацієнтку заповнювалася карта обстеження, яка дозволяла враховувати дані анамнезу, об'єктивного дослідження, додаткового методу дослідження, протоколи операцій.

Основні методи дослідження, використані в роботі:

- лабораторні методи дослідження: клінічний і біохімічний аналіз крові; оцінка ендокринологічного статусу; дослідження згортальної системи;
- мікроскопічне дослідження відокремлюваного з піхви;
- інструментальні методи дослідження: оглядова рентгеноскопія органів грудної клітини і черевної порожнини; УЗД і доплерометричне дослідження внутрішніх статевих органів; магнітно-резонансна томографія органів малого таза; кольпо- і цервікоскопія; гістероскопія;
- гістологічне дослідження матеріалу.

Для уточнення стану ШМ всім хворим виконували розширену кольпоскопію на бінокулярному кольпоскопі. На початку дослідження здійснювали просту (оглядову) кольпоскопію, при якій визначали величину і форму ШМ і зовнішнього зіву, колір і рельєф слизової оболонки, особливості судинного малюнку, межу плоского і циліндрового епітелію. Для виявлення чіткіших кольпоскопічних картин на вагінальну частину ШМ наносили 3% розчин оцетової кислоти, а потім розчин Люголя (проба Шиллера). При відхиленні від нормальної кольпоскопічної картини брали мазки-відбитки з поверхні ШМ з подальшим цитологічним дослідженням [3, 4].

Для виключення трубно-перитонеального й ендокринного безпліддя пацієнткам був запропонований комплекс обстежень. При підозрі на ендокринне безпліддя:

- вимір базальної температури в 2–3 послідовних циклах (діагностика форм інфертильності);
- рентгенографія черепа з візуалізацією турецького сідла, комп'ютерна або магнітно-резонансна томографія (виключити мікроаденоми);
- визначення в крові вмісту гормонів щитоподібної залози (Т3, Т4) і тиреотропного гормону (виключити гіпотиреоз);
- визначення базального рівня ФСГ (первинна або вторинна яєчникова форма безпліддя);
- тест толерантності до глюкози (виявлення порушення вуглеводного обміну).

Оцінювання ефективності проведеного лікування проводили через 2 міс після операції на підставі клінічних даних і трансвагінального ультразвукового дослідження, а також даних цервіко- і гістероскопії.

Контрольна цервіко- і гістероскопія через 2–9 міс після операції була виконана у 32 пацієнток. Із 70 пролікованих хворих контрольної групи рецидив захворювання відзначено у 18 випадках. Цій групі хворих через 1 міс проведено повторне лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що патологія ШМ є однією з основних причин жіночого безпліддя, причому в 45,8% – первинного і в 54,2% – вторинного. Супутні порушення менструальної функції у цих пацієнток зустрічаються в 89,6%, а хронічні запальні процеси матки і придатків – в 33,4% відповідно.

У жінок із вторинним безпліддям після різних методів оперативного лікування патології ШМ спостерігається обтяжений репродуктивний анамнез за рахунок високої частоти артифіційних (73,7%) і мимовільних абортів (44,7%), причому рівень запальних ускладнень після різних внутрішньоматкових втручань становить 86,4%.

Кольпоскопічна картина у жінок із безпліддям на тлі патології ШМ характеризується переважанням лейкоплакії (35,4%) і атрезії внутрішнього зіву (27,1%) порівняно з поліпами ЦК (14,6%), плоскими папіломами (8,3%), ектопією циліндрового епітелію (7,3%), ретенційними кістами ШМ (7,3%). Частота різних форм поєднаної патології становить 15,7%.

Під час проведення цервікоскопії у жінок з безпліддям на тлі патології ШМ встановлено переважання фіброзних зрощень і рубцевих деформацій (37,1%) і поліпів каналу шийки матки (27,1%) порівняно з доброякісними гіперпластичними процесами (20,0%) і фоновими захворюваннями ШМ (15,7%).

Основні параметри індукції суперовуляції у жінок після різних методів оперативного лікування патології ШМ залежать від наявності супутніх дисгормональних порушень:

- середня кількість циклів на одну пацієнтку за відсутності дисгормональних порушень становить $1,95 \pm 0,18$; за наявності – $4,13 \pm 0,38$ (більше в 2,1 раза);
- сумарна доза гонадотропінів була вище в 1,5 раза за наявності дисгормональних порушень у жінок із патологією ШМ;
- найбільша тривалість стимуляції відзначена за наявності супутніх дисгормональних порушень: $12,9 \pm 1,2$ і $11,3 \pm 1,4$ – за їх відсутності;
- найвищий показник за кількістю ооцитів спостерігався за відсутності дисгормональних порушень: $14,5 \pm 1,6$ і $13,8 \pm 1,7$ за їх наявності;
- під час оцінювання товщини ендометрія в день перенесення ембріона самі високі параметри спостерігалися за наявності дисгормональних порушень – на $1,2 \pm 0,1$ мм більше, ніж у разі їхньої відсутності.

Клінічні результати допоміжних репродуктивних технологій залежать від наявності супутніх дисгормональних порушень у жінок після різних методів оперативного лікування патології ШМ:

- частота імплантації – вище в 1,7 раза,
- настання вагітності – у 2,0 раза,
- пологи живим плодом – у 2,1 раза.

ВИСНОВКИ

Отже, отримані результати свідчать про ефективність запропонованого алгоритму диференційованого підходу до застосування допоміжних репродуктивних технологій у жінок з патологією шийки матки з урахуванням наявності супутніх дисгормональних порушень.

Наведені дані дозволяють рекомендувати вдосконалений алгоритм для широкого використання в кабінетах і клініках репродуктології.

Patients have tactic of auxiliary genesial technologies after the different methods of operative treatment of pathology of cervix

I. Yu. Kostyuk

The objective: is proceeding in a genesial function for women after the different methods of operative treatment of pathology of cervix on the basis of study for them clinical—and-functional and morphological features, and also improvement and introduction of algorithm of surgical and treatment-and-prophylactic measures with the use of auxiliary genesial technologies.

Materials and methods. An inspection and treatment was conducted 96 patients of genesial age with infertility on a background passionately dystrophic and hyperplastic processes of endocervix. Basic group from 70 patients were made by women, which treatment of pathology of cervix which was studied was executed, by the methods of cryolysis or radio wave surgery (in particular by the method of cryolysis – 30 patients, by the method of radio wave surgery – 40 patients); to the group comparisons entered 26 women which surgical operations – curettage and bougienage concerning pathology of cervix were executed.

Results. Pathology of cervix is one of principal reasons of femaly infertility, thus in 45,8% – primary and in 54,2% – secondary. Concomitant violations of menstrual function for these patients meet in 89,6%, and chronic inflammatory processes of uterus and appendages – in 33,4% respectively. For women with the secondary infertility after the different methods of operative treatment of pathology of cervix the burdened genesial anamnesis takes place due to high-purity of artificial (73,7%) and involuntary abortions (44,7%), thus a level of inflammatory complications after different endometrial interferences is 86,4%. The clinical results of auxiliary genesial technologies depend on the presence of concomitant dishormonal violations for women after the different methods of operative treatment of pathology of cervix: frequency of implantation – higher at 1,7 time, offensive of pregnancy – in 2,0 times and births by a living fetus – at 2,1 time.

Conclusions. The got results testify to efficiency of the offered algorithm of the differentiated going near the introduction of auxiliary genesial technologies for women with pathology of cervix taking into account the presence of concomitant dishormonal violations. The presented information allow to recommend the improved algorithm for the wide use in cabinets and clinics of reproduction.

Keywords: pathology of cervix, infertility, auxiliary genesial technologies.

Відомості про автора

Костюк Ірина Юріївна – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ. *E-mail: prorre-first@nmapo.edu.ua*

Information about the autor

Kostyuk Irina Yu. – Department of obstetrics, gynecology and perinatology of Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv. *E-mail: prorre-first@nmapo.edu.ua*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Apgar B.S., 2019 Management of cervical cytologic abnormalities // Am Fam Physician:70:10:1905–1916.
2. Beslagic E., 2020 Detection of Chlamydia trachomatis in cervical smear samples with determined HPV // Med Arh.:58:3:143–144.
3. Bonfiglio T.A., 2021 Histopathologic Spectrum of Benign Proliferative and Intraepithelial Neoplastic Reactions of the uterine Cervix // J. reprod. med.:16:5:253–258.
4. Bornstein J., 2019 Traction suture of the cervix: a novel procedure with loop electrosurgical excision // Obstet. Gynecol.:102 (5):1063–1065.
5. Boulanger J.C., 2018 Dysplasies legeres et moderees an cours de la grossesse // Ginecologie. :35:3:124–130.
6. Caputo S., 2019 Prognosis and treatment of cervix uteri carcinoma in pregnancy // Clin. Ter.:152:3:197–200.
7. Chichareon S.B., 2021 Risk factors of having high-grade cervical intraepithelial neoplasia/invasive carcinoma in women with atypical glandular cells of undetermined significance smears // Int. J. Gynecol. Cancer:16:2:568–574.
8. Cox J.T., 2021 Human papillomavirus testing in primary cervical screening and abnormal Papanicolaou management // Obstet. Gynecol. Surv.:61(6):15–25.
9. Crane J.M., 2019 Pregnancy outcome after loop electrosurgical excision procedure: a systematic review // Obstet. Gynecol.:102 (5):1058–1062.

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