



# НМАПО

ім. П.Л. Шупика  
МОЗ України

[www.nmapo.edu.ua](http://www.nmapo.edu.ua)

УДК: [616-073.916+616-056.3] (061)  
ББК: [53.6+54.1] з-41

**Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика**  
**Київ, 2018 р. – 162 с.**

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

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

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

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

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

**РЕКОМЕНДОВАНО:** *Вченою радою Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, Протокол №9 від 14.11.2018 р.*

#### **АТЕСТОВАНО**

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

#### **ПЕРЕРЕЄСТРОВАНО**

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

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

**Збірник реферується Інститутом проблем реєстрації інформації НАН України.**

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

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

Періодичність виходу – чотири рази на рік

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

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

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

**М.Є. Яроцький** – д.мед.н., професор

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

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

ISSN 2227-7404

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

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

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

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

*ВИПУСК 31  
(Частина 3)*

Київ – 2018

U.D.C.: [616-073.916+616-056.3] (061)  
BBK: [53.6+54.1] c-41

**COLLECTION OF SCIENTIFIC WORKS OF STAFF MEMBERS OF NMAPE,  
Kyiv, 2018; 162 p.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Frequency of publication is 4 times per year

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

The reviewers: **V.O. Tovstanovska** - M.D., Ph.D., Professor.  
**M.E. Yarotskiy** - M.D., Ph.D., Professor.

The editorial board has kept the author's text without essential changes, addressing to a correcting on occasion.

The authors of the publications carry the responsibility for reliability of the facts, citation, surnames, names and other data.

ISSN 2227-7404

© P.L.Shupyk National Medical Academy of  
Post-Graduate Education named after P.L.Shupyk, 2018

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH OF UKRAINE  
NATIONAL MEDICAL ACADEMY FOR POSTGRADUATE  
EDUCATION NAMED AFTER P.L. SHUPYK

# THE COLLECTION OF SCIENTIFIC WORKS of the STAFF MEMBERS of P.L. SHUPYK NMAPE

*EDITION 31  
(Part 3)*

Kyiv – 2018

---

# ЗМІСТ

## АКУШЕРСТВО

|                                                                                                                                                          |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Оптимізація діагностики тяжких форм повторної плацентарної дисфункції</b><br><i>Д.О. Говсєєв</i> .....                                                | 9  |
| <b>Особливості стану венозного та артеріального кровотоку при плацентарній дисфункції на фоні варикозної хвороби</b><br><i>Л.В. Манжула</i> .....        | 16 |
| <b>Нові аспекти патогенезу плацентарної дисфункції та затримки розвитку плода у жінок різних вікових груп</b><br><i>В.В. Маркевич</i> .....              | 21 |
| <b>Особливості передчасних пологів при різних варіантах багатоплідної вагітності</b><br><i>О.В. Мельник</i> .....                                        | 30 |
| <b>Перинатальні результати розродження при аномально розташованій плаценті після допоміжних репродуктивних технологій</b><br><i>Я.А. Рубан</i> .....     | 34 |
| <b>Тактика ведення вагітних з утвореннями яєчників</b><br><i>А.В. Бойко</i> .....                                                                        | 40 |
| <b>Стан фетоплацентарного комплексу та перебіг пологів після застосування гормональної контрацепції перед вагітністю</b><br><i>О.А. Лубковська</i> ..... | 45 |
| <b>Прогнозування слабкості пологової діяльності в жінок з аномаліями розвитку матки</b><br><i>А.П. Садовий</i> .....                                     | 51 |
| <b>Шляхи зниження репродуктивних втрат у I триместрі вагітності у жінок з уrogenітальною інфекцією в анамнезі</b><br><i>Ж.С. Ткаченко</i> .....          | 57 |

## ГІНЕКОЛОГІЯ

|                                                                                                                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Особливості ускладнень у жінок, які перенесли різні методи переривання вагітності у I триместрі</b><br><i>О.О. Білоконь</i> .....                                | 62 |
| <b>Відновлення репродуктивної функції жінок раннього репродуктивного віку з лейоміомою матки після консервативно-пластичних операцій</b><br><i>Г.С. Бобер</i> ..... | 68 |

|                                                                                                                                                   |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Клінічні особливості різних форм аденоміозу</b><br><i>С.Я. Гринчук</i> .....                                                                   | 73  |
| <b>Клінічні особливості поліпів та гіперпластичних процесів ендометрія</b><br><i>О.К. Ігнат'єва</i> .....                                         | 79  |
| <b>Особенности послеоперационных осложнений после лапароскопических операций</b><br><i>Ю.Л. Пикуль</i> .....                                      | 85  |
| <b>Оптимізація діагностики та лікування жінок з гіперпластичними процесами ендометрія на тлі надмірної маси тіла</b><br><i>А.О. Семенюк</i> ..... | 94  |
| <b>Медико-соціальні аспекти збереження репродуктивного здоров'я дівчат-підлітків із тиреоїдною патологією</b><br><i>С.М. Шулятицька</i> .....     | 98  |
| <b>Роль місцевого імунітету каналу шийки матки в розвитку порушень мікробіоценозу статевих шляхів</b><br><i>С.А. Пандей</i> .....                 | 102 |
| <b>Вплив індексу маси тіла на вибір методу контрацепції у жінок раннього репродуктивного віку</b><br><i>Р.С. Скорейко</i> .....                   | 106 |
| <b>Вплив поєднаної патології матки у перименопаузі на психологічні аспекти якості життя пацієнток</b><br><i>О.Ю. Крук</i> .....                   | 111 |

## БЕЗПЛІДДЯ

|                                                                                                                                                         |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Сучасні аспекти прогнозування невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій</b><br><i>О.О. Берестовий</i> .....                                | 116 |
| <b>Гіперпластичні процеси ендометрія у жінок із безпліддям: діагностика та тактика лікування</b><br><i>Ю.М. Садигов</i> .....                           | 121 |
| <b>Тактика допоміжних репродуктивних технологій у пацієнток з апоплексією яєчників на фоні гіперандрогенії різного генезу</b><br><i>О.М. Ішак</i> ..... | 126 |
| <b>Вплив гістеректомії на психологічні та неврологічні зміни у жінок з надмірною масою тіла</b><br><i>В.В. Костіков</i> .....                           | 131 |

---

|                                                                                                                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Роль клініко-лабораторних та морфологічних змін у генезі невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій<br>О.Д. Лещова ..... | 136 |
| Сучасні аспекти лікування безплідності у жінок із доброякісною патологією грудних залоз<br>О.А. Полялюх .....                     | 143 |

## Тези

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

(30 жовтня 2018 року)

|                       |     |
|-----------------------|-----|
| О.О. Берестовий ..... | 148 |
| А.В. Бойко .....      | 149 |
| Д.О. Говсєєв .....    | 149 |
| С.Я. Гринчук .....    | 149 |
| О.К. Ігнат'єва .....  | 150 |
| О.М. Ішак .....       | 150 |
| В.В. Костіков .....   | 151 |
| В.В. Маркевич .....   | 151 |
| О.В. Мельник .....    | 152 |
| С.А. Пандей .....     | 152 |
| Ю.М. Садигов .....    | 153 |
| С.М. Шулятицька ..... | 153 |

## СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Аналіз результатів соціологічного дослідження самооцінки лікарями загальної практики-сімейними лікарями особистих теоретичних знань і практичних вмінь та знань і вмінь сімейних медичних сестер з надання акушерсько-гінекологічних медичних послуг<br>О.С. Щербінська, Н.Я. Жилка, Г.О. Слабкий ..... | 154 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

УДК 618.36-008.64-07-08

## Оптимізація діагностики тяжких форм повторної плацентарної дисфункції

Д.О. Говсєєв

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

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

**Ключові слова:** рання діагностика, повторна плацентарна дисфункція.

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

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

**Мета дослідження:** розроблення сучасної методики ранньої діагностики тяжких форм повторної ПД.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для реалізації поставленого завдання з урахуванням розробленої на першому етапі дослідження прогностичної шкали тяжких форм повторної ПД була сформована група спостереження, в яку увійшли 100 вагітних.

Пацієнткам з термінами 18–24 і 28–38 тиж гестації проведено визначення в крові вмісту:

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

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

Ретроспективно, з урахуванням клінічного перебігу вагітності, 100 жінок були розподілені на групи:

- Порівняння (І група) – 50 жінок з повторною ПД;
- Порівняння (ІІ група) – 50 жінок з повторною ПД у поєднанні з прееклампсією і екстрагенітальною патологією (ЕГП).
- Контрольна група (ІІІ група) – 30 здорових вагітних.

У ІІ групі порівняння прееклампсія діагностована у 100% спостережень (легкого ступеня – у 88,0% вагітних, середнього ступеня – у 12,0%). ЕГП була представлена хронічним пієлонефритом (14,0%), нейроциркуляторною (НЦД) дистонією по гіпертонічному і змішаному типів (30,0%), гіпертонічною хворобою (6,0%), цукровим діабетом (4,0%), хронічним бронхітом (14,0%), залізодефіцитною анемією (68,0%).

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

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

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

Результати лабораторного тестування свідчать, що в середині ІІ триместра гестації параметри ІЦ АЕАТ і загального IgE у вагітних І групи достовірно відрізняються від контролю ( $P < 0,05$ ) лише при субкомпенсованій плацентарній дисфункції (СПД) і декомпенсованій плацентарній дисфункції (ДПД). Порівняно з

контролем збільшення ІЦ АЕАТ – в 2 рази для СПД і в 4 рази для ДПД, загального IgE в 1,2 разу для СПД і в 1,4 разу для ДПД. У ІІ клінічній групі в термін 18–24 тиж МЕД достовірно ( $P < 0,05$ ) відрізняються від даних контрольної групи незалежно від ступеня тяжкості ПД. Водночас вищі показники, що достовірно відрізняються від КПЖ ( $P < 0,05$ ), виявлені при ДПД: ІЦ АЕАТ вище у 4 і 1,6 разу, рівень IgE – в 1,4 і 1,2 разу відповідно даним контролю і за ККД.

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

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

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

У 18–24 тиж гестації вміст у периферійній крові Л Сd95+, ПАМГ, ФНПб і ЧЗП у вагітних достовірно не відрізняються ( $P > 0,05$ ) між собою у порівнюваних клінічних групах, але є достовірні ( $P < 0,05$ ) відмінності з групою контролю. Враховуючи дану обставину, застосування тестів може дозволити проводити ранню діагностику важких форми повторної ПД, що важливо при складанні індивідуальної програми превентивних заходів і контролю їхньої ефективності. Комплексне тестування на виділення групи високої ризику по важких формах повторної ПД обґрунтоване тим, що в ранні терміни може переважати та або інша патогенетична ланка розвитку даного ускладнення вагітності (порушення ангиогенезу, децидуалізації і регулюючої дії ростових чинників, ендотеліальна дисфункція, порушення процесів апоптозу, клітинної проліферації тощо).

У ІІІ триместрі фізіологічної та ускладненої повторної ПД вагітності виявлені достовірні відмінності у вмісті Л Сd95+. Відсутність достовірних відмінностей ( $P > 0,05$ ) між вагітними з повторною ПД без прееклампсії і вагітними, в яких повторна ПД розвинулася на тлі прееклампсії, вказує на зв'язок даного показника з повторною ПД, а не з іншою патологією.

Виявлення Fas антигену на мембрані імункомпетентних клітин, індукованого цито- і синцитіотрофобластом, свідчить про готовність клітин до апоптозу, їхньої елімінації з організму в разі вступу до процесу запрограмованої клітинної загибелі, що знижує імунопатологічні реакції імунітетів на ФПК. Якщо рівень лімфоцитів, що експресують Fas/APO-1/CD95-рецептор, залежить від стану цито- і синцитіотрофобласта (плодової частини плаценти), що індукують апоптоз лімфоцитів, то характер змін в децидуальній оболонці (материнській частині плаценти) можна оцінити за вмістом ПАМГ у сироватці крові вагітних. Концентрація ПАМГ у III триместрі ускладненої вагітності ПД свідчить про достовірні відмінності показника при повторній ПД, особливо при її важких формах, від даних по фізіологічній gestaції: при ККД рівень МД перевищує контрольні значення у 2,9 разу, при СПД – у 5,3 разу, при ДПД – у 6,5 разу. При цьому відсутність достовірних відмінностей між I і II групами порівняння ( $P < 0,05$ ) свідчить про специфічність даного маркера щодо повторної ПД.

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

Рівень ФНП $\alpha$ , не дивлячись на десятиразове збільшення у сироватці крові у жінок з повторною ПД, достовірно не розрізняється у вагітних I і II груп порівняння ( $P > 0,05$ ), що свідчить про зв'язок даного показника з повторною ПД, а не з преєклампсією. Кореляційний аналіз між вмістом ФНП $\alpha$  і рівнем Л CD95+ при ПД показав наявність середнього позитивного зв'язку між зазначеними показниками ( $k$  від 0,41 до 0,65). Сильна і середньої сили позитивна кореляція виявлена між концентрацією ФНП $\alpha$  і ступенем тяжкості повторної ПД ( $k$  від 0,54 до 0,88). Однонаправленість змін вмісту МА (Л CD95+, ФНП $\alpha$ ) у крові вагітних з різним ступенем тяжкості ПД і наявність позитивного кореляційного зв'язку між ними підтверджує висновок про те, що цитокін сімейства чинника некрозу пухлини (ФНП $\alpha$ ) регулюючи (індукуючи) впливає на експресію Fas-антигену (CD95) і, можливо, може брати участь в запуску запрограмованої клітинної загибелі не лише системою ФНП $\beta$ 1-ФНП $\alpha$ , але і побічно (через непрямі шляхи активації) системою FasR-FasL. Крім того, достовірна різниця сироваткової концентрації ФНП $\alpha$  у вагітних з різним ступенем тяжкості повторної ПД дає можливість включення даного показника в комплексну діагностику повторної ПД і ступеня її тяжкості.

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

преєклампсії і вагітними, в яких ПД розвивалася на тлі даного ускладнення, за концентрацією ЧЗП виявлено не було. Відсутність впливу преєклампсії на рівень ЧЗП у крові вагітних пояснюється специфічністю даного ростового чинника щодо ПД. Кореляційний аналіз між вмістом ЧЗП і ЛCd95+, ФНП $\alpha$ , ПАМГ показав наявність негативного зв'язку слабкої і середньої сили між зазначеними показниками ( $k$  від -0,29 до -0,69). Це свідчить про патогенетичний зв'язок плацентарного ростового чинника з індукованим трофобластом апоптозом імункомпетентних клітин, прозапальними цитокінами сімейства ФНП і децидуальним регулювальником біоактивності інсуліноподібних чинників зростання.

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

У проведеному дослідженні для комплексної діагностики повторної ПД апробовані імунобіохімічні методи, які показали високу діагностичну результативність. Так, чутливість оцінних параметрів (рівень Л CD95+, ФНП $\alpha$ , ПАМГ і ЧЗП) становила 83,9%, 85,3%, 84,6% і 83,0% відповідно з діагностичною точністю тестів у середньому 81%, з незначним зниженням чутливості до 72,7% і діагностичній точності до 70% при використанні ПЛФ. При включенні у діагностичний комплекс, разом з УЗД, УЗДГ, КТГ, даних показників чутливість досягає 93,9%, специфічність – 92,2%, діагностична точність – 93,5%.

Враховуючи, що як специфічні критерії, які характеризують різні ланки патогенезу повторної ПД, виділено п'ять показників – Л CD95+, ФНП $\alpha$ , ПАМГ, ЧЗП, ПЛФ, нами для системної оцінки стану гомеостазу при хронічній плацентарній дисфункції розроблені три предикторних індекси (ПІ). Для оцінювання ангіо- і васкулогенезу і пов'язаної з ними запальної відповіді запропонований коефіцієнт співвідношення ЧЗП/ФНП $\alpha \times 100$  (ПІ1). Значення ПІ1 для II триместра вагітності нижче 930 і для III триместра вагітності нижче 290 розцінюються як характерний початок формування повторної ПД. Інтегральний індекс, що характеризує стан материнської і плодової частин плаценти, представлений коефіцієнтом співвідношення ПАМГ/ЧЗП  $\times 100$  (ПІ2). Значення ПІ2 для II триместра вагітності вище 4,3 і для III триместра вагітності вище 7,0 розцінюються як характерний початок формування повторної ПД незалежно від ступеня вираженості змін у плодовій і материнській частинах плаценти. Маркером ступеня пошкодження трофобластичного епітелію, що індукуює готовність імункомпетентних клітин до апоптозу, і ступеня компенсаторних процесів у трофобласті може служити чисельне значення співвідношення Лcd95+/ПЛФ  $\times 100$  (ПІ3). ПІ3 розраховано для III триместра вагітності. Для фізіологічного перебігу вагітності характерне значення -14,2 < ПІ3  $\leq$  16,3; для СПД – 19,6 < ПІ3  $\leq$  58,8; для ДПД – ПІ3 > 58,8.

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

діагностиці важких форм ПД у III триместрі слід враховувати наступні значення ПІ: ПІ1<90; ПІ2>27; ПІ3>19,6. Показники чутливості, специфічності, цінності передбачуваного позитивного і негативного результатів, діагностичної точності ранньої діагностики важких форм повторної ПД за допомогою ПІ становили відповідно для ПІ1: 91,6%, 89,9%, 88,7%, 86,9%, 87,6%; для ПІ2: 92,7%, 90,8%, 91,3%, 96,4%, 94,3%; для ПІ3: 89,4%, 87,9%, 86,5%, 87,3%, 88,1%, що свідчить про їхню високу прогностичну значущість.

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

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

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

### ВИСНОВКИ

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

### Оптимизация диагностики тяжелых форм повторной плацентарной дисфункции Д.А. Говсеев

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что разработанный на основе оценочной диагностической шкалы (ультразвуковое и лабораторное тестирование) клинический алгоритм ведения беременных группы риска повышает точность диагностики повторной плацентарной дисфункции на 26,1%, ее тяжелых форм на 39,5%, способству-

ет выбору адекватной акушерской тактики, улучшению перинатальных исходов при тяжелых формах повторной плацентарной дисфункции на 60%.

Полученные результаты позволяют рекомендовать к использованию методику ранней диагностики тяжелых форм повторной плацентарной дисфункции в практическое здравоохранение.

**Ключевые слова:** ранняя диагностика, повторная плацентарная дисфункция.

### Optimisation of diagnostics of heavy forms of repeated placental dysfunction D.A. Govseev

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

**Key words:** early diagnostics, repeated placental dysfunction.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамченко В.В., Шабалов Н.П. Клиническая перинатология. – Петрозаводск. – 2015. – С. 424.
2. Аржанова О.Н., Кошелева Н.Г., Ковалева Т.Г. Плацентарная недостаточность: диагностика и лечение. – СПб, 2012. – 328 с.
3. Боташева Т.Л., Черноситов А.В., Орлов А.В. Прогнозирование течения беременности и исходов родов по данным комплексного динамического ультразвукового скрининга. Методические рекомендации. Ростов-на-Дону 2016; 11 с.
4. Бурлев В.А., Зайдиева З.С., Тютюнник В.Л. Клинико-диагностическое значение определения фактора роста плаценты у беременных // Проблемы репродукции. – 2017. – № 5. – С. 1–6.
5. Грищенко В.И., Щербина Н.А. Совершенствование диагностики и терапии перинатальной патологии // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 10. – С. 3–6.

## Особливості стану венозного та артеріального кровотоку при плацентарній дисфункції на фоні варикозної хвороби

Л.В. Манжула

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

У результаті проведених досліджень визначено клінічне значення комплексної оцінки венозного і артеріального кровотоку плода при фізіологічній вагітності і плацентарній дисфункції на фоні варикозної хвороби. Запропоновані конкретні критерії для практичної охорони здоров'я з тактики ведення вагітності і пологів у жінок групи високої перинатального ризику. Використання запропонованих практичних рекомендацій дозволить поліпшити перинатальні результати розродження жінок групи високого ризику.

**Ключові слова:** плацентарна дисфункція, варикозна хвороба, артеріальний і венозний кровотік, клінічне значення.

Плацентарна дисфункція (ПД) залишається найважливішою проблемою сучасної перинатології, а частота її коливається від 3% до 45% [1–7]. Провідну роль у розвитку і прогресуванні ПД відіграють морфофункціональні порушення у системі мати–плацента–плід, які призводять до порушення матково-плацентарної і плодово-плацентарної гемодинаміки, особливо на фоні варикозної хвороби (ВХ) [3, 4].

У діагностуванні ПД важливу роль відіграють ультразвукова фетометрія, плацентографія, оцінка якості і кількості навколоплідних вод [5–7]. Проте відставання параметрів фетометрії не завжди дозволяє упевнено встановити діагноз затримки розвитку плода (ЗРП). Зміна кількості і якості навколоплідних вод і передчасне старіння плаценти є лише непрямими ознаками ПД. На сучасному рівні найбільш інформативним неінвазивним методом діагностики ПД є доплерометричне дослідження кровотоку у фетоплацентарному комплексі [7]. До сьогоднішнього часу основну увагу приділяли оцінюванню кровотоку в артеріальному руслі плода і маткових артеріях вагітної, хоча на початковому етапі впровадження доплерометрії в акушерську практику проводили оцінювання питомого кровотоку у вені пуповини [1–7].

В умовах сьогодення, з упровадженням досконаліших технологій стала доступна точна оцінка кровотоку у венозній протоці, нижній порожнистий вени плода у різні фази серцевого циклу. Проте дані різних авторів [1–7] з цього питання суперечливі, дослідження проведені на недостатній кількості спостережень. На нашу

думку, у вітчизняній літературі недостатньо робіт, присвячених комплексному динамічному вивченню артеріального і венозного кровотоку в динаміці розвитку вагітності, що не дозволяє оцінити можливості доплерометричного дослідження венозної гемодинаміки для діагностики, визначення тяжкості і вибору акушерської тактики при ПД у жінок з ВХ.

**Мета дослідження:** комплексне оцінювання венозного і артеріального кровотоку плода у розробленні доплерометричної програми раннього виявлення, оцінювання ступеня тяжкості, контролю за ефективністю терапії і вибору оптимальної акушерської тактики при ПД на фоні ВХ.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 140 пацієнток у терміни від 16 до 41 тижня вагітності. У контрольну групу увійшли 60 соматично не обтяжені пацієнтки, в яких вагітність перебігала без ускладнень і закінчилася своєчасними пологамі і народженням живої доношеної дитини. В основну групу увійшли 80 пацієнток з ПД різного ступеня тяжкості на фоні ВХ.

Лабораторно-інструментальне обстеження включало: комплексне ультразвукове дослідження, доплерографію і кардіотокографію. Усі ехографічні дослідження проводили на ультразвуковому приладі, що працює в імпульсному доплерівському режимі з використанням кольорового доплерівського картирування. Діагностика ЗРП ґрунтувалася на виявленні відставання фетометричних параметрів від нормативних для даного гестаційного терміну більш ніж на 2 стандартних відхилення. При цьому передбачувана маса тіла плода була менше 10-го процентилу для встановленого терміну вагітності. Оцінювання кровообігу в артеріальному руслі плода проводили у середньо-мозковій артерії, аорті, артерії пуповини, крім того проводили оцінювання кровотоку в маткових артеріях плода. Допплерометричне оцінювання венозного кровотоку проводили у нижній порожнистий вени, венозній протоці і вені пуповини.

Отримані дані залежно від терміну вагітності розподілені на три групи:

- від 16 до 32 тижнів (1 група);
- від 32 до 37 тижнів (2 група);
- більше 38 тижнів (3 група).

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що включення оцінювання венозної гемодинаміки у протокол доплерометричного обстеження дозволяє значно поліпшити оцінку ступеня тяжкості і точність прогнозу перинатального результату при ПД на фоні ВХ, що сприяє вибору оптимальної акушерської тактики.

У сучасних умовах чинниками ризику розвитку ПД є:

- ВХ,
- вік жінки старше 35 років,
- наявність хронічних екстрагенітальних захворювань і запальних процесів жіночих статевих органів,
- тривала загроза передчасного переривання вагітності,

- прееклампсія,
- анемія вагітних.

При ПД зміни доплерометричних показників венозного і артеріального кровотоку у системі плацента–плід не завжди збігаються за спрямованістю і ступенем вираженості. Стан кровотоку в маткових і пуповинних артеріях залежить від структурних і функціональних змін судинної системи плаценти, тоді як в крупних венах плода відображає процеси перебудови його гемодинаміки.

Із збільшенням терміну вагітності у венозному протоці плода спостерігається зменшення швидкості систоли кровотоку при зростанні під час скорочення передсердя, що веде до зниження пульсаційного індексу, індексу венозної протоки і систоло-діастолічного співвідношення на 27%, 20% і 20% відповідно. У нижній порожнистій вені спостерігається підвищення максимальної систолічної і ранньої діастолічної швидкостей, при зниженні – реверсного потоку, пульсаційного індексу, індексу переднавантаження, відсоток реверсного кровотоку знижується на 6,9%, 26% і 12% відповідно.

При ПД на фоні ВХ у вені пуповини і венозній протоці спостерігається зниження швидкостей кровотоку, в нижній порожнистій вені – збільшення реверсного потоку, підвищуються індекси резистентності, що свідчить про підвищення серцевого пред- і постнавантаження плода.

Критичний стан венозної гемодинаміки плода спостерігається у 60% при ІІІ ст. порушень артеріальної гемодинаміки і характеризується відсутністю або ретроградним характером руху крові у венозній протоці у період систоли передсердя, синхронними із серцевим ритмом пульсаціями кровотоку у вені пуповини (50%), що відображає виражене підвищення центрального венозного тиску і розвиток серцевої недостатності.

Із збільшенням тяжкості ЗРП пропорційно знижується середня швидкість кровотоку у вені пуповини і зростає – реверсного потоку в нижній порожнистій вені, збільшуються пульсаційний індекс, систоло-діастолічне співвідношення, індекс венозної протоки і індекс переднавантаження нижньої порожнистої вени.

Чутливість і специфічність підвищення систоло-діастолічного співвідношення в артерії пуповини у прогнозуванні несприятливих перинатальних результатів становить 69,9% і 83,4%; відсутність або ретроградний напрям потоку діастолі крові – 83,4% і 91,4% відповідно. У венозній протоці найбільш високу чутливість і специфічність мають відсутність або ретроградний напрям потоку діастолі крові (89,3% і 96,9%) і пульсаційний індекс (86,1% і 94,5%), у нижній порожнистій вені – відсоток реверсного потоку (80,4% і 86,8%).

Результати проведеного дослідження дозволяють рекомендувати для практичної охорони здоров'я наступні аспекти:

1. Для оцінки ступеня тяжкості ПД у вагітних із ВХ і вибору раціональної акушерської тактики необхідно проводити комплексне обстеження, що включає ехографію, кардіотокографію, доплерометричне дослідження кровотоку в артеріальному відділі фетоплацентарної системи (маткові артерії, артерії пуповини, аорта і середня мозкова артерія плода) і крупних венах (вена пуповини, венозна протока, нижня порожниста вена плода).

2. Допплерометричне дослідження венозної гемодинаміки плода слід здійснювати у вагітних групи високого ризику ПД (ВХ, вік жінок старше 35 років, наявність хронічних

екстрагенітальних захворювань і запальних процесів жіночих статевих органів, тривала загроза передчасного переривання вагітності, прееклампсія і анемія вагітних), з доплерометричними ознаками порушень артеріального кровотоку, ЗРП, перенесеною вагітністю, ознаками хронічної гіпоксії плода за даними кардіотокографії.

3. Найбільш інформативними показниками порушень венозної гемодинаміки є пульсаційний індекс венозної протоки, відсоток реверсного кровотоку нижньої порожнистої вени, відсутність або реверсний напрям потоку крові у венозній протоці протягом передсердної систоли, поява пульсацій кровотоку у вені пуповини.

4. При недоношеній вагітності і відсутності порушень венозної гемодинаміки плода у жінок з ПД на фоні ВХ з метою досягнення зрілості плода вагітність можна пролонгувати на фоні комплексної терапії при регулярному (один раз в 5–7 днів) контролі доплерометричних параметрів.

5. У жінок із ІІІ ст. гемодинамічних порушень в артеріальному відділі фетоплацентарної системи (відсутність або реверсний кровотік в артерії пуповини) або появи початкових ознак порушення венозної гемодинаміки (пульсаційний індекс у венозній протоці до 32 тиж – 0,92–1,06; у 32–37 тиж – 0,79–0,92); збільшення відсотка реверсного кровотоку у межах 36–43% і 29–34%) з метою профілактики респіраторного дистресу новонародженого показана підготовка до розродження з використанням глюкокортикоїдів при щоденному доплерометричному і кардіотокографічному контролі і подальшому розродженні шляхом кесарева розтину у плановому порядку.

6. При значеннях пульсаційного індексу венозної протоки у терміні 27–32 тиж вагітності >1,06; 32–37 тиж >0,92; доношеному терміні >0,78; відсотка реверсного кровотоку у нижній порожнистій вені >43%; >34% і >36% відповідно, показано розродження шляхом кесарева розтину в терміновому порядку.

7. Відсутність або реверсний напрям потоку крові у венозній протоці протягом передсердної систоли і пульсації у вені пуповини свідчать про критичний стан венозної гемодинаміки і серцевої недостатності плода, що розвивається та визначає необхідність екстреного розродження шляхом кесарева розтину.

## ВИСНОВКИ

У результаті проведених досліджень визначено клінічне значення комплексного оцінювання венозного і артеріального кровотоку плода при фізіологічній вагітності і плацентарній дисфункції на фоні варикозної хвороби. Запропоновані конкретні критерії для практичної охорони здоров'я щодо тактики ведення вагітності і пологів у жінок групи високого перинатального ризику. Використання запропонованих практичних рекомендацій дозволить поліпшити перинатальні результати розродження жінок групи високого ризику.

## Особенности состояния венозного и артериального кровотока при плацентарной дисфункции на фоне варикозной болезни Л.В. Манжула

В результате проведенных исследований определено клиническое значение комплексной оценки венозного и артериального кровотока плода при физиологической беременности и плацентарной дисфункции на фоне варикозной болезни. Предложены конкрет-

ные критерии для практического здравоохранения по тактике ведения беременности и родов у женщин группы высокого перинатального риска. Использование предлагаемых практических рекомендаций позволит улучшить перинатальные исходы родоразрешения женщин группы высокого риска.

**Ключевые слова:** плацентарная дисфункция, варикозная болезнь, артериальный и венозный кровоток, клиническое значение.

### Features of condition of venous and arterial blood flow at placental dysfunction against varicose illness L.V. Manzhuła

In results of the conducted researches clinical value of a complex assessment of venous and arterial blood flow of fetus is defined at physiological pregnancy and placental dysfunction against varicose illness. Concrete criteria for practical health care on tactics of conducting pregnancy and labors at women of group of high perinatal risk are offered. Use of offered practical references will allow to improve perinatal outcomes of delivery of women of group of high risk.

**Key words:** placental dysfunction, varicose illness, arterial and venous blood flow, clinical value.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Альбицкий В.Ю., Никольская Л.А., Абросимова М.Ю. Фето-фетальные потери. – Казань: Медицина, 2017. – С. 60–63.
2. Анастасьева В.Г. Морфофункциональные нарушения фетоплацентарного комплекса при плацентарной дисфункции. – Новосибирск: НМИ, 2017. – 506 с.
3. Беседін В.М., Томашова С.А., Семеніна Г.Б. Новий погляд на лікування фетоплацентарної недостатності при прееклампсії // Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 2000. – № 2. – С. 81–83.
4. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивные потери (клинические и медико-социальные аспекты). – М., 2007. – 188 с.
5. Герасимович Г.И. Плацентарная дисфункция // Здравоохранение. – 2009. – № 9. – С. 12–17.
6. Громыко Г.Л., Шпаков А.О. Современные представления о механизмах регуляции кровообращения в плаценте при физиологической и осложненной беременности // Вестник Российской Ассоциации акушеров-гинекологов. – 2015. – № 4. – С. 35–41.
7. Диагностика и лечение плацентарной дисфункции / Яковлева Э.Б., Зяблицев С.В., Богослав Ю.П., Демина Т.Н., Мирошникова Т.С. // Методические рекомендации. – Донецк, 2013. – 30 с.

УДК 618.36-008.6:618.33-007.12]-005-02:616.1

## Нові аспекти патогенезу плацентарної дисфункції та затримки розвитку плода у жінок різних вікових груп

**В.В. Маркевич**

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

Результати проведених досліджень свідчать, що визначення показників рівня чинників росту у комплексі з фетометрією, доплерівськими дослідженнями кровотоку, кардіотокографією дозволяє прогнозувати розвиток і оцінювати ступінь тяжкості синдрому затримки розвитку плода. При формуванні синдрому затримки розвитку плода спостерігається зниження продукції інсуліноподібного чинника росту I типу і чинника росту плаценти, різке підвищення рівня судинно-ендотеліального чинника росту і рецептора судинно-ендотеліальних чинників росту I типу. При неускладненій вагітності рівень інсуліноподібного і судинно-ендотеліального чинників росту у материнській крові підвищується зі збільшенням терміну гестації у 2,3–4,7 разу. Чинник росту плаценти характеризується швидким (на 75%) наростанням концентрації до кінця II триместра (на 75% від початкового значення) і плавним зниженням у III триместрі. Зниження рівня інсуліноподібного чинника росту I типу є прогностичним показником затримки розвитку плода тяжкого ступеня. Дослідження судинно-ендотеліального чинника росту продемонструвало, що при субкомпенсованій плацентарній дисфункції спостерігається підвищення його рівня в 3 рази порівняно з нормою. При критичному стані плода рівень судинно-ендотеліального чинника росту у 3,5 разу перевищує нормативні показники. У вагітних з субкомпенсованою плацентарною дисфункцією спостерігається зниження показників чинника росту плаценти на 47,16–67,81%. При критичному стані плода з вираженою гіпотрофією і гіпоксією рівень чинника росту плаценти знижений на 52,57–72,84% протягом гестації. У вагітних з подальшим розвитком критичного стану плода з 16–22 тиж спостерігається підвищення у 4 рази рівня розчинного рецептора судинно-ендотеліальних чинників росту I типу. Отримані результати рекомендується використовувати з метою прогнозування плацентарної дисфункції та затримки розвитку плода у жінок груп високого ризику.

**Ключові слова:** плацентарна дисфункція, затримка розвитку плода, ангіогенні чинники росту.

Наукові досягнення у сучасному акушерстві і перинатології призвели до необхідності вирішення нових проблем, пов'язаних з гестаційним процесом і антенатальною охороною плода [1–4]. Серед них провідне значення належить плацентарній дисфункції (ПД), яка, будучи частим ускладненням вагітності (від 14% до

22%), супроводжується гіпоксією, затримкою розвитку плода (ЗРП) і є однією з найчастіших причин перинатальної захворюваності (до 60%) і смертності [1–4]. Багаточисельні дослідження, проведені у даному напрямку, а також успіхи сучасної неонатології дозволили звести до низьких показників перинатальні втрати при ЗРП. Проте за наявності даної патології перинатальна захворюваність залишається стабільно високою [1–5]. У зв'язку з цим до сьогоднішнього часу пошук нових методів ранньої діагностики ПД і ЗРП продовжує залишатися одним із пріоритетних.

З появою вчення про чинники росту, які зумовлюють розвиток плаценти, розвивається новий напрям у вивченні ПД і ЗРП. Є підстави вважати його перспективним, оскільки чинники росту, будучи основними переносниками мітогенного сигналу клітин, здатні стимулювати або гальмувати ріст тканин, у тому числі залозистої і кровоносних судин [5]. Зміна у продукції і функціонуванні чинників росту, що впливають на розвиток плаценти, призводить до морфологічних і функціональних змін у плаценті з порушенням трофічної, ендокринної, метаболічної і антиоксидантної функцій плаценти і порушенням стану, росту і розвитку плода.

Вивчення змін у динаміці чинників росту у комплексі з іншими сучасними методами оцінювання стану плода дозволить прогнозувати розвиток і ступінь тяжкості ПД і ЗРП. Отже, стає можливим своєчасно проводити профілактику і лікування цього ускладнення вагітності, а також визначати раціональну акушерську тактику. Усі перераховані заходи приведуть до зниження перинатальної захворюваності і смертності.

**Мета дослідження:** вивчення ролі ангіогенних чинників росту у виникненні ПД і ЗРП у жінок різних вікових груп.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вивчення клініко-діагностичного значення ангіогенних чинників росту при ЗРП проведений проспективний аналіз перебігу вагітності і результатів пологів у 150 жінок різних вікових груп.

Усім пацієнткам протягом II і III триместрів вагітності проводили ехографічне і доплерометричне дослідження гемодинаміки у судинах фетоплацентарної системи в терміни 16–22 тиж, 23–29 тиж, 30–36 тиж і 37–40 тиж вагітності, а також визначення рівнів чинника росту плаценти, судинно-ендотеліального чинника та їхнього розчинного рецептора (СЕЧЗ-Р1), інсуліноподібного чинника росту І (ІЧЗ) у сироватці крові вагітних методом імуноферментного аналізу. У III триместрі, а також під час пологів для діагностики дистресу плода здійснювали кардіотокографічне дослідження.

Обстежених жінок було розподілено на дві групи: основну і контрольну. До основної групи було включено 120 пацієнток різних вікових груп із ЗРП, а також вагітних високого ризику розвитку ПД. Тридцять жінок, вагітність яких перебігала без ускладнень, увійшли у контрольну групу.

Середній вік пацієнток контрольної групи становив  $23,50 \pm 4,3$  року з індивідуальними коливаннями від 19 до 35 років. У 19 (63,33%) жінок дана вагітність була першою. Одинадцять (36,67%) пацієнток були повторновагітними. Першороділь було 22 (73,33%) і 8 (26,67%) відповідно. Усі жінки контрольної групи мали необтяжений соматичний і акушерсько-гінекологічний анамнез, а також

нормальний менструальний цикл. Вагітність у даних пацієнток була одноплідною і перебігала без ускладнень за даними клініко-лабораторних та інструментальних методів дослідження. У всіх жінок контрольної групи сталися своєчасні пологи у головному передлежанні. Діти характеризувалися як зрілі і мали гестаційний вік 38 до 41 тиж. Маса тіла при народженні становила від 3050 до 4300 г (у середньому  $3675 \pm 367$  г), а зріст – від 50 до 54 см (у середньому  $52 \pm 2$  см). Оцінка стану новонароджених за шкалою Апгар у всіх спостереженнях становила 8 балів на 1-й хвилині і 9 – на 5-й хвилині. Ранній неонатальний період перебігав без ускладнень.

Основна група була представлена першородільями (100%) у віці від 16 до 42 років, які були розподілені на три вікові підгрупи:

- 16–18 років;
- 19–29 років;
- старше 30 років.

Середній вік вагітних –  $29,45 \pm 5,42$  року. З них першовагітними були 80% пацієнток, а повторновагітними – 20%.

Акушерський анамнез характеризувався наявністю штучних абортів у 17,5% спостережень, мимовільних викиднів на різних термінах – у 10%, вагітності, що не розвивається, в I триместрі – у 2,5% випадків.

ПД, що розвинулася у пацієнток основної групи, класифікувалася таким чином:

- компенсована – у 31 (25,83%) спостереженні із ЗРП I ступеня асиметричної форми, ізольованим порушенням матково-плацентарного або плодово-плацентарного кровотоку, нормальним типом кардіотокограм (8–10 балів);
- субкомпенсована – у 78 (65%) спостереженнях із ЗРП II ступеня асиметричної і змішаної форми, поєднаним порушенням матково- і плодово-плацентарного кровотоку, підозрілим типом кардіотокограм (5–7 балів);
- декомпенсована – в 11 (9,17%) спостереженнях, де виявлялися ЗРП III ступеня асиметричної, симетричної та змішаної форми; критичний стан плодово-плацентарного кровообігу в поєднанні з двосторонніми порушеннями кровотоку в маткових артеріях і централізацією плодового кровотоку; ознаки дистресу за даними кардіотокографії – патологічний тип кардіотокограм (нижче 5 балів).

Пологи через природні пологові шляхи відбулися у 70 (58,33%) жінок основної групи. Шляхом кесарева розтину розроджено 50 (41,67%) вагітних основної групи, з них:

- 34 (28,33%) – в екстреному порядку,
- 16 (13,33%) – у плановому порядку.

Своєчасними пологами вагітність закінчилася у 89 (74,17%) жінок. Тридцять (25%) пацієнток були розроджені достроково. Показаннями для дострокового розродження були: декомпенсована ПД, прееклампсія тяжкого ступеня. В 1 (0,83%) спостереженні вагітність закінчилася індукованим викиднем на терміні 25 тиж вагітності з приводу антенатальної загибелі плода на фоні ЗРП III ступеня, критичного стану плодового кровотоку.

Діти в основній групі мали масу тіла від 610 до 3800 г (у середньому –  $2487 \pm 438$  г) і зріст від 27 до 54 см (у середньому –  $47,5 \pm 3,1$  см). П'ятдесят вісім

(48,33%) дітей було розцінено неонатологами як гіпотрофічні. Оцінка за шкалою Апгар варіювала від 2 до 8 балів на першій хвилині і від 4 до 9 на п'ятій.

У ранній неонатальний період виявлені наступні ускладнення:

- гіпоксично-ішемічне ушкодження ЦНС – у 39 (32,5%) дітей, яке виявлялося в синдромі пригнічення або збудження ЦНС;
- синдром дихальних розладів – у 19 (15,84%) дітей;
- синдром набрякнень;
- поліорганна недостатність.

Штучну вентиляцію легень 19 дітям було потрібно від 1 до 18 діб. Одна глибоко недоношена дитина померла на 7-у добу після народження. Було переведено на другий етап виходжування 19 (15,84%) дітей.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

З метою визначення ролі ангіогенних чинників росту в розвитку системи мати–плацента–плід при неускладненій вагітності і ЗРП нами проводилося вивчення динаміки ангіогенних чинників росту у сироватці крові вагітних. Згідно з отриманими нами результатами, при неускладненій вагітності рівень ІЧЗ і СЕЧЗ у материнській крові підвищується зі збільшенням терміну гестації. З 30-го по 36-й тижень спостерігалася їхня найбільш інтенсивна продукція: рівень ІЧЗ збільшився у 2,3 разу, а СЕЧЗ – у 4,7 разу від початкових значень. Дана динаміка зумовлена становленням і посиленням розвитком плаценти, судинної системи матки у II і III триместрах гестації, що дозволяє адекватно забезпечити зріст і розвиток плода. Ближче до доношеного терміну середній рівень ІЧЗ дещо знижується (на 12% від початкового), проте залишається вищим, ніж у II триместрі; темпи наростання СЕЧЗ також знизилися – його показники в 37–40 тиж збільшилися лише на 21%, що пояснюється, мабуть, зниженням ангіогенезу, росту плаценти і плода в ці терміни гестації.

Рівень чинника росту плаценти (ЧЗП) при неускладненому перебігу гестаційного процесу характеризується швидким наростанням концентрації до кінця II триместра і плавним зниженням у III триместрі. На терміні 23–29 тиж спостерігалася найбільш інтенсивне підвищення його показників – на 75% від початкового значення. Що стосується розчинного рецептора (СЕЧЗ-R1), то його рівень протягом неускладненої вагітності залишався відносно стабільним, не піддаючись різким коливанням, що на наш погляд пояснюється його регуляторною функцією: зміна його концентрації, мабуть, відбувається у відповідь на патологічні процеси у фетоплацентарній системі.

У вагітних з подальшим формуванням ЗРП з 16–22 тиж спостерігається знижений рівень інсуліноподібного чинника росту I: при ЗРП I ступеня на 26%, II ступеня – на 27%, III ступеня – на 40%. При розвитку ЗРП I ступеня динаміка ІЧЗ загалом схожа з фізіологічною вагітністю, що підтверджує збереження механізмів компенсації, але середній його рівень все-таки на 16% нижче за норму. При розвитку ЗРП II ступеня показники ІЧЗ на 27% нижче нормативних. При розвитку ЗРП III ступеня спостерігаються виражені зміни продукції ІЧЗ: його рівень з III триместра гестації прогресивно знижується і стає на 55% менше фізіологічного, а потім стабілізується на низьких значеннях.

Була встановлена пряма корелятивна залежність між рівнем ІЧЗ та розвитком різного ступеня ЗРП: при I ст. –  $r=+0,45$ ; при II ст. –  $r=+0,47$  та при III ст. –  $r=+0,73$ .

Отже, ІЧЗ володіє прогностичним значенням щодо розвитку ЗРП тяжкого ступеня: якщо його показники  $\leq 150$  нг/мл у 16–22 тиж або при динамічному дослідженні відбувається прогресивне зниження його рівня, це призводить до розвитку ЗРП важкого ступеня, що підтверджене ехографічним виявленням зниження показників фетометрії на 3–4 тиж і більше, а також народженням гіпотрофічних дітей.

Дослідження СЕЧЗ показало, що при ізольованому порушенні кровотоку в плодово-плацентарній або матково-плацентарній ланці його значення практично не відрізняються від фізіологічних показників. Це підтверджує збереження компенсаторних можливостей фетоплацентарної системи і відсутність гіпоксії. У вагітних з подальшим розвитком поєднаних порушень матково-плацентарного кровотоку наголошується значне підвищення рівня СЕЧЗ: у 16–22 тиж його середні значення на 90% перевищують фізіологічні; з 23-го по 36-й тижень – майже в 3 рази. При розвитку критичного стану плодового кровотоку рівень СЕЧЗ у II триместрі у 3,5 разу перевищує нормативні показники.

Наші дослідження продемонстрували, що СЕЧЗ у вагітних є раннім маркером ішемії плацентарної тканини і наростання ступеня тяжкості ЗРП, зумовленого гемодинамічними порушеннями у системі мати–плацента–плід: рівень цього чинника росту  $\geq 67$  пг/мл у 16–22 тиж і 121 пг/мл у 23–29 тиж свідчить про високий ризик розвитку декомпенсованої ПД, яка була виявлена при ехографії (відставання фетометричних показників на 3–4 тиж і більше) і при доплерометрії (критичний стан плодово-плацентарного кровотоку, а також ознаки централізації плодового кровотоку).

Була встановлена пряма корелятивна залежність між рівнем СЕЧЗ та розвитком різного ступеня ЗРП: при I ст. –  $r=+0,57$ ; при II ст. –  $r=+0,62$  та при III ст. –  $r=+0,79$ .

При дослідженні ЧЗП у вагітних із ЗРП спостерігається зниження його продукції протягом усього періоду гестації. При ізольованому порушенні кровотоку в плодово-плацентарній або матково-плацентарній ланці динаміка ЧЗП подібна до неускладненої вагітності, проте показники його на всіх термінах нижче фізіологічних на 24–43%. При поєднаному порушенні кровотоку в артеріях пуповини і маткових артеріях спостерігається зниження показників цього чинника росту на 47–67% нижче фізіологічних, відсутність його швидкого росту і піку максимальних значень наприкінці II та початку III триместрів. При подальшому розвитку критичного стану плода (ЗРП III ступеня, нульовий кровотік діастолі в артерії пуповини, ознаки централізації плодового кровотоку, дистрес за даними кардіотокоемографії) спостерігалася зниження рівня ЧЗП на 52–72% протягом усього періоду гестації.

Основним регулювальником рівня ЧЗП є розчинний рецептор СЕЧЗ I типу, який зв'язує ЧЗП, циркулюючий у сироватці крові. Під час дослідження динаміки показників цього рецептора при ПД встановлено, що підвищення його рівня відповідає паралельному зниженню ЧЗП. У вагітних з подальшим розвитком критичного стану плода на 16–22 тиж рівень рецептора СЕЧЗ у 4 рази вище в порівнянні з неускладненою вагітністю. У 23–29 тиж середній рівень рецептора досягає максимальних значень і перевищує нормативні показники в 4,6 разу.

Була встановлена пряма корелятивна залежність між рівнем ЧЗП та розвитком різного ступеня ЗРП: при I ст. –  $r=+0,51$ ; при II ст. –  $r=+0,57$  та при III ст. –  $r=+0,76$ .

Отже, низькі показники ЧЗП ( $\leq 128$  пг/мл) і високі показники його рецептора ( $\geq 9,5$  нг/мл) свідчать про високий ризик розвитку некомпенсованої ПД, що клінічно виявлялося ЗРП II–III ступеня, порушенням кровотоку II–III ступеня у фетоплацентарних судинах, дистресом плода за даними кардіотокографії.

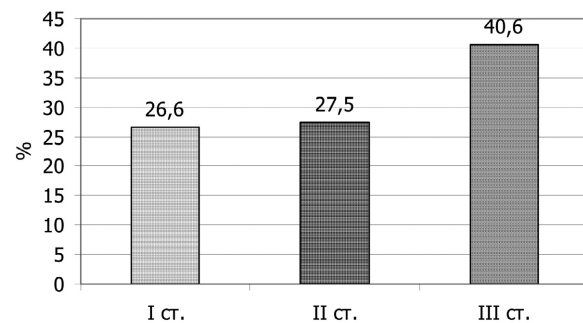
У табл. 1 представлені прогностичні значення показників ангіогенних чинників росту.

Була вивчена динаміка СЕЧЗ у вагітних із ЗРП при дистресі різного ступеня тяжкості і при критичному стані плода. Встановлено, що при наростанні гіпоксії відбувається підвищення концентрації СЕЧЗ майже у 3 рази (у 2,8). Проте при критичному стані плода і вираженій гіпоксії спостерігається зниження його показників у 2 рази, що свідчить про виснаження компенсаторних можливостей фетоплацентарної системи: при доплерометричному дослідженні спостерігався нульовий або негативний кровоток в артерії пуповини, централізація плодового кровотоку у середній мозковій артерії, а також тяжка гіпоксія за даними кардіотокографії. При визначенні ЧЗП його показники знижуються у міру прогресу гіпоксії, а при критичному стані плода зареєстровані мінімальні значення цього чинника росту.

Таблиця 1

## Прогностичне значення ангіогенних чинників росту

| Показник | $M \pm m$              | Термін вагітності, тиж |
|----------|------------------------|------------------------|
| ІЧЗ      | $150,1 \pm 15,2$ нг/мл | 16–22                  |
| СЕЧЗ     | $67,0 \pm 6,5$ пг/мл   | 16–22                  |
| СЕЧЗ     | $121,0 \pm 11,8$ пг/мл | 23–29                  |
| ЧЗП      | $128,0 \pm 12,4$ пг/мл | 23–29                  |



**Зниження рівня інсуліноподібного чинника росту I типу в терміні 16–22 тиж при ЗРП, %**

Під час аналізу перинатальних результатів виявлено, що при виражених порушеннях продукції і функціонування чинників росту розвиваються тяжкі форми ЗРП і спостерігається погіршення перинатальних показників. Так, на 1,5–2 бали нижче оцінка за шкалою Апгар; у 10 і більше разів частіше зустрічається гіпоксично-ішемічне ушкодження ЦНС, внутрішньоутробна гіпотрофія, необхідність проведення реанімаційних заходів.

## ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що визначення показників рівня чинників росту у комплексі з фетометрією, доплерівськими дослідженнями кровотоку, кардіотокографією дозволяє прогнозувати розвиток і оцінювати ступінь тяжкості ЗРП різних вікових груп. При формуванні ЗРП спостерігається зниження продукції інсуліноподібного чинника росту I типу і чинника росту плаценти, різке підвищення рівня судинно-ендотеліального чинника росту і рецептора судинно-ендотеліальних чинників росту I типу. При неускладненій вагітності рівень інсуліноподібного і судинно-ендотеліального чинників росту у материнській крові підвищується із збільшенням терміну гестації у 2,3–4,7 разу. Чинник росту плаценти характеризується швидким (на 75%) наростанням концентрації до кінця II триместра (на 75% від початкового значення) і плавним зниженням у III триместрі. Зниження рівня інсуліноподібного чинника росту I типу у термін 16–22 тиж спостерігається при формуванні ЗРП: I ступеня – на 26,6%, II ступеня – на 27,5%, III ступеня – на 40,6% (малюнок). При виявленні затримки розвитку плода III ступеня рівень цього чинника росту з III триместра вагітності прогресивно знижується на 55,1% нижче фізіологічного. Зниження рівня інсуліноподібного чинника росту I типу є прогностичним показником ЗРП тяжкого ступеня.

Дослідження судинно-ендотеліального чинника росту продемонструвало, що при субкомпенсованій ПД спостерігається підвищення його рівня у 3 рази порівняно з нормою. При критичному стані плода рівень судинно-ендотеліального чинника росту в 3,5 разу перевищує нормативні показники. Судинно-ендотеліальний чинник росту є раннім маркером стану гіпоксії плода ( $\geq 67,12$  пг/мл в 16–22 тиж і  $121$  пг/мл у 23–29 тиж) свідчить про високий ризик розвитку декомпенсованої ПД. Низькі показники чинника росту плаценти ( $\leq 133,67$  пг/мл у 16–22 тиж та  $\leq 177,4$  пг/мл у 23–29 тиж) свідчать про розвиток суб- і декомпенсованої ПД. У вагітних із субкомпенсованою ПД спостерігається зниження показників чинника росту плаценти на 47,16–67,81%. При критичному стані плода з вираженою гіпотрофією і гіпоксією рівень чинника росту плаценти знижений на 52,57–72,84% протягом гестації. У вагітних з подальшим розвитком критичного стану плода у 16–22 тиж спостерігається підвищення у 4 рази рівня розчинного рецептора судинно-ендотеліальних чинників росту I типу. На 23–29 тиж вагітності середній рівень рецептора досягає максимальних значень і перевищує нормативні показники у 4,6 разів. Значення рецептора  $\geq 9,48$  нг/мл у 16–22 тиж та  $\geq 11,15$  нг/мл у 23–29 тиж свідчать про розвиток декомпенсованої ПД. Отримані результати необхідно використовувати з метою прогнозування ПД і ЗРП у жінок різних вікових груп.

## Новые аспекты патогенеза плацентарной дисфункции и задержки развития плода у женщин разных возрастных групп

**В.В. Маркевич**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что определение показателей уровня факторов роста в комплексе с фетометрией, доплеровским исследованием кровотока, кардиотокографией позволяет прогнозировать развитие и оценивать степень тяжести синдрома задержки развития плода. При формировании синдрома задержки развития плода наблюдается снижение продукции инсулиноподобного фактора роста I типа и фактора роста плаценты, резкое повышение уровня сосудисто-эндотелиального фактора роста и рецептора сосудисто-эндотелиальных факторов роста I типа. При неосложненной беременности уровень инсулиноподобного и сосудисто-эндотелиального факторов роста в материнской крови повышается с увеличением срока гестации в 2,3–4,7 раза. Фактор роста плаценты характеризуется быстрым (на 75%) нарастанием концентрации до конца II триместра (на 75% от исходного значения) и плавным снижением в III триместре. Снижение уровня инсулиноподобного фактора роста I типа является прогностическим показателем задержки развития плода тяжелой степени.

Исследование сосудисто-эндотелиального фактора роста продемонстрировало, что при субкомпенсированной плацентарной дисфункции наблюдается повышение его уровня в 3 раза по сравнению с нормой. При критическом состоянии плода уровень сосудисто-эндотелиального фактора роста в 3,5 раза превышает нормативные показатели. У беременных с субкомпенсированной плацентарной дисфункцией наблюдается снижение показателей фактора роста плаценты на 47,16–67,81%. При критическом состоянии плода с выраженной гипотрофией и гипоксией уровень фактора роста плаценты снижен на 52,57–72,84% в течение гестации. У беременных с последующим развитием критического состояния плода с 16–22 нед наблюдается повышение в 4 раза уровня растворимого рецептора сосудисто-эндотелиальных факторов роста I типа. Полученные результаты рекомендуют использовать с целью прогнозирования плацентарной дисфункции и задержки развития плода у женщин групп высокого риска.

**Ключевые слова:** плацентарная дисфункция, задержка развития плода, ангиогенные факторы роста.

## New aspects of the pathogenesis of placental dysfunction and fetal developmental delay in women of different age groups

**V.V. Markevich**

The results of the conducted studies indicate that the determination of the indicators of the level of growth factors in combination with fetometry, Doppler study of the blood flow, cardiotocography makes it possible to predict the development and assess the severity of fetal development retardation syndrome. During the formation of fetal growth retardation syndrome, there is a decrease in the production of insulin-like growth factor I and placental growth factors, a sharp increase in the level of vascular endothelial growth factor and receptor vascular endothelial growth factors I. In uncomplicated pregnancies, the level of insulin-like and vascular-endothelial growth factors in maternal blood increases with an increase in the gestation period by 2.3–4.7 times. The growth factor of the placenta is characterized by a rapid (by 75%) increase in concentration to the end of the second trimester (by 75% from the initial value) and a gradual decrease in the third trimester. A decrease in the level of insulin-like growth factor I type is a prognostic indicator of the delayed development of a severe fetus. The study of vascular endothelial growth factor showed that with subcompensated placental

dysfunction, its level increased by 3 times compared with the norm. When the fetus is in critical condition, the level of vascular endothelial growth factor is 3.5 times higher than the standard values. In pregnant women with subcompensated placental dysfunction, there is a decrease in the placental growth factor by 47.16–67.81%. When the fetus is in critical condition with severe hypotrophy and hypoxia, the level of placental growth factor is reduced by 52.57–72.84% during gestation. In pregnant women with the subsequent development of the critical state of the fetus from 16–22 weeks, an increase by 4 times in the level of soluble receptor vascular endothelial growth factors type I is observed. The results are recommended to be used to predict placental dysfunction and delay fetal development in women at high risk.

**Key words:** placental dysfunction, delayed fetal development, angiogenic growth factors.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамченко В.В., Шабалов Н.П. Клиническая перинатология. – Петрозаводск. – 2015. – С. 424.
2. Глубоховец Б.И., Рец Ю.В. Компенсаторные, приспособительные и патологические реакции плода при хронической фетоплацентарной недостаточности // Архив патол. – 2008. – Т. 70, № 2. – С. 59–62.
3. Карсаева В.В., Рец Ю.В. Материнско-плодовые корреляции гемодинамики при фетоплацентарной недостаточности // Сибирский медицинский журнал. – Томск, 2015. – Т. 19, № 5. – С. 114–115.
4. Лечиева Э.У., Синчихин С.П. Иммунохимические критерии раннего прогнозирования постнатальной адаптации // Журнал практического акушера-гинеколога. – 2008. – № 1–2. – С. 15–18.
5. Стрижаков А.Н., Кушлинский Н.Е., Тимохина Е.В. Роль ангиогенных факторов роста в прогнозировании плацентарной недостаточности // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2016. – № 4. – С. 5–11.
6. Hill J. A. Recurrent pregnancy loosing / J.A. Hill / Kistner's Gynecology women's Health. – 7th ed. – Mosby, 2018. – P. 45–78.
7. Lockwood C.J. Markers of risk for preterm delivery / C.J. Lockwood, E. Kuczynski // J. Perinat. Med. – 2016. – Vol. 27, № 1. – P. 5–20.
8. Moore M. L. Biochemical markers for preterm labor and birth: what is their role in the care of pregnant women? / M.L. Moore // Am. J. Matern. Child. Nurs. – 2016. – Vol. 24, № 2. – P. 80–86.

## Особливості передчасних пологів при різних варіантах багатоплідної вагітності

О.В. Мельник

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

Метою справжньої наукової роботи є вивчення основних особливостей передчасних пологів при багатоплідній вагітності. Був проведений клінічний аналіз 50 історій пологів у жінок з багатоплідною вагітністю. Результати проведених досліджень свідчать, що багатоплідна вагітність є чинником ризику недоношування з високою частотою перинатальних втрат. У зв'язку з недостатньою ефективністю загальноприйнятих прогностичних і лікувально-профілактичних заходів наші дослідження надалі будуть продовжені в аспекті удосконалення використовуваних методик.

**Ключові слова:** багатоплідна вагітність, передчасні пологи.

Недоношування вагітності є однією з найважливіших проблем охорони здоров'я у всьому світі. Частота передчасного переривання вагітності коливається у межах 10–25% [2]. Не дивлячись на велику кількість досліджень, присвячених профілактиці і лікуванню невиношування, частота передчасних пологів становить 5–10% [2].

Серед різних чинників ризиків недоношування все більшого значення набуває багатоплідна вагітність, частота якої зростає з року в рік у зв'язку з більш широким використанням допоміжних репродуктивних технологій [1–7].

У той самий час патогенез недоношування на тлі багатоплідної вагітності вивчений недостатньо. Відсутні чіткі дані про особливості формування і функціонального стану фетоплацентарного комплексу і порушень стану внутрішньоутробного плода і новонародженого залежно від причин багатоплідної вагітності. Крім того, відсутні дані про диференційований підхід до профілактики невиношування і недоношування вагітності з врахуванням основних варіантів багатоплідної вагітності.

Усе зазначене вище є чітким обґрунтуванням актуальності вибраного науково-напряму.

**Мета дослідження:** вивчення основних особливостей передчасних пологів при багатоплідній вагітності.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети був проведений клінічний аналіз 50 історій пологів у жінок із багатоплідною вагітністю.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Згідно з отриманими результатами середній вік жінок при багатоплідній вагітності у середньому становив  $26,3 \pm 2,1$  року. Первородящих було 60,0%, а повторнородящих – 40,0%. Самостійно завагітніло 78,0% жінок і 22,0% – після допоміжних репродуктивних технологій. Обтяжений репродуктивний анамнез був відмічений у 80,0% пацієнток у вигляді жіночої безплідності (32,0%); високої частоти артифіційних і мимовільних абортів (30,0%) і репродуктивних втрат в анамнезі (18,0%).

Серед основних особливостей преморбідного фону можна виділити високу частоту генітальної (52,0%) і соматичної захворюваності (48,0%) до справжньої вагітності. Водночас серед гінекологічної патології частіше за інших мали місце патологічні зміни шийки матки (24,0%) і хронічні запальні процеси (22,0%). Основними нозологічними варіантами супутньої екстрагенітальної патології були захворювання щитовидної залози (16,0%); нейроциркуляторна астенія (12,0%); хронічний пієлонефрит (10,0%), а також патологія печінки і травного тракту (10,0%).

Різні ускладнення вагітності виявлені практично у всіх жінок. Найчастішими ускладненнями були:

- анемія вагітних (76,0%),
- загроза переривання вагітності (56,0%),
- прееклампсія (52,0%),
- плацентарна дисфункція (48,0%).

Це в більшості випадків призводить до затримки розвитку плода. Водночас гестаційна анемія розвивалася у  $24,2 \pm 1,2$  тиж, а в подальшому – на  $29,3 \pm 1,8$  тиж приєднувалися різні форми прееклампсії. У структурі анемії переважали ІІ (22,0%) і ІІІ ст. тяжкості (42,0%), а прееклампсія найчастіше була середнього ступеня тяжкості (46,0%). Основними клінічними симптомами гестаційної анемії були слабкість, запаморочення, тахікардія, ламкість волосся і нігтів. Серед основних симптомів прееклампсії при багатоплідній вагітності частіше за інші зустрічалися набряки (80,0%), протеїнурія (72,0%), гіпертензія (30,0%).

Частота передчасних пологів при багатоплідній вагітності становила 32,0%, що набагато перевищує середньо-статистичний показник. Серед основних причин не доношування можна виділити дві основні: передчасний розрив плодкових оболонок (60,0%) і активна пологова діяльність, невідатлива медикаментозній корекції (40,0%).

Під час оцінювання ефективності використання основних лікувально-профілактичних заходів слід зазначити комплексну токолітичну і зберігаючу терапію з недостатньою ефективністю.

Під час аналізу способу розродження слід зазначити значну частоту 32,0% абдомінального розродження. При передчасних пологах (16 випадків з 50) частота кесарева розтину становила 25,0% (4 випадки з 16). У структурі свідчень частіше за інші зустрічалися:

- вік первородящої понад 30 років,
- обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез,
- лікування безплідності за допомогою допоміжних репродуктивних технологій (48,0%),
- неефективне лікування прееклампсії середнього ступеня тяжкості (32,0%).

В останніх 20,0% мали місце неефективне лікування аномалій пологової діяльності, екстрагенітальна патологія, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, прогресуюча міопія високого ступеня і периферична дегенерація сітківки. Кесарів розтин при передчасних пологах було виконано з приводу неефективного лікування прееклампсії середнього ступеня тяжкості (2 з 4 – 50,0%); передчасного відшарування нормально розташованої плаценти (1 з 4 – 25,0%) і випадання ніжки першого плода (1 з 4 – 25,0%).

Значний інтерес представляють дані про перинатальні результати розродження. Так, згідно з отриманими результатами, за вказаний період були 2 (40,0%) випадки антенатальної загибелі плода (в обох випадках другого плода). Двоє (40,0%) дітей загинули у ранній неонатальний період (обидва плода з двійнят). Одна дитина (20,0%) померла на 9-у добу (друга з двійнят). Сумарні перинатальні втрати становили 80,0%. Показовим є той факт, що всі випадки перинатальних втрат при багатоплідній вагітності були при передчасному розродженні.

### ВИСНОВКИ

Отже, як свідчать результати проведених досліджень, багатоплідна вагітність є чинником ризику недоношування з високою частотою перинатальних втрат. У зв'язку з недостатньою ефективністю загальноприйнятих прогностичних і лікувально-профілактичних заходів наші дослідження надалі будуть продовжені в аспекті удосконалення використовуваних методик.

### Особенности преждевременных родов при разных вариантах многоплодной беременности.

**О.В. Мельник**

Целью настоящей научной работы является изучение основных особенностей преждевременных родов при многоплодной беременности. Был проведен клинический анализ 50 историй родов у женщин с многоплодной беременностью. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что многоплодная беременность является фактором риска недоношивания с высокой частотой перинатальных потерь. В связи с недостаточной эффективностью общепринятых прогностических и лечебно-профилактических мероприятий наши исследования в дальнейшем будут продолжены в аспекте усовершенствования используемых методик.

**Ключевые слова:** многоплодная беременность, преждевременные роды.

### Features of premature births at various options of polycarpous pregnancy

**O. V. Melnik**

The purpose of the real scientific work is studying of the main features of premature births at polycarpous pregnancy. The clinical analysis of 50 stories of labors at women with polycarpous pregnancy was carried out. Results of the conducted researches testify that polycarpous pregnancy is risk factor of not wearing out with high frequency perinatal losses. Due to the insufficient efficiency of the standard prognostic and treatment-and-prophylactic actions, our researches will be continued further in aspect of improvement of used techniques.

**Key words:** polycarpous pregnancy, premature births.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Егорова О.А. Течение беременности и родов у женщин с многоплодием // Вестник Росс. Асоц. акушеров-гинекологов. – 2011 – № 1. – С. 34–35.
2. Степанківська Г.К., Тимошенко Л.В., Михайленко О.Т. Довідник з акушерства і гінекології. – К.: Здоров'я, 1997. – 520 с.
3. Федорова М.В., Смирнова В.С. Современное представление о многоплодной беременности // Вестник акушерства и гинекологии. – 2008. – № 1. – С. 38–43.
4. Фролова О.Г., Глиняная С.И., Ильичева И.А. Многоплодная беременность: вопросы методологии и эпидемиологии // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 2. – С. 3–5.
5. Фукс М.А., Маркин Л.Б. Многоплодная беременность. – К.: Здоровье., 2010. – 67 с.
6. Al-Kouatly H.B., Skupski D.W. Twin pregnancy // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. – 2009. – Vol. 11. – P. 125–129.
7. Angel J., Kalter C., Morales W. Aggressive perinatal care for high-order multiple gestations: Does good perinatal outcome justify aggressive assisted reproductive techniques? // Amer. J. Obstet. Gynecol. – 2009. – Vol. 181. – P. 253–259.

## Перинатальні результати розродження при аномально розташованій плаценті після допоміжних репродуктивних технологій

Я.А. Рубан

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

Результати проведених досліджень свідчать, що антенатальне порушення стану плода у жінок з передлежанням плаценти та її міграцією після допоміжних репродуктивних технологій є визначальним у неонатальній патології і виникненні ускладнень пологового процесу, що на тлі хронічного страждання плода посилює його стан і призводить до значної частоти народження хворих дітей або інтранатальної їхньої загибелі. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення тактики ведення вагітності і розродження жінок з аномальним розташуванням плаценти після допоміжних репродуктивних технологій.

**Ключові слова:** аномальне розташування плаценти, перинатальні результати, допоміжні репродуктивні технології.

Однією з основних проблем сучасного акушерства є розробка ефективних заходів профілактики перинатальної смертності. Серед причин, що впливають на підвищення цих інтегральних показників, слід зазначити аномальне розташування плаценти (АРП), тобто локалізацію її в ділянці нижнього сегмента матки, частково або повністю нижче передлежачої частини плода [1–3].

У перинатології дана проблема представляє інтерес з позицій затримки внутрішньоутробного розвитку плода і передчасного переривання вагітності [1, 2]. Проте багато питань етіології, патогенезу, перебігу вагітності і пологів, стан плода і новонародженого при АРП, особливо після допоміжних репродуктивних технологій, залишаються до сьогодні остаточно не вивченими.

**Мета дослідження:** аналіз перинатальних результатів розродження при АРП.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проспективно спостерігалися 148 жінок (основна група) з аномальним розташуванням плаценти (АРП) після допоміжних репродуктивних технологій. Низька плацентация виявлена при ультразвуковому дослідженні (УЗД) у терміні 14–16 тиж вагітності. Згідно з класифікацією аномалій плацентации і варіантів міграції плаценти, критерієм

включення пацієнток в основну групу було розташування плаценти (у 14–16 тиж) на відстані менше 2 см від внутрішнього зіву шийки матки.

У контрольну групу увійшли 60 практично здорових вагітних з нормальною плацентациєю.

З 16-го тижня вагітності здійснювали УЗ-контроль процесу міграції з оцінюванням положення і відстані нижнього полюса плаценти щодо внутрішнього зіву. Отримавши різноманітність фізичних і функціональних параметрів процесу міграції і плацентации, а також клінічних характеристик обстежуваних пацієнток, нам представилося доцільним поділ варіантів міграції плацентации щодо внутрішнього зіву шийки матки.

Були виділені наступні підгрупи:

- 1-а підгрупа – 29 (19,6%) пацієнток з повним і неповним передлежанням плаценти; процес міграції був відсутній;
- 2-а підгрупа – 55 (37,2%) жінок з низьким розташуванням плаценти у результаті неповної (незавершеної) міграції (нижній край плаценти нижче 5 см від внутрішнього зіву);
- 3-я підгрупа – 64 (43,2%) вагітні, у яких в результаті повної (завершеної) міграції плацента перемістилася у верхні відділи матки (нижній край плаценти на 5 см вищий за внутрішній зів).

Вік вагітних основної і контрольної групи коливався від 16 до 40 років. Більшість пацієнток основної групи ( $p < 0,01$ ) були у віці від 26 до 35 років (62,1%), контрольної – від 20 до 25 років (55,0%). Середній вік в контрольній групі становив  $23,8 \pm 3,9$  року, в основній –  $29,4 \pm 6,6$  року.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що в 47,3% вагітних з АРП пологи були мимовільними; операції кесарева розтину виконано у 52,7% пацієнток:

- у всіх 29 пацієнток при передлежанні,
- у 32 із 55 (58,2%) – з низькою плацентациєю,
- у 17 із 64 (26,6%) – з мігруючою плацентою.

Отже, більш ніж у половини жінок основної групи пологи були оперативними ( $p < 0,001$ ). Звертає увагу частота ( $p < 0,001$ ) операцій кесарева розтину в групі жінок з передлежанням плаценти і серед вагітних з неповною міграцією (низькою локалізацією) плаценти.

Своєчасних пологів у пацієнток з аномаліями плацентации було 74,3%, передчасних – 25,7%. Найбільша частота ( $p < 0,001$ ) передчасних пологів серед пацієнток з передлежанням плаценти – у 12 (41,4%) і низьким її розташуванням – у 18 (32,7%). Передчасні пологи у жінок з повною міграцією плаценти спостерігалися у 8 (12,5%) випадках ( $p < 0,01$ ).

Зважаючи на високу частоту передчасних пологів в основній групі досліджуваних гестаційний вік до моменту народження коливався від 28 до 40 тиж вагітності. Живих дітей народилося 146 (98,6%), мертвих – 2 (1,35%). Доношених було 110 (75,3%) новонароджених, недоношених – 36 (24,7%). Найбільший відсоток недоношених дітей ( $p < 0,05$ ) зустрічався у пацієнток з передлежанням і низьким розташуванням плаценти – 39,3% і 31,5% відповідно, що пояснюється найбільш високою частотою передчасних пологів у даних групах.

Масово-зростові показники новонароджених від матерів з низьким розташуванням плаценти ( $p < 0,05$ ) достовірно нижче, ніж у контрольній групі. Середня маса доношених дітей при мігруючій плаценті була вища, ніж при низькому розташуванні і передлежанні плаценти, але нижче за показники контролю. Це закономірно і відображає високу частоту передчасних пологів і затримки розвитку плода (ЗРП) у вагітних даних груп. Подібна закономірність простежується і в недоношених новонароджених.

Мертвонародження спостерігали лише у жінок з передлежанням плаценти і низьким її розташуванням. У цих двох жінок пологи були передчасними (28–33 тиж вагітності); інтранатально померлі діти мали ЗРП. Причиною смерті плодів були недоношеність, незрілість, гостра асфіксія. Інтранатальна смертність становила 13,5%.

У контрольній групі всі 60 новонароджених були доношеними, мали задовільний стан з оцінкою за шкалою Апгар 8–9 балів.

У пацієнток основної групи в асфіксії легкого ступеня (6–7 балів) народилися 68 (46,6%) новонароджених, середнього ступеня – 19 (13,0%) дітей і важкого – 10 (6,8%). Важкий і середній ступінь асфіксії спостерігали у дітей від матерів з передлежанням і низьким розташуванням плаценти. У новонароджених від матерів із завершеною міграцією плаценти асфіксії важкого ступеня не було. При міграції плаценти асфіксія середнього ступеня зустрічалася лише у 2 (3,1%) дітей. У задовільному стані з оцінкою за шкалою Апгар 8–9 балів народилися всього 5 (17,9%) новонароджених у жінок з передлежанням плаценти, 12 (22,2%) – у пацієнток з низьким її розташуванням і 32 (50,0%) дитини за наявності в матері повної міграції плаценти ( $p < 0,001$ ).

Отже, передлежання плаценти і низька плацентация після допоміжних репродуктивних технологій є найменш сприятливими варіантами розташування плаценти у плані народження дітей з нижньою оцінкою за шкалою Апгар. Необхідно відзначити, що  $50,0 \pm 5,3\%$  новонароджених у жінок із завершеною міграцією плаценти також знаходилися в стані асфіксії, при цьому у  $46,9 \pm 5,2\%$  з них була асфіксія легкого ступеня (6–7 балів).

Із 146 новонароджених захворювання відзначені у 75 (50,7%) дітей. У групі спостережуваних з передлежанням плаценти відхилення виявлені у 23 (79,3%) новонароджених, з низьким розташуванням плаценти – у 36 (65,5%), при повній міграції – у 16 (25,0%) новонароджених. Кількість ускладнень на одну дитину в основній групі спостережуваних становила 1,56, а в контрольній групі всі новонароджені були здорові. Максимальне число захворювань у дітей (1,81 на одну дитину) виявлене у 2-й підгрупі, менша кількість здорових новонароджених (20,7%) була у 1-й підгрупі.

Тяжка патологія виявлена у дітей пацієнток з низьким розташуванням плаценти ( $p < 0,05$ ):

- перинатальні ушкодження ЦНС – 72,2%,
- внутрішньоутробна гіпотрофія – 41,7%,
- внутрішньоутробне інфікування – 16,7%,
- синдром дихальних розладів (СДР) – 11,1%,
- вроджені вади розвитку (ВПР) плода – 5,6%.

Концентрація тяжкої патології і кількість хворих новонароджених в обстежуваних свідчать про найменш сприятливі умови для розвитку плода при незавершеному процесі міграції/низькому положенні плаценти у матці.

У підгрупі спостережуваних із завершеною міграцією плаценти більшою була частота дітей, що народилися здоровими, – 48 (75%) і меншою – кількість захворювань (1,25) на одного новонародженого. У 3-й підгрупі не було немовлят із СДР і достовірно меншим ( $p < 0,05$ ) було число випадків ЗРП – 37,5% порівняно з показниками основної (32,0%), 1-ї підгрупи (21,7%) та 2-ї підгрупи (41,7%). Статистично достовірно менші показники ( $p < 0,05$ ) захворюваності новонароджених виявлені при зіставленні жінок 3-ї і 2-ї підгруп: відповідно відсоток гіпоксично-ішемічних ушкоджень ЦНС – 50,0% і 72,2%, ВУІ – 6,3% і 16,7%. Проте, не дивлячись на реалізацію повної міграції і поліпшення умов розвитку плода, наголошується значна кількість (18,8%) новонароджених з аспіраційним синдромом ( $p < 0,01$ ), що свідчить про несприятливий перебіг пологів.

Перше місце у структурі захворюваності новонароджених посідають порушення з боку ЦНС (68,0%), перебіг раннього адаптаційного періоду (зниження рухової активності, млявість, зниження маси тіла більш ніж на 8% від початкової), що виражається відхиленнями, синдромом м'язової дистонії, гіперзбудливості або пригнічення ЦНС. Неврологічна симптоматика, зумовлена внутрішньоутробною гіпоксією, достовірно частіше спостерігалася ( $p < 0,05$ ) у новонароджених 2-ї підгрупи (72,2%).

Враховуючи, що при скринінг-УЗ-біометрії з високою частотою діагностували ЗРП, проведений аналіз отриманих результатів. Більшість новонароджених основної групи із ЗРП і масою тіла у межах 10–3 перцентилей народилися при на 37 тижні гестації. Ознаки тяжкої ЗРП (<3 перцентилей) відзначені переважно у недоношених дітей – у 3,6%, 9,3% і 1,6% випадках (у 1-й, 2-й і 3-й підгрупах відповідно).

ЗРП виявлена у 24 (32,0%) дітей від матерів основної групи, з них у 15 (41,7%) новонароджених ( $p < 0,05$ ) матері спостерігалися з приводу низької плацентации. Слід зазначити, що у 2-й підгрупі у 3,7% новонароджених констатували ЗРП III ступеня при доношеній вагітності (маса тіла <3 перцентилей), що збіглося із загостренням хронічної інфекції сечовидільної системи і гострою респіраторною вірусною інфекцією матері у II–III триместрах гестації. Аналіз вихідного спектра збудників під час вагітності показав наявність у даних пацієнток поєднаної інфекції (ВПГ II, ЦМВ і уреаплазми).

З метою ретроспективного оцінювання часу розвитку плацентарної дисфункції (ПД) і, відповідно, тривалості внутрішньоутробного страждання плода, разом з абсолютними значеннями, використовувалися спеціальні оцінні індекси масово-зростових співвідношення. Під час оцінювання перинатальних результатів виконано розрахунок пондерального індексу (ПІ), який обчислювали за формулою:  $ПІ = ((\text{Маса тіла, г}) / (\text{довжина, см})^3) \times 100$ .

При ранньому розвитку ПД у плода виявляється пропорційний розвиток на тлі низької маси тіла і показники ПІ, як правило, не відрізняються від норми (2,2–2,8). При пізньому розвитку ПД спостерігається значніше відставання ступеня надбавки маси тіла порівняно із зростом, індекс має низькі значення.

Згідно з отриманими даними, зниження ПІ спостерігається у 10,7%, 16,7% і 4,7% випадках (відповідно за підгрупами). Водночас зниження ПІ при масі тіла від 10 до 3 перцентилей зафіксовано в 3,6%, 9,3% і 1,6% спостережень, а <3 перцентилей – в 3,6%, 5,6% і 1,6% випадках. Достовірно частіше ( $p < 0,05$ ) у всіх групах при ЗРП виявлено нормальні показники і симетрична форма. Значення ПІ масово-зростових співвідношень новонароджених були достовірно нижче нормативних (<2,2) у тих з них, матері яких спостерігалися з приводу низької плацентации ( $p < 0,05$ ). Це свідчить про наявність аси-

метричної форми гіпотрофії і негативний вплив патологічних чинників на плід на останніх етапах гестації. У пацієнток 2-ї підгрупи під час гестаційного періоду виявлена найбільша частота функціональних порушень з боку фетоплацентарного комплексу (ФПК).

В основній групі жінок із 75 хворих дітей у 10 (13,2%) діагностовано внутрішньоутробне інфікування (ВУІ): генералізована герпетична інфекція (3 дитини) і внутрішньоутробна пневмонія (7 дітей). Достовірно велика частка ВУІ ( $p < 0,05$ ) відзначена серед новонароджених у пацієнток, що спостерігалися з приводу низької плацентациї: 1 – 13,0%, 2 – 16,7% і 3 – 6,3%. У всіх дітей, яким при народженні був встановлений діагноз ВУІ, виконано дослідження сироватки крові методом полімеразноцепної реакції (ПЦР), посівів мазків з трахеї, зіва, анусу. Виявлено, що серед збудників на першому місці за частотою знаходиться ВПГ І, II типів як в ізольованому вигляді, так і у варіанті поєднаної інфекції: ЦМВ, мікоплазма, гриби роду *Candida*, хламідії і ентерокок.

Аналіз захворюваності новонароджених продемонстрував, що збудники інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) визначають генералізовану ВУІ (внутрішньоутробну пневмонію і інші форми). Супутніми захворюваннями у 10 новонароджених з ВУІ були: менінгоенцефаліт, менінгіт, ішемічне ушкодження ЦНС, міокардит, кон'юнктивіт, асфіксія, пневмонія. ВУІ, викликана ентерококком, свідчила про ішемічне ушкодження ЦНС.

При обстеженні під час вагітності пацієнток з атипичним розташуванням плаценти на наявність інфекції у 10 (діти з ВУІ) було виявлено:

- ЦМВ, ВПГ І;
- хламідії, мікоплазма, уреаплазма, ВПГ І і II;
- уреаплазма, ВПГ II, ЦМВ;
- уреаплазма, хламідії, гриби роду *Candida*;
- гриби роду «*Candida*»;
- гарднерелла і кишкова паличка.

Отже, у всіх жінок, які народили дітей з ВУІ, під час вагітності виявлені ІПСШ. У 9 з 10 новонароджених з ознаками ВУІ збудниками захворювань були ІПСШ.

Під час вивчення даних справжньої вагітності у спостережуваних (10 випадків ВУІ) привертає увагу високий інфекційний індекс: загострення хронічного пієлонефриту, циститу, тонзиліту; ОРВІ; дисбіоз піхви. Під час порівняльного аналізу залежності проявів інфекції у новонароджених від часу загострення інфекції в матері виявлено, що у вагітних, що мали рецидив у III триместрі (4 спостереження), прояви внутрішньоутробної інфекції реалізовувалися зазвичай у перші 3 дні раннього неонатального періоду ( $r=0,89$ ) і характеризувалися яскравою клінічною симптоматикою. Активізація інфекції у I–II триместрах гестації (6 спостережень) поєднувалася з високою частотою розвитку симптомів дизадаптації новонародженого щодо позаутробних умов існування ( $r=0,72$ ), пізнішим проявом інфекції при тривалому, уповільненому її перебігу.

## ВИСНОВКИ

Отже, антенатальне порушення стану плода у жінок з передлежанням плаценти та її міграцією після допоміжних репродуктивних технологій є визначальним у неонатальній патології і виникненні ускладнень пологового процесу, що на тлі хронічного

страждання плода посилює його стан і призводить до значної частоти народження хворих дітей або інтранатальної їхньої загибелі. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення тактики ведення вагітності і розродження жінок з аномальним розташуванням плаценти після допоміжних репродуктивних технологій.

## Перинатальные исходы родоразрешения при аномально расположенной плаценте после вспомогательных репродуктивных технологий Я.А. Рубан

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что антенатальное нарушение состояния плода у женщин с предлежанием плаценты и ее миграцией после вспомогательных репродуктивных технологий является определяющим в неонатальной патологии и возникновении осложнений родового процесса, что на фоне хронического страдания плода усугубляет его состояние и приводит к значительной частоте рождения больных детей или интранатальной их гибели. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке тактики ведения беременности и родоразрешения женщин с аномальным расположением плаценты после вспомогательных репродуктивных технологий.

**Ключевые слова:** аномальное расположение плаценты, перинатальные исходы, вспомогательные репродуктивные технологии.

## Perinatal outcomes of delivery at it is abnormal the located placenta after auxiliary genesial technologies Ya.A. Ruban

Results of the spent researches testify that antenatal infringement of a condition of a fruit at women with prelying of a placenta and its migration after auxiliary genesial technologies is defining in neonatal pathology and occurrence of complications of patrimonial process that against chronic suffering of born aggravates its condition and leads to considerable frequency of birth of sick children or intranatal to their destruction. The received results are necessary for considering by working out of tactics of conducting pregnancy and delivery women with an abnormal arrangement of placenta after auxiliary genesial technologies.

**Key words:** an abnormal arrangement of placenta, perinatal outcomes, auxiliary genesial technologies.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Безнощенко Г.Б. Организация скрининга в перинатальном периоде у женщин с низким прикреплением плаценты // Омский научный вестник. – 2014. – № 3. – С. 164–165.
2. Медяникова И.В. Особенности течения беременности и родов при аномалиях плацентации // Вестник Кузбасского научного центра: Материалы X научно-практической конференции «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии». – Кемерово, 2017. – № 4. – С. 86–89.
3. Тимофеева И.В. Факторы риска возникновения аномального расположения плаценты // Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы гинекологической эндокринологии и репродуктивное здоровье»: Тезисы докладов. – Омск, 2015. – С. 59–62.

## Тактика ведення вагітних з утвореннями яєчників

**А.В. Бойко**

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Клінічний перебіг вагітності у жінок з доброякісними пухлинами та пухлино-подібними новоутвореннями яєчників характеризується високою частотою загрози переривання у I та II триместрах (49,7% і 50,8% відповідно). Рівень інших ускладнень залежить від тактики ведення, причому він значно вище у разі відмови жінок від оперативного лікування та їх консервативному веденні: плацентарна дисфункція (44,0% та 16,2%); дистрес плода (30,0% та 6,7%); розродження шляхом операції кесарева розтину (33,3% та 10,8%) та порушення постнатальної адаптації новонароджених (9,5% та 6,8%). Удосконалений та впроваджений алгоритм ведення жінок з доброякісними пухлинами та пухлиноподібними новоутвореннями яєчників дозволяє покращити акушерські та перинатальні наслідки розродження жінок групи високого ризику.

**Ключові слова:** утворення яєчників, вагітність, тактика ведення.

Проблема діагностики і лікування пухлин і пухлиноподібних утворень яєчників складна і надзвичайно актуальна, оскільки ця патологія є такою, що часто зустрічається в гінекологічній практиці і посідає 2 місце серед новоутворень репродуктивної системи жінок [1–4]. Незважаючи на значне число наукових публікацій у даному напрямі, не можна вважати всі питання повністю вирішеними. Одним з таких, на нашу думку, є поєднання новоутворень яєчників з вагітністю, і розвиток у цих жінок акушерських і перинатальних ускладнень. За даними сучасної літератури, під час вагітності доброякісні серозні пухлини зустрічаються в 21% випадків серед всіх пухлин яєчників, а муцинозні – відповідно в 22% [5–7]. На думку цих же авторів, найчастіше під час гестаційного періоду виявляють дермоїдні кісти (зрілі тератоми).

Не викликає сумнівів той факт, що поєднання вагітності і доброякісних пухлин яєчників (ДПЯ) та пухлиноподібних утворень яєчників (ПУЯ) підвищує ризик розвитку таких ускладнень, як порушення кровопостачання і перекут ніжки пухлини, розрив її капсули тощо. Абсолютно окремим самостійним питанням є розвиток акушерських і перинатальних ускладнень у жінок цієї групи, а також можлива тактика розродження. У вітчизняній і зарубіжній літературі це питання є практично не висвітленим, а поодинокі публікації носять несистематизований, фрагментарний характер і не дозволяють адекватно вирішувати всі виникаючі питання. На наш погляд, усе викладене вище є достатнім обґрунтуванням актуальності вибраного наукового завдання.

**Мета дослідження:** оптимізація діагностики та тактики ведення вагітності у жінок з ДПЯ та ПУЯ шляхом удосконалення діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для оцінювання морфофункціонального стану фетоплацентарної системи у вагітних після оперативного втручання з приводу доброякісних пухлин (ДПЯ) і пухлиноподібних утворень яєчника (ПУЯ) і без нього, було обстежено 129 пацієнток у різні терміни вагітності, яких було госпіталізовано в акушерсько-гінекологічні відділення м. Суми, що є клінічними базами кафедри акушерства і гінекології медичного інституту Сумського державного університету МОН України. Було проведено відкрите, контрольоване, загальне, когортне дослідження. Відповідно до мети і завдань були сформовані три клінічних групи:

1-а група (основна) – 74 вагітних з ДПЯ і ПУЯ щодо яких було здійснено оперативне лікування, з них у 27 вагітних, перебіг вагітності і пологів яких було відстежено ретроспективно.

2-а група (порівняння) – 30 вагітних з ДПЯ і ПУЯ, в яких оперативне лікування не проводили, з них 5 (16,7%) випадків – це вперше виявлені ДПЯ та ПУЯ під час кесарева розтину.

3-я група (контрольна) – 25 пацієнток з вагітністю, що перебігає фізіологічно, у яких не виявлено ДПЯ та ПУЯ.

Усі жінки були репродуктивного віку від 18 до 38 років. Середній вік у групах становив відповідно:

- у 1-й групі –  $26,94 \pm 0,56$  року;
- у 2-й групі –  $26,44 \pm 0,85$  року;
- у 3-й групі –  $26,77 \pm 0,76$  року.

Тобто пацієнтки досліджувані групи були співставні за віком, у більшості з них мали відбутися перші пологи. У 1-й групі – 59,4%, у 2-й групі – 73,3%, у 3-й групі – 72,0% відповідно.

**Критерії включення в основну групу:**

- наявність одноплідної вагітності;
- виявлення яєчникового утворення доброякісної природи;
- інформована згода пацієнтки на оперативне видалення яєчникового утворення.

**Критерії виключення:**

- наявність багатоплідної вагітності;
- синдром гіперстимульованих яєчників у поєднанні з вагітністю;
- відмова від оперативного втручання; наявність раку яєчника.

## Етапи дослідження

I етап – формування груп дослідження.

II етап – комплексна діагностика ДПЯ та ПУЯ із встановленням завершально-го діагнозу.

III етап – комплексне оцінювання морфофункціонального стану фетоплацентарної системи:

- ультразвукове дослідження (УЗД);
- доплерометрія маткових судин, артерії пуповини;
- визначення гормонів плаценти;
- гістологічне і стереоморфометричне дослідження плацент.

IV етап – математична обробка даних.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що у жінок з діагностованими під час вагітності доброякісними пухлинами та пухлиноподібними утвореннями яєчників в анамнезі ця патологія мала місце у 65,7%, причому у 33,3% випадків було проведено оперативне лікування, а у 32,4% – консервативне. Частота діагностики при постановці на облік з приводу вагітності становить 64,9%.

Інформативність діагностики доброякісних пухлин та пухлиноподібних утворень яєчників при визначенні рівня СА-125 становить 90,0%, а під час оцінювання клінічних проявів (больовий синдром) та ультразвукового дослідження – 93,7% відповідно.

Під час оперативного лікування доброякісних пухлин та пухлиноподібних утворень яєчників основним методом є лапароскопія – 85,1%. Лапаротомічне лікування проводиться у 14,9% випадках з приводу великих розмірів новоутворень (від 9 до 15 см) та діагностики цієї патології від 22 до 26 тиж вагітності.

Під час аналізу термінів оперативного лікування основна частина жінок (77,2%) була прооперована з приводу доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень яєчників у II триместрі вагітності; 13,3% – у III триместрі і тільки 9,5% – у I триместрі гестації.

Консервативне ведення вагітних з доброякісними пухлинами та пухлиноподібними новоутвореннями яєчників можливо тільки за наявності ультразвукових ознак кіст жовтого тіла та нормальним рівнем СА-125.

Основним обсягом хірургічного втручання у вагітних з доброякісними пухлинами та пухлиноподібними новоутвореннями яєчників є одностороння цистектомія (90,0%); у 3,3% випадках проводиться двостороння; у 3,3% – додаткова коагуляція та у 3,3% – каутеризація контрлатерального яєчника.

Під час морфологічного аналізу видалених доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень яєчників встановлена наступна структура:

- серозна цистаденома 18,2%;
- зріла тератома 16,9%;
- кіста жовтого тіла 13,0%;
- проста кіста яєчника 11,7%;
- муцинозна цистаденома 10,4%;
- ендометріодна кіста 9,1%;
- межова пухлина 9,1%;
- параоваріальна кіста 6,5%;
- фолікулярна кіста 2,6%;
- диморфна серозно-муцинозна кіста 1,4%;
- пухлина строми статевого тяжа 1,4%.

Клінічний перебіг вагітності у жінок з доброякісними пухлинами та пухлиноподібними новоутвореннями яєчників характеризується високою частотою загрози переривання в I та II триместрах (49,7% і 50,8% відповідно). Рівень інших ускладнень залежить від тактики ведення, причому він значно вище при відмові жінок від оперативного лікування та їх консервативному веденні:

- плацентарна дисфункція (44,0% та 16,2%);
- дистрес плода (30,0% та 6,7%);

- розродження шляхом операції кесарева розтину (33,3% та 10,8%);
- порушення постнатальної адаптації новонароджених (9,5% та 6,8% відповідно).

Отримані результати дозволяють рекомендувати для практичної охорони здоров'я наступні моменти:

- 1) для оптимізації діагностики доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень яєчників необхідно враховувати анамнестичні дані, результати клінічних та додаткових методів обстеження (ультразвукове обстеження та визначення рівня СА-125);
- 2) терміни оперативного втручання залежать від якості діагностики, клінічного перебігу вагітності, причому оптимальним методом хірургічного лікування є лапароскопія у терміні до 22 тиж. При великих розмірах (більше 9 см) та після 22 тиж перевагу треба віддавати лапаротомії;
- 3) консервативне ведення вагітних можливо тільки за наявності ехографічних ознак кісти жовтого тіла та позитивній клінічній динаміці;
- 4) тактика ведення вагітності після оперативного лікування доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень яєчників не має специфічних особливостей та визначається загальними факторами перинатального ризику.

### ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про високу актуальність наукової задачі щодо тактики ведення вагітних з доброякісними пухлинами та пухлиноподібними новоутвореннями яєчників. Удосконалений та впроваджений алгоритм ведення цих жінок дозволяє покращити акушерські та перинатальні наслідки розродження жінок групи високого ризику.

### Тактика ведення беременных с образованиями яичников А.В. Бойко

Клиническое течение беременности у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников характеризуется высокой частотой угрозы прерывания в I и II триместрах (49,7% и 50,8% соответственно). Уровень остальных осложнений зависит от тактики ведения, причем он значительно выше при отказе женщин от оперативного лечения и их консервативном ведении: плацентарная дисфункция (44,0% и 16,2%); дистресс плода (30,0% и 6,7%); родоразрешение путем кесарева сечения (33,3% и 10,8%) и нарушения постнатальной адаптации новорожденных (9,5% и 6,8% соответственно). Усовершенствованный и внедренный алгоритм ведения женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников позволяет улучшить акушерские и перинатальные исходы родоразрешения женщин группы высокого риска.

**Ключевые слова:** образования яичников, беременность, тактика ведения.

### Tactics of maintaining pregnant women with formations of ovaries A. V. Boyko

The clinical course of pregnancy at women with benign tumors and tumorous formations of ovaries is characterized by the high frequency of threat of discontinuing in I (49,7%) that II trimesters (50,8%). Level of other complications depends on maintaining tactics, and it considerably vichy at refusal of women of expeditious treatment and

their conservative maintaining: placental dysfunction (44,0% and 16,2%); fetus distress (30,0% and 6,7%); delivery by operation of cesarean section (33,3% and 10,8%) and disturbances of post-natal adaptation of newborns (9,5% and 6,8% respectively). The improved and introduced algorithm of maintaining women with benign tumors and tumorous formations of ovaries allows to improve obstetric and perinatal outcomes of delivery of women of group of high risk.

**Key words:** formations of ovaries, pregnancy, maintaining tactics.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Левашова И.И., 2016. Акушерская тактика при сочетании беременности с опухолями яичников // Материалы 1X Российского форума «Мать и дитя»: Москва: 80-81.
2. Логотова Л.С., 2016. Беременность и опухоли яичников // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов : 3 : 14-17.
3. Мананикова Т.Н., 2016. Проблемы репродукции при сочетании беременности с опухолями яичников // Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья женщин. – Москва, Academia : 139-141.
4. Островерха М.Р., 2013. Диагностика и лечение доброкачественных опухолей яичников при беременности // Актуальные проблемы акушерства и гинекологии, клинической иммунологии та медичної генетики: Зб. наук. праць: вип. 19: Київ-Луганськ: 132-135.
5. Островерха М.Р., 2013. Тактика ведения вагітності у жінок із доброякісними пухлинами яєчників // Зб. наук. праць співробітників КМАПО ім. П.Л.Шупика : вип. 22 : кн. 3 : 68-72.
6. Попов А.А., 2016. Лапароскопия в акушерстве // Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: М. : 33-34.
7. Романенко Т.Г., Островерха М.Р., 2014. Профилактика акушерских и перинатальных осложнений у женщин, прооперированных по поводу доброкачественных кист яичников во время беременности // Здоровье женщины : 2 : 47-50.

УДК 618.36/5:618.17-085.357-035.1:615.256.3

## Стан фетоплацентарного комплексу та перебіг пологів після застосування гормональної контрацепції перед вагітністю

**О.А. Лубковська**

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

Як відомо, порушення, які виникають у фетоплацентарному комплексі, можуть призвести до таких негативних наслідків як дистрес плода, затримка його розвитку та інших ускладнень під час вагітності та пологів, що у подальшому негативно відобразиться на повноцінному розвитку дитини. До факторів ризику, які можуть вплинути на нормальне функціонування фетоплацентарного комплексу, відносять використання до вагітності різних методів контрацепції. Тому під час дослідження було проаналізовано перебіг вагітності, пологів та стан новонароджених у жінок, які використовували гормональну контрацепцію перед тим, як завагітніти, а також було зроблено порівняння частоти виникнення різних ускладнень у цих жінок з жінками, які не використовували до вагітності жодних із методів контрацепції. Отримані дані продемонстрували, що частота виникнення ускладнень під час вагітності та пологів не відрізнялася між жінками, які входили до різних груп.

**Ключові слова:** фетоплацентарний комплекс, гормональна контрацепція, плацентарна дисфункція, затримка розвитку плода, передчасне дозрівання плаценти.

Нормальний перебіг вагітності характеризується повноцінним внутрішньоутробним розвитком плода. Внутрішньоутробний розвиток плода залежить від стану фетоплацентарного комплексу та повноцінної реалізації його функцій, а саме:

- дихальної,
- трофічної,
- ендокринної,
- бар'єрно-імунологічної [1, 5, 8].

На сьогодні існує низка факторів, які негативно впливають на стан фетоплацентарного комплексу, у результаті чого відбуваються патологічні зміни у системі мати–плацента–плід, які призводять до порушення кровопостачання між матір'ю та плодом. Враховуючи велику частоту використання гормональної контрацепції та бажання жінки мати нормальний перебіг вагітності та стан новонародженого, існує необхідність вивчити вплив контрацепції на стан фетоплацентарного комплексу.

У разі достатньої циркуляції крові плацента забезпечує плід киснем, необхідними мікроелементами, гормонами, ферментами та іншими речовинами, які потрібні для повноцінного фетогенезу. У разі неадекватного кровопостачання відбуваються порушення у стані плода, а саме – затримка його розвитку, підвищується ризик невиношування вагітності, а також виникають аномалії пологової діяльності [2, 6, 7, 10].

Такі ускладнення, які виникають під час вагітності та пологів, згодом ведуть до фізичного та розумового неповноцінного розвитку дитини, до появи частих нерво-психічних, інфекційних та соматичних захворювань [1].

До основних чинників, які найбільш часто відіграють негативну роль у порушенні стану фетоплацентарного комплексу, належать ускладнення під час попередньої вагітності, наявність на сьогодні соматичних та інфекційних захворювань, низький рівень соціального і культурного розвитку жінки, несприятливі фактори навколишнього середовища та шкідливі звички, постійні стреси, ранній початок статевого життя, велика кількість партнерів, а також використання різних методів контрацепції [1, 4, 7, 9].

Одним із найбільш частих методів контрацепції, які застосовували пацієнтам, є гормональна, яка є найбільш ефективним методом запобігання вагітності [3, 4]. Тому перед науковцями постало завдання вивчити вплив саме цього методу контрацепції на перебіг вагітності, пологів та стан новонароджених.

**Мета дослідження:** оцінювання впливу гормональної контрацепції на стан фетоплацентарного комплексу та підвищення ефективності методів діагностики порушень стану фетоплацентарного комплексу у жінок, які використовували гормональну контрацепцію перед вагітністю.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Враховуючи поставлену мету дослідження було проаналізовано перебіг вагітності та пологів у 70 жінок. Також у цих жінок було проаналізовано стан новонароджених. Усіх жінок, які брали участь у дослідженні, було розподілено на дві групи:

I (контрольна) група – 35 жінок, які перед вагітністю не використовували гормональну контрацепцію.

II група – 35 жінок, які використовували перед вагітністю гормональну контрацепцію.

Потрібно зазначити, що жінки, які увійшли у II групу, використовували монофазні низькодозовані контрацептиви.

Усі жінки, які взяли участь у дослідженні, були без генітальної та екстрагенітальної патології, взяті на облік до 12 тиж. вагітності. Під час дослідження був зібраний анамнез з приводу соматичних, інфекційних та гінекологічних захворювань, велику увагу приділяли акушерському анамнезу щодо перебігу попередніх вагітностей. Також у різні терміни гестації проводили ультразвукове (УЗД), доплерометричне дослідження та кадіотокографічне обстеження (КТГ). Після народження дитини вираховували плацентарно-плодовий індекс. Плацента віддавалася на патогістологічне дослідження. Усі результати були статистично оброблені у програмному середовищі MS Excel.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз перебігу I половини вагітності у двох групах свідчить, що ранній токсикоз та загрозовий аборт зустрічалися в однаковій кількості і становив 8,6% ( $p < 0,05$ ).

Перебіг другої половини вагітності між двома досліджуваними групами також майже не відрізнявся. Частота виникнення загрози передчасних пологів у контрольній групі становила 8,6%, а в II групі – 11,4%. Також у цей період у II групі фіксували по одному випадку такі ускладнення як багатоводдя (2,9%), маловоддя (2,9%), низько розташована плацента (2,9%) ( $p < 0,05$ ).

Клінічний перебіг пологів в обох групах характеризувався передчасним розривом оболонок (2,9%), аномаліями пологової діяльності (2,9%), дистресом плода (2,9%) ( $p < 0,05$ ). Пологи, які закінчилися шляхом кесаревого розтину, становили в обох групах 2,9% ( $p < 0,05$ ).

У I та в II групі після народження майже у всіх був задовільний стан новонароджених, а саме 97,1% ( $p < 0,05$ ).

Під час дослідження було встановлено, що частота виникнення такого ускладнення вагітності, як плацентарна дисфункція у I групі становила 14,3% на відмінну від II групи, де цей показник був 17,1%. Затримка розвитку плода у I та II групі становила 2,9% та 5,7% відповідно ( $p < 0,05$ ).

Для ранньої діагностики плацентарної дисфункції було проведено у різні терміни гестації ультразвукове дослідження, визначено рівень гормонів плаценти та оцінено біофізичний профіль плода, а також проаналізовано кровообіг в судинах пуповини під час доплерометрії.

Під час УЗД у 18–20 тиж у I та в II групі всі показники, які були взяті для ранньої діагностики порушень у стані фетоплацентарного комплексу, були відсутні. Лише у II групі було виявлено один випадок низько розташованої плаценти, а саме (2,9%). Гормони плаценти, а саме – прогестерон, ХГЧ, вільний естріол та плацентарний лактоген, були у межах норми як у I, так і в II групах.

УЗД, яке проводили у 30–32 тиж гестації характеризувалося появою у II групі одного випадку передчасного дозрівання плаценти.

Дані доплерометрії та біофізичного профілю плода не показали порушень у двох групах у терміні 30–32 тиж.

У цей же термін гестації ендокринологічні показники, характеризувалися незначним зниження прогестерону (2,9%) у II групі на відмінно від I групи, де порушень синтезу плацентою гормонів не було виявлено.

Найбільш суттєві відхилення у стані фетоплацентарного комплексу від норми було виявлено в останні тижні вагітності, хоча частота їх виникнення між групами майже не відрізнялася. У I групі під час УЗД було діагностовано п'ять випадків (14,3%) передчасного старіння плаценти та один випадок (2,9%) затримки розвитку плода. На відмінну від I групи, у групі, у якій жінки використовували гормональну контрацепцію перед тим як завагітніти, частота передчасного старіння плаценти становила 17,1%, тобто шість випадків, а затримки розвитку плода становила 5,7%, іншими словами два випадки.

Під час доплерометричного дослідження у I групі не було виявлено порушень кровотоку у судинах пуповини, у II групі було зафіксовано один випадок (2,9%) такої патології ( $p < 0,05$ ).

Аналізуючи гормональну функцію плаценти, було виявлено у II групі зниження плацентарного лактогену (2,9%) та вільного естріолу (2,9%) ( $p < 0,05$ ).

Для повної діагностики порушень у стані фетоплацентарного комплексу було вираховано після народження плода та посліду плацентарно-плодовий індекс. У I групі він був підвищений в одному випадку (2,9%), а у II групі він становив 8,6%, тобто майже в три рази вищий ( $p < 0,05$ ).

Патогістологічне дослідження плаценти у I та в II групі характеризувалося лише незначними інволютивно-дистрофічними змінами. Було виявлено, що розподіл ворсин ворсинкового дерева був рівномірний, були присутні багато зрілих термінальних ворсин і проміжних ворсин периферичного, зрілого типу з великою кількістю судин. Водночас патогістологічна картина характеризувалася невеликою кількістю проміжних ворсин центрального незрілого типу, незначним відкладанням фібриноїда у субхоріональному міжворсинчастому просторі.

Отже, проаналізувавши отримані дані під час дослідження можна зазначити, що частота порушень стану фетоплацентарного комплексу та частота ускладнень під час пологів та стану новонароджених у групі, в якій жінки використовували гормональну контрацепцію перед вагітністю майже не відрізняється від частоти ускладнень у жінок, які не використовували гормональної контрацепції перед тим як завагітніти.

## ВИСНОВКИ

Фетоплацентарний комплекс відіграє важливу роль у перебігу вагітності, адже саме від його стану залежить у майбутньому чи буде розумовий та нервово-психічний розвиток дитини повноцінним.

Комплекс патологічних змін, що виникають у фетоплацентарному комплексі, носить назву плацентарної дисфункції. В основі патогенезу такого ускладнення лежить порушення кровообігу між матір'ю та плодом, у результаті чого зменшується кількість надходження необхідних поживних речовин та мікроелементів до плода. Такі зміни спричиняють порушення у стані плода, виникає затримка його розвитку.

На сьогодні виділяють низку причин виникнення порушень в повноцінному функціонуванні фетоплацентарного комплексу. До таких етіологічних чинників належать геніальні та екстрагенітальні захворювання, стресові фактори на роботі чи вдома, паління, вживання алкогольних чи наркотичних засобів. Також впливає раннє статеве життя, велика кількість партнерів, використання різних методів контрацепції.

У результаті дослідження було виявлено, що частота виникнення порушень у стані фетоплацентарного комплексу у жінок, які використовували гормональну контрацепцію перед вагітністю, майже не відрізнялася від жінок, які не використовували жодних з методів контрацепції. Також під час пологів не було виявлено значних ускладнень у жінок, які використовували гормональну контрацепцію перед тим як завагітніти. Це свідчить про відсутність негативного впливу гормональної контрацепції на репродуктивне здоров'я жінки, що у подальшому впливає на протікання вагітності, пологів та стану новонароджених.

У подальшому планується дослідити та порівняти частоту виникнення ускладнень під час вагітності, пологів та стан новонароджених у жінок, що використовували перед вагітністю гормональну контрацепцію з жінками, які перед тим як завагітніти використовували внутрішньоматкову контрацепцію.

## Состояние фетоплацентарного комплекса и течение родов после применения гормональной контрацепции перед беременностью

А.А. Лубковская

Как известно, нарушения, возникающие в фетоплацентарном комплексе, могут привести к таким негативным последствиям, как дистресс плода, задержка его развития и других осложнений во время беременности и родов, которые в дальнейшем негативно повлияют на полноценное развитие ребенка. К факторам риска, которые могут повлиять на нормальное функционирование фетоплацентарного комплекса, относят использование до беременности различных методов контрацепции. Поэтому в ходе исследования было проанализировано течение беременности, родов и состояние новорожденных у женщин, которые использовали гормональную контрацепцию перед тем как забеременеть, а также было сделано сравнение частоты возникновения различных осложнений у этих женщин с женщинами, которые не использовали до беременности никаких из методов контрацепции. Полученные данные показали, что частота возникновения осложнений во время беременности и родов не отличалась между женщинами, которые входили к разным группам.

**Ключевые слова:** фетоплацентарный комплекс, гормональная контрацепция, плацентарная дисфункция, задержка развития плода, преждевременное созревание плаценты.

## State of fetoplacental complex and during childbirth after applying hormonal contraception before pregnancy

O.A. Lubkovska

As you know, violations that occur in the fetoplacental complex can lead to such adverse effects as fetal distress, delay in its development, and other complications in the process of pregnancy and childbirth, which will further adversely affect the child's full development. The risk factors that can provoke the normal functioning of the fetoplacental complex include the use of different methods of contraception before pregnancy. Therefore, the study analyzed the course of pregnancy, childbirth and the state of newborns in women who used hormonal contraception before becoming pregnant, as well as comparing the incidence of various complications in these women with women who did not use any of the contraceptive methods before pregnancy. The obtained data showed that the incidence of complications during pregnancy, childbirth did not differ between women who belonged to different groups.

**Key words:** fetoplacental complex, combined oral contraceptives, placental dysfunction, intrauterine growth retardation, early placental maturation.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Акушерство та гінекологія: У 4 т.: національний підручник / Кол. авт.; за ред. акад. НАМН України, проф. В.М. Запорожана. – Т. 1: Акушерство / Кол. авт.; за ред. акад. НАМН України, проф. В.М. Запорожана. – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 928 с.
2. Будюхина О. А. Плацентарная недостаточность: клинко-морфофункциональные особенности фетоплацентарной системы и генетическая предрасположенность : Автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.01 «акушерство и гинекология» / Будюхина Ольга Анатольевна – Минск, 2011. – 26 с.
3. Вайсберг Э. Варианты выбора метода контрацепции: комбинированные оральные контрацептивы (КОК) / Э. Вайсберг // *Мать и Дитя в Кузбассе*. – 2014. – № 4 (59). – С. 12–14.
4. Верткин А.Л. Влияние комбинированной гормональной оральной контрацепции на соматический и психологический статус женщин репродуктивного возраста / А.Л. Верткин, А.В. Носова // *Клиническая медицина*. – 2012. – № 6. – С. 55–60.
5. Кондра Д.О. Зміни гормонів трофобласта у вагітних із невиношуванням у ранні терміни гестації / Д.О. Кондра, В.В. Подольський // *Буковинський медичний вісник*. – Чернівці: Буковинський держ. мед. ун-т. – 2015. – Т. 19. – № 2. – С. 103–105.
6. Кравченко Е.В. Оценка эффективности медикаментозной коррекции маточно-плацентарной и плодово-плацентарной форм дисфункции плаценты / Е.В. Кравченко. // *Акушерство и гинекология: теория и практика*. – 2013. – С. 12–16.
7. Ліхачов В.К. Особливості функціонування фетоплацентарного комплексу в умовах плацентарної недостатності / В.К. Ліхачов, Ю.В. Петренко // *Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения*. – 2009. – Т. 145, Ч. 3. – С. 151–155.
8. Плацента человека. Морфофункциональные основы: Учебное пособие. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2011. – 80 с.
9. Стан гормонального гомеостазу у жінок груп ризику щодо розвитку інфекційних ускладнень до та під час вагітності / В.В. Подольський, Вл.В. Подольський, З.Б. Хомінська, Т.І. Юско, О.П. Свята // *Таврический медико-биологический вестник*. – 2013. – Т. 16, № 2, ч. 2 (62). – С. 90–93.
10. Predictors of neonatal outcome in early-onset placental dysfunction / A.A. Baschat, E. Cosmi, C.M. Bilardo, H. Wolf. // *Obstet Gynecol*. – 2007. – № 109. – С. 253–261.

УДК 618.5-008.64-037

## Прогнозування слабкості пологової діяльності в жінок з аномаліями розвитку матки

**А.П. Садовий**

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

Було проведено клініко-функціональне обстеження 50 пацієнток з фізіологічною (1-а група) і 50 – з аномаліями розвитку матки та патологічною пологовою діяльністю (2-а група). У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, функціональні, ехографічні і статистичні методи.

Результати проведених досліджень свідчать, що при слабкості пологової діяльності не було виявлено «яскравих» клініко-анамнестичних чинників. Проте, ґрунтуючись на розробленій нами моделі, допологова профілактика слабкості пологової діяльності представляється дієвою: хронічна артеріальна гіпертензія, гемоконцентрація, патологічний прелімінальний період – можливі точки додатка профілактичних заходів. Запропонована методика прогнозування є простою і загальнодоступною для практичної охорони здоров'я. Використання розробленої методики прогнозування слабкості пологової діяльності дозволяє своєчасно змінювати тактику лікувально-профілактичних заходів, що сприяє зниженню частоти перинатальних ускладнень.

**Ключові слова:** аномалії розвитку матки, слабкість пологової діяльності, прогнозування.

На сьогодні у структурі різних акушерських ускладнень аномалії пологової діяльності (АПД) посідають одне з провідних місць [1–7]. При цьому АПД є істотним чинником ризику перинатальної патології, особливо у жінок з вродженими аномаліями розвитку матки (ВАРМ) [2].

Одним із основних варіантів АПД є слабкість пологової діяльності (СПД), лікування і профілактика якої викликає певні труднощі [3, 4]. Недостатньо вивчено патогенетичні механізми розвитку АПД і СПД, що надзвичайно утрудняє можливість цілеспрямованого прогнозування, а отже, і профілактики цих ускладнень пологового акту.

Не дивлячись на значне число наукових повідомлень з проблеми АПД і СПД, не можна вважати всі питання повністю вирішеними, особливо у плані можливості прогнозування цього серйозного ускладнення, особливо в жінок з ВАРМ.

**Мета дослідження:** розробка і оцінка ефективності методики прогнозування СПД в жінок з ВАРМ на підставі вивчення клінічних і додаткових методів дослідження.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

На наш погляд, найпростішим і доступнішим для лікувальної установи будь-якого рівня підходом до прогнозу розвитку СПД залишається підхід, заснований на аналізі даних загального і акушерсько-гінекологічного анамнезу, а також клінічних даних, отриманих при загальному і акушерському огляді (клініко-анамнестичний підхід).

Для вирішення поставленої мети нами було проведено клініко-функціональне обстеження 50 пацієнток з фізіологічною (1-а група) і 50 – з ВАРМ та патологічною пологовою діяльністю (2-а група).

При цьому було виявлено дуже невелику кількість статистично значущих відмінностей:

- ожиріння;
- анемія;
- крупний плід;
- багатоводдя;
- передчасне вилиття навколоплідних вод;
- «незріла» шийка матки на момент початку пологів.

Методом кореляційного і множинного регресійного аналізу була зроблена спроба встановити вплив перерахованих нижче (всього 58) чинників крім ВАРМ (і визначення сили цього впливу) на можливість розвитку СРД:

- вік породіллі, артеріальна гіпотензія, артеріальна гіпертензія, захворювання серцево-судинної системи, захворювання нирок, захворювання травного тракту і гепато-біліарної системи, захворювання дихальної системи, ендокринопатії, ожиріння;
- вік менархе, час становлення менструального циклу, тривалість менструації, кількість менструальної крові, що втрачається, болочість менструації, аборти і викидні в анамнезі, лейоміома матки, захворювання шийки матки, ендометріоз, ендометрит, кольпіт, аднексит, позаматкова вагітність, дисфункція яєчників, безпліддя;
- ранній токсикоз, загроза переривання вагітності у I триместрі, загроза переривання вагітності в II і III триместрах, прееклампсія;
- багатоводдя, маловоддя, хронічна гіпоксія плода, вага плода, стать плода;
- допологове вилиття навколоплідних вод, міра «зрілості» шийки матки за шкалою Bishop. Аналіз перерахованих вище анамнестичних і клінічних ознак з метою прогнозування вірогідності розвитку СПД включав наступні етапи:
- виявлення залежності між розвитком СПД і даними клініко-анамнестичними чинниками;
- визначення вірогідності розвитку СПД для кожного з виявлених чинників ризику;
- прогнозування розвитку СПД на підставі сукупності виділених чинників ризику.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У результаті проведеного аналізу були виявлені наступні чинники, що впливають на розвиток СПД (табл. 1).

Таблиця 1

Клініко-анамнестичні чинники, що впливають на розвиток СПД  
(рангова кореляція Spearman)

| Фактор                                   | Spearman R | 1 (n-2) | p-level  |
|------------------------------------------|------------|---------|----------|
| Хронічна артеріальна гіпертензія         | 0,127      | 2,535   | 0,012    |
| Ожиріння                                 | 0,166      | 3,343   | 0,001    |
| Гемоконцентрація                         | 0,167      | 3,339   | 0,002    |
| Прееклампсія                             | 0,106      | 2,109   | 0,036    |
| Багатоводдя                              | 0,133      | 2,656   | 0,008    |
| Крупний плід                             | 0,115      | 2,288   | 0,023    |
| "Зрілість" шийки матки                   | 0,303      | 6,288   | 0,000... |
| Патологічний преліментарний період (ППП) | 0,140      | 2,805   | 0,005    |

Примітка: R – коефіцієнт кореляції Spearman; t – критерій Student; p – level-рівень значущості.

Як видно з табл. 1, існує кореляційна залежність середньої сили між СПД і «зрілістю» шийки матки, зв'язок СПД з останніми параметрами слабка.

На підставі виявлених чинників ризику стає можливим прогнозування розвитку СПД.

Під час аналізу абсолютних і відносних показників зв'язку СПД і можливих чинників ризику (номінальні ознаки) також виявлено, що вирішальну роль у момент початку пологів відіграє ступінь «зрілості» шийки матки, коефіцієнт даного чинника найбільший. Отже, під час оцінювання відносних показників зв'язку СПД і можливих чинників ризику основне прогностичне «навантаження» несе «зрілість» шийки матки, проте шанси розвитку даного ускладнення пологового ак-

Таблиця 2

Чинники ризику СПД

| Фактор                           | СПД: є фактор |       | СПД: немає фактору |       | Абс. різниця ризиків | Відношення шансів |
|----------------------------------|---------------|-------|--------------------|-------|----------------------|-------------------|
|                                  | Ризик         | Шанс  | Ризик              | Шанс  |                      |                   |
| Хронічна артеріальна гіпертензія | 0,79          | 3,8:1 | 0,48               | 0,9:1 | 0,31                 | 4,2               |
| Ожиріння                         | 0,60          | 1,5:1 | 0,41               | 0,7:1 | 0,19                 | 2,2               |
| Гемоконцентрація                 | 0,61          | 1,7:1 | 0,42               | 0,8:1 | 0,21                 | 2,5               |
| Крупний плід                     | 0,75          | 3,0:1 | 0,47               | 0,9:1 | 0,28                 | 3,3               |
| ППП                              | 0,76          | 3,2:1 | 0,47               | 0,9:1 | 0,29                 | 3,6               |
| "Зрілість" шийки матки           | 0,81          | 5,2:1 | 0,45               | 0,8:1 | 0,36                 | 6,3               |

Таблиця 3

Результати логістичного регресійного аналізу, що відображає сукупний вплив чинників ризику на розвиток СПД

| Фактор ризику                    | Регресійні коефіцієнти |
|----------------------------------|------------------------|
| Константа ВО                     | -17,53                 |
| Хронічна артеріальна гіпертензія | 2,12                   |
| Ожиріння                         | 1,02                   |
| Гемоконцентрація                 | 0,97                   |
| Крупний плод                     | 1,80                   |
| ППП                              | 1,56                   |
| "незріла" шийка матки            | 1,59                   |

ту оцінюються при «незрілій» шийці матки як сумнівні. Значущість останніх чинників ризику ще нижча – маловірогідні або практично відсутні (табл. 2).

Отже, можна виділити наступні чинники ризику СПД (за наявності кожного з яких шанси розвитку СПД оцінюються хоч би як «маловірогідні», тобто 2:1 і вище), дійсно значущою з яких є лише «незріла» шийка матки:

- «незріла» шийка матки;
- хронічна артеріальна гіпертензія;
- ППП;
- крупний плід.

У клінічній практиці доводиться розглядати сукупний, а не індивідуальний вплив чинників ризику на можливість розвитку патологічного стану.

Тому з метою побудови статистичної моделі для прогнозування вірогідності розвитку СПД за наявними чинниками ризику (тобто розглядаємо сукупність ознак) був застосований множинний логістичний регресійний аналіз (табл. 3).

З метою прогнозування вірогідності розвитку СПД на підставі виявлених чинників ризику методом логістичного регресійного аналізу була розроблена наступна модель:

$$Y = -17,53 + 2,12X_1 + 1,02X_2 + 0,97X_3 + 1,80X_4 + 1,56X_5 + 1,59X_6$$

Де  $Y = \ln(P/(1-P))$ ,  $P$  – вірогідність розвитку СПД

$$P = e^Y / (1 + e^Y)$$

$X_1$  – хронічна артеріальна гіпертензія;

$X_2$  – ожиріння;

$X_3$  – гемоконцентрація;

$X_4$  – крупний плід;

$X_5$  – патологічний прелімінальний період;

$X_6$  – «незріла» шийка матки.

Для моделі у цілому  $p < 0,000...$

Цікаво, що під час оцінювання спільного впливу чинників ризику на вірогідність розвитку СПД, на перше місце виходить чинник «хронічна артеріальна гіпертензія» (при розгляді впливу цих чинників окремо він посідає друге місце після «незрілої» шийки матки).

## ВИСНОВКИ

Отже, при СПД у жінок з аномаліями розвитку матки не було виявлено «яскравих» клініко-анамнестичних чинників. Проте, ґрунтуючись на розробленій нами моделі, допологова профілактика СПД представляється дієвою: хронічна артеріальна гіпертензія; гемоконцентрація; ППП – можливі точки додатку профілактичних заходів. Запропонована методика прогнозування є простою і загальнодоступною для практичної охорони здоров'я.

## Прогнозирование слабости родовой деятельности у женщин с аномалиями развития матки

**А.П. Садовий**

Было проведено клинико-функциональное обследование 50 пациенток с физиологической (1-я группа) и 50 женщин с аномалиями развития матки и патологической родовой деятельностью (2-я группа). В комплекс проведенных исследований были включены клинические, функциональные, эхографические и статистические методы.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что при слабости родовой деятельности не было выявлено «ярких» клинико-анамнестических факторов. Однако, основываясь на разработанной нами модели, дородовая профилактика слабости родовой деятельности представляется действенной: хроническая артериальная гипертензия; гемоконцентрация; патологический прелиминальный период – возможные точки приложения профилактических мероприятий. Предлагаемая методика прогнозирования является простой и общедоступной для практического здравоохранения. Использование разработанной методики прогнозирования слабости родовой деятельности позволяет своевременно изменять тактику лечебно-профилактических мероприятий, что способствует снижению частоты перинатальных осложнений.

**Ключевые слова:** аномалии развития матки, слабость родовой деятельности, прогнозирование.

## Possibilities of forecasting of weakness of patrimonial activity women with anomalies have uterus developments

**A.P. Sadovoy**

We had been carried clinical-functional investigation of 50 patients with physiological (1 group) and 50 women with anomalies have uterus developments with pathological patrimonial activity (2 group). In a complex of the spent researches have been included clinical, functional, ehografical and statistical.

Results of the spent researches testify that at weakness of patrimonial activity has not been revealed «bright» clinical- anamnestic factors. However, being based on the model developed by us, antenatal preventive maintenance of weakness of patrimonial activity is represented effective: a chronic arterial hypertension; haemoconcentration; the pathological preliminary period - possible points of the appendix of preventive actions. The offered technique of forecasting is simple and popular for practical public health services. Use of the developed technique of forecasting of weakness of patrimonial activity allows to change in due time tactics of treatment-and-prophylactic actions that promotes frequency decrease perinatal complications.

**Key words:** anomalies of uterus developments, weakness of patrimonial activity, forecasting.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамченко В.В. 2016. Адренергические средства в акушерской практике. СПб.: Петрополис: 272.
2. Айламазян Э.К. 2017. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. Н.Новгород: НГМА: 282.
3. Вдовин С.В. 2016. Дискоординированные сокращения матки в конце беременности и в родах. Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов: 4: 76-79.
4. Газазян М.Г. 2016. Дискоординированная родовая деятельность как проявление «стресса ожидания». Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов: 4:78-82.
5. Глаголева Е.А. 2016. Способы подготовки шейки матки к родам. Русский медицинский журнал:9:9-10.
6. Дмитриева С. Л. 2016. Течение гестационного процесса у женщин с нарушениями сократительной деятельности матки в родах. Вятский медицинский вестник:1:23-28.
7. Зефирова Т.П. 2013. Прогнозирование аномалий родовой деятельности у беременных с хронической урогенитальной инфекцией. Российский вестник акушера-гинеколога:2:21-26.

УДК 618.3-06:618.1-002

## Шляхи зниження репродуктивних втрат у І триместрі вагітності у жінок з урогенітальною інфекцією в анамнезі

**Ж.С. Ткаченко****Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,  
м. Київ**

У результаті проведеного клініко-лабораторного, функціонального і статистичного аналізу результату вагітності і пологів у розглянутих групах жінок стає очевидною перевага запропонованих методів діагностики і етіопатогенетичної терапії загрозливого переривання вагітності на тлі запальних захворювань урогенітального тракту порівняно із загальноприйнятим лікуванням.

**Ключові слова:** невиношування, запальні захворювання, урогенітальний тракт, профілактика.

Невиношування вагітності є однією з найважливіших проблем охорони здоров'я у всьому світі. Частота передчасного переривання вагітності коливається у межах 10–25% [1–4]. Не дивлячись на велику кількість досліджень, присвячених профілактиці і лікуванню невиношування, частота передчасних пологів становить 5–10% [1].

Невиношування вагітності – це універсальна, інтегрована відповідь жіночого організму на будь-яке виражене неблагополуччя у стані здоров'я вагітної, внутрішньоутробного плода, довкілля і багатьох інших чинників. В умовах адаптації до вагітності найяскравіше виявляється єдність нервової і гуморальної регуляції, контрольована симпатико-адреналовою системою, яка забезпечує організм жінки створенням достатніх енергетичних ресурсів в умовах внутрішнього і зовнішнього середовища, що змінилося [1–4].

Серед різних чинників ризику невиношування все більшого значення набувають початкові фонові запальні захворювання урогенітального тракту. Успіхи мікробіології і вірусології створили передумови до розуміння ризику порушень репродуктивної системи і забезпечили можливість глибшого розуміння механізмів невиношування вагітності на тлі перенесених запальних захворювань урогенітального тракту [1–4].

У той самий час, патогенез невиношування на тлі запальних процесів урогенітального тракту вивчений недостатньо. Відсутні чіткі дані про особливості формування і функціонального стану фетоплацентарного комплексу і порушень стану внутрішньоутробного плода і новонародженого залежно від початкових особливостей мікробіоценозу статевих шляхів. Крім того, відсутні дані про ефективний підхід до профілактики невиношування вагітності з урахуванням основних причин запального процесу.

Усе зазначене вище є достатнім обґрунтуванням актуальності вибраного наукового завдання.

**Мета дослідження:** зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень у жінок із невиношуванням і запальними захворюваннями урогенітального тракту в анамнезі на підставі вивчення особливостей мікробіологічного статусу і функціонального стану фетоплацентарного комплексу, а також удосконалення комплексу лікувально-профілактичних заходів.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети і завдань було відібрано 100 жінок з невиношуванням вагітності інфекційного генезу в анамнезі за наступними критеріями:

- наявність в анамнезі одного або більш мимовільних викиднів поспіль від одного і того самого статевого партнера;
- відсутність хромосомних аномалій у каріотипі подружжя;
- відсутність грубих анатомічних дефектів внутрішніх статевих органів (вади розвитку матки, внутрішньоматкові синехії, непрохідність маткових труб);
- відсутність оперативних втручань на матці (кесарів розтин, ушивання перфоративного отвору, консервативна міомектомія);
- відсутність виражених соматичних і ендокринних захворювань.

Крім того, у дослідження увійшли лише ті жінки, вік яких не перевищував 35 років. Це було зроблено з метою нівелювати вплив чинників, залежних від віку, на результати дослідження, оскільки після 35 років підвищується частота утворення яйцеклітин з аномальними наборами хромосом [1].

Для виявлення ефективності удосконаленого алгоритму був проведений порівняльний аналіз перебігу I триместра вагітності у трьох групах жінок:

1-а група (основна) – 50 жінок із загрозовим перериванням вагітності в терміні 8–12 тиж гестації на тлі урогенітальної інфекції і невиношуванням в анамнезі, які отримували розроблену нами методику;

2-а група (порівняння) – 50 жінок із загрозовим перериванням вагітності в терміні 8–12 тиж гестації на тлі урогенітальної інфекції і невиношуванням в анамнезі, які отримували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи;

3-я група (контрольна) – 50 соматично і гінекологічно здорових жінок, що вперше завагітніли.

На момент обстеження усі жінки знаходилися в I триместрі вагітності (8–12 тиж) з явищами загрозового переривання інфекційного генезу, тобто констатували запальний процес урогенітального тракту. Водночас основна група вагітних була зіставлена з групою порівняння за найбільш важливими показниками (термін вагітності, вік, паритет, соціально-економічне положення, генітальна і екстрагенітальна патологія, результат попередніх вагітностей).

Загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи включали:

- використання за показаннями антибактеріальних препаратів;
- гормональну терапію, комплекси вітамінів і мікроелементів;
- засоби, що поліпшують мікроциркуляцію;
- імунокорегуючу терапію [3].

Запропонована нами методика складається з наступних моментів:

**1-й етап** – предгравідарна підготовка: 6–12 міс.

- гормональна корекція;
- використання препаратів вітаміну D;
- корекція мікробіоценозу статевих шляхів;
- імунокорегувальна терапія;
- підготовка статевого партнера;

**2-й етап** (8–12 тиж):

- гормональна терапія;
- використання препаратів вітаміну D;
- корекція мікробіоценозу статевих шляхів.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, функціональні, імунологічні, ендокринологічні, мікробіологічні і статистичні методи дослідження.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що провідними чинниками ризику розвитку загрозового переривання вагітності у жінок із невиношуванням запального генезу є наявність в анамнезі інфекційної соматичної патології:

- гострі респіраторні вірусні інфекції з частотою три рази в рік і більше (40,0%), хронічні тонзиліт (28,0%), бронхіт (18,0%), пієлонефрит (16,0%), гастрит (14,0%), коліт (10,0%), хронічні запальні захворювання геніталій – кольпіт (78,0%), псевдоерозія шийки матки (66,0%) і сальпіngoофорит (62,0%).

Найчастішими ускладненнями гестаційного періоду у жінок із запальними захворюваннями урогенітального тракту і невиношуванням в анамнезі є:

- загрозове переривання вагітності у ранні терміни (68,0%),
- ранній токсикоз вагітних легкої і середньо-важкої форми (40,0%),
- частота мимовільного переривання вагітності (10,0%).

Установлено, що «мікробіологічними» чинниками ризику в жінок із невиношуванням вагітності запального генезу є наявність в урогенітальному тракті змішаного паразитоценозу, представленого активними анаеробами (T. Vaginalis, M. Hominis, Ur. Urealiticum), вірусами (CMV, HCV type 1,2, Coxsackieviruses A,B) і грибовим компонентами, а також високим рівнем інвазії лямбліями (40,0%), токсокарами (28,0%) і гостриками (26,0%).

Використання удосконаленого алгоритму лікувально-профілактичних заходів дозволяє знизити частоту мимовільного переривання вагітності у 3,3 разу – з 10,0% до 3,3% відповідно.

Підтвердженням ефективності удосконаленого алгоритму є результати проведених мікробіологічних досліджень.

Так, аналізуючи основні зміни частоти виділення мікроорганізмів у каналі шийки матки, сечівника і піхви в обстежених жінок, нами встановлено істотне зниження рівня обсіменіння

- Chlamydia trachomatis (основна група – 62,0% і порівняння – 86,0%);
- Trichomonas vaginalis (основна група – 36,0% і порівняння – 50,0%);
- Micoplasma hominis (основна група – 34,0% і порівняння – 52,0%);
- Ureaplasma urealiticum (основна група – 44,0% і порівняння – 28,0%);
- усіх видів вірусів, анаеробів і грибів роду Candida.

Під час оцінювання середніх геометричних титрів антитіл IgG до Chlamydia trachomatis в основній групі відзначено зниження всіх варіантів титрів, починаючи з низьких (основна група – 40,0% і порівняння – 40,0%) і закінчуючи високими титрами (основна група – 8,0% і порівняння – 2,0%). Водночас суттєвих змін з боку частоти поширення персистентних і метаболічно активних форм Chlamydia trachomatis у різних групах нами не встановлено. Показовими є дані, що свідчать про зниження частоти виявлення розповсюдження Trichomonas vaginalis усіма методами, але особливо культуральним (основна група – 20,0% і порівняння – 64,0%).

На особливу увагу заслуговують результати уринарного екскретування мікроорганізмів в обстежених жінок різних груп. Необхідно відзначити істотне зниження рівня обсіменіння сечі

- Chlamydia trachomatis (основна група – 26,0% і порівняння – 16,0%);
- Trichomonas vaginalis (основна група – 54,0% і порівняння – 32,0%);
- Micoplasma hominis (основна група – 46,0% і порівняння – 22,0%);
- Ureaplasma urealiticum (основна група – 24,0% і порівняння – 12,0%);
- усіх видів вірусів, анаеробів і грибів роду Candida.

Аналогічна закономірність відзначена нами і під час оцінювання частоти виявлення паразитів в обстежених жінок, причому всіх видів: Giardia lamblia (основна група – 40,0% і порівняння – 20,0%); Toxosara canis (основна група – 28,0% і порівняння – 12,0%) і Enterobius vertikularis (основна група – 26,0% і порівняння – 14,0%).

На завершальному етапі проведених мікробіологічних досліджень була дана оцінка частоти виявлення асоціацій мікроорганізмів у паразитоценозах у різних групах жінок. Отримані результати підтверджують ефективність пропонуваного лікувально-профілактичних заходів.

### ВИСНОВКИ

Отже, у результаті проведеного клініко-лабораторного, функціонального і статистичного аналізу результату вагітності і пологів у даних групах жінок стає очевидною перевага удосконаленого алгоритму діагностики і етіопатогенетичної терапії загрозового переривання вагітності на тлі запальних захворювань урогенітального тракту порівняно із загальноприйнятим лікуванням.

### Пути снижения репродуктивных потерь в I триместре беременности у женщин с урогенитальной инфекцией в анамнезе Ж.С. Ткаченко

В результате проведенного клинико-лабораторного, функционального и статистического анализа исхода беременности и родов в рассматриваемых группах женщин становится очевидным преимущество предлагаемых методов диагностики и этиопатогенетической терапии угрожающего прерывания беременности на фоне воспалительных заболеваний урогенитального тракта по сравнению с общепринятым лечением.

**Ключевые слова:** невынашивание, воспалительные заболевания, урогенитальный тракт, профилактика.

### Ways of depression of genesial losses in I pregnancy trimester at women with an urogenital infection in the anamnesis Zh.S. Tkachenko

As a result of the lead clinical-laboratory, functional and statistical analysis of an outcome of pregnancy and sorts in considered groups of women there is obvious an advantage of offered methods of diagnostics and etiopatogenetical therapies menacing interruption of pregnancy on a background of inflammatory diseases urogenital a path in comparison with the standard treatment.

**Key words:** incompetent pregnancy, inflammatory diseases, urogenital a path, preventive maintenance.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Голота В.Я., Бенюк В.О. Перинатальні аспекти недоношування вагітності // Проблеми медицини. – 2009. – № 1–2. – С. 32–35.
2. Новікова Н.В., Стукалова О.М., Руденко А.В. Урогенітальна інфекція як основний чинник невиношування вагітності // Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 2013. – № 6. – С. 105–107.
3. Назаренко Л.Г., Салами Омар. Привычное невынашивание беременности: микробиологическая характеристика и лечение // Буковинський мед.вісник. – 2011. – № 2–3. – С. 134–136.
4. Малюк В.В., Оладенко И.Б., Архипов М.В. Особенности течения беременности и ее исход у женщин с TORCH-инфекцией / 36. наукових праць. Асоціація акушерів-гінекологів України. – К.: «Фенікс». – 2011. – С. 397–399.

## Особливості ускладнень у жінок, які перенесли різні методи переривання вагітності у I триместрі

О.О. Білоконь

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

Результати проведених досліджень свідчать, що переривання вагітності незалежно від методу його проведення негативно впливає на репродуктивне здоров'я жінок. При цьому кожен метод має свої особливості як ранніх, так і пізніх ускладнень і не може бути рекомендацій як ефективний спосіб планування вагітності. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** переривання вагітності, ускладнення.

Одним із головних чинників, що негативно впливають на репродуктивний потенціал жінки, є штучне переривання вагітності [1, 2]. Проблема абортів, не дивлячись на сталу тенденцію до зниження їхнього числа, як і раніше вимагає рішення внаслідок того, що є провідною причиною материнської смертності, запальних захворювань статевих органів, безплідності, невиношування вагітності й перинатальної патології [1, 2].

Якщо врахувати, що велика частина вагітностей, що настали щорік, закінчується штучними абортами [1, 2], що половина всіх переривань вагітності приходить на жінок оптимального репродуктивного віку – 20–29 років [1, 2] і більше 50% абортів спричиняють за собою ранні або пізні ускладнення, то має місце реальна загроза втрати здоров'я майбутнього населення країни.

Водночас, не дивлячись на багаточисельні дослідження, присвячені безпеці абортів, роль останніх у генезі ускладнень подальших вагітностей і пологів ще недостатньо вивчена, багато питань продовжують залишатися дискусійними [1, 2].

**Мета дослідження:** вивчення ступеня порушення репродуктивного потенціалу жінок, які перенесли різні види аборту у I триместрі вагітності.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для оцінювання впливу переривання вагітності у I триместрі на стан репродуктивного здоров'я жінки був проведений ретроспективний аналіз архівного матеріалу. Було проаналізовано 1551 історія хвороби і амбулаторні карти, з них 523 жінок, які мали в анамнезі артифіційний аборт (АА), 723 – вакуум-аспірацію (ВА) і 305 – медикаментозний аборт (МА) із застосуванням різних препаратів.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вивчення документів 523 жінок з АА в анамнезі продемонструвало, що усі жінки у минулому мали артифіційне переривання вагітності:

- 35,7% – 1 аборт;
- 47,8% – до 3 абортів;
- 16,5% – від 4 до 13 абортів.

Водночас пологи були в анамнезі у 68,2% пацієнток. Подібне співвідношення пологів і абортів було типовим для всіх жінок, що вивчалися.

Під час аналізу анамнезу вдалося встановити частоту екстрагенітальної патології, на підставі якої проводили АА. Так, захворювання верхніх відділів респіраторного тракту відзначені у 53,5%, хронічний пієлонефрит – у 29,6%, патологія органів травлення – у 12,3%, хронічний бронхіт – у 10,9% пацієнток.

Під час аналізу ускладнень після АА була встановлена їхня сумарна частота, що дорівнювала 25,1%, з них ранніх було 4,5%. Частота ранніх ускладнень після хірургічного аборту представлена на мал. 1.

Серед ранніх ускладнень необхідно виділити:

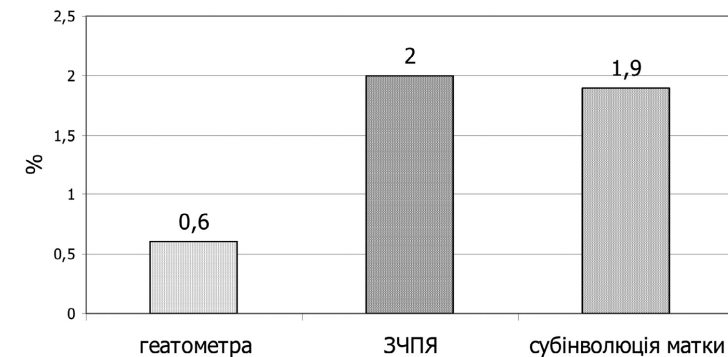
- 2,0% – затримка частин плодового яйця (ЗЧПЯ);
- 1,9% – субінволюція матки;
- 0,6% – гематометра.

Порівнянні з цим серед пізніх ускладнень спостерігаються загострення хронічних запальних захворювань репродуктивної системи (мал. 2):

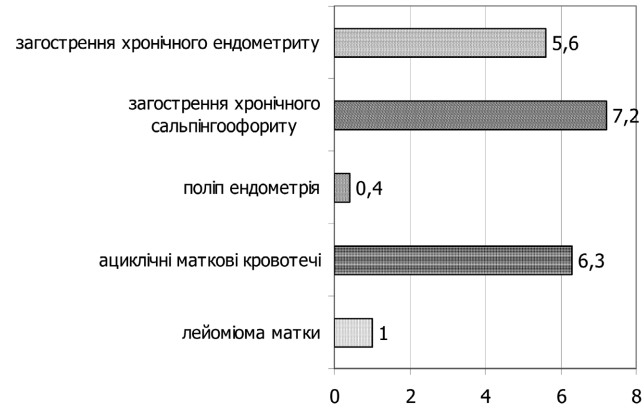
- ендометрит – 5,6%;
- сальпінгоофорит – 7,2%.

Крім того, у 6,3% випадків жінки відзначали ациклічні маткові кровотечі, рідше – збільшення лейоміоми матки (1,0%) і утворення поліпа ендометрія (0,4%).

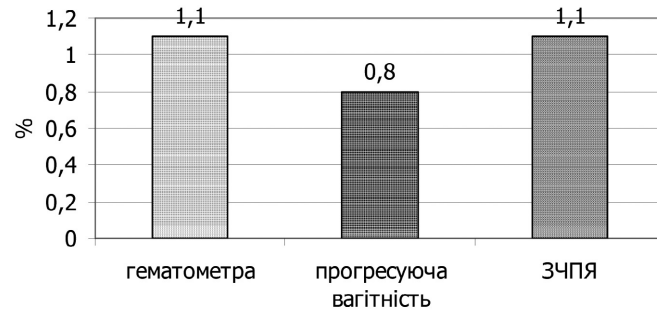
Під час розгляду клінічної характеристики 723 жінок випадків після переривання вагітності методом ВА встановлено, до одного аборту в анамнезі мали 26,3% пацієнток, до трьох – 29,9% і більше трьох – 8,7% жінок.



Мал. 1. Характер ранніх ускладнень після переривання вагітності (n=523), %



**Мал. 2. Характер пізніх ускладнень після переривання вагітності хірургічним шляхом (n=523), %**

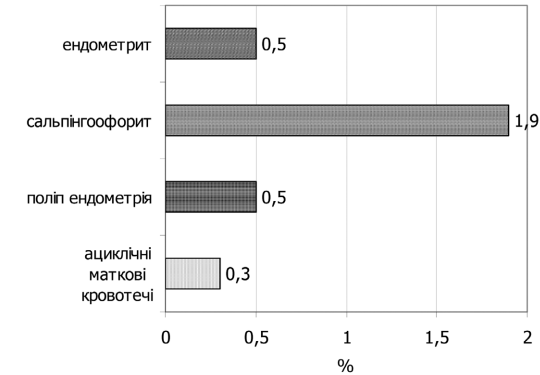


**Мал. 3. Характер і частота ранніх ускладнень після переривання вагітності вакуум-аспірацією (n=723), %**

Аналіз історій продемонстрував, що ускладнення після ВА спостерігалися у 6,4% жінок, з них ранні – у 3,0% (мал. 3).

З даних мал. 3 виходить, що ранні ускладнення становили 3,0% випадків, причому найчастіше зустрічалися гематометра (1,1%) і ЗЧПЯ – 1,1%. Прогрес вагітності спостерігався у 0,8% жінок, що вимагало проведення вискоблювання порожнини матки.

Пізні ускладнення після вакуум-аспірації (ВА) були відзначені у 3,3% жінок, з них запальні процеси матки і придатків – у 2,4%, поліпи ендометрія, що вимагали вискоблювання порожнини матки, – у 0,5%, порушення менструального циклу у формі ациклічних кров'яних виділень спостерігалося у 0,3% пацієнток (мал. 4).

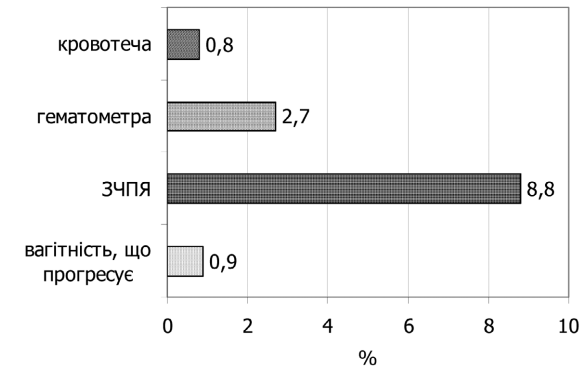


**Мал. 4. Характер і частота пізніх ускладнень після переривання вагітності вакуум-аспірацією (n=723), %**

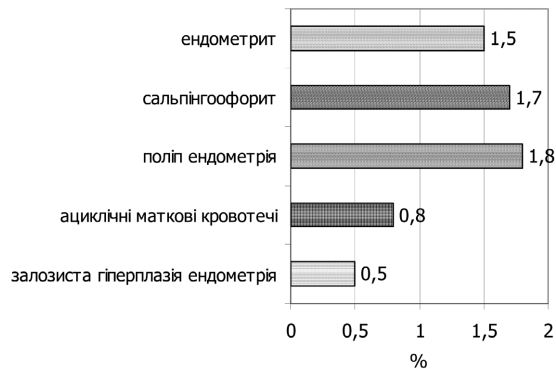
Порівняльний аналіз 305 амбулаторних карт вагітних, які перервали вагітність міфепростоном і мізопростолом засвідчив, що 19,2% вже мали один аборт в анамнезі, 15,4% – до трьох абортів і 4,1% – понад три аборти.

Аналіз ускладнень після медикаментозного аборт (МА) показав, що ускладнення були відзначені у 19,6% пацієнток (мал. 5).

Ранні ускладнення становили 13,3%. У групі МА найчастіше зустрічалася ЗЧПЯ – 8,8% випадок. Детальний аналіз випадків ЗЧПЯ продемонстрував, що з 27 жінок з цим ускладненням у 49,2% було перше переривання вагітності, 35,8% пацієнток вже мали досвід переривання вагітності найчастіше шляхом ВА або МА і лише 14,9% – хірургічним шляхом. Вагітність прогресувала у 0,9% жінок, що вимагало її переривання шляхом ВА. Гематометра була виявлена у



**Мал. 5. Характер і частота ранніх ускладнень після медикаментозного аборт (n=305), %**



**Мал. 6. Характер і частота пізніх ускладнень після медикаментозного аборту (n=305), %**

2,7%, причому кровотеча, що вимагала госпіталізації, зафіксована в 0,6% випадків. Серед жінок лише з МА в анамнезі частота ранніх ускладнень становила 4,5%, які були представлені прогресом вагітності в 1,4% і ЗЧПЯ – у 3,1%. Пізні ускладнення після МА встановлені у 6,3% пацієнток. Запальні процеси матки і придатків виявлені у 3,2% жінок, порушення менструального циклу у вигляді АМК – в 0,8%, залозиста гіперплазія ендометрія – в 0,5% випадках (мал. 6). У жінок виключно з МА пізні ускладнення становили 3,6%, у 46,2% з них виявлені поліпи ендометрія, у 30,8% – сальпінгофорити, у 23,0% – ендометрит.

Порівнюючи частоту ранніх і пізніх ускладнень після різних видів абортів слід зазначити, що кожен вид абортів має свої особливості. Так, за сумарною частотою ускладнень провідне місце посідає група МА (13,3%), після якої у 8,8% випадках зареєстрована ЗЧПЯ, проти 2% після проведення АА і 1,1% – після ВА. Гематометра виявлена у 2,7% жінок після МА, що у 4,5 рази частіше, ніж після АА і в 2,5 рази частіше, ніж після ВА.

Під час аналізу пізніх ускладнень встановлено, що запалення матки і придатків виявляють у 12,8% жінок після АА проти 2,4% і 3,2% після ВА і МА відповідно, порушення менструального циклу – у 6,3% пацієнток після АА, а після ВА і МА – в 0,3% і 0,8% випадків відповідно. Поліпи ендометрія виявлені після МА – у 2,0% випадків, тоді як після АА – у 0,4%, після ВА – у 0,5%.

### ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що переривання вагітності незалежно від методу його проведення негативно впливає на репродуктивне здоров'я жінок. При цьому кожен метод має свої особливості як ранніх, так і пізніх ускладнень і не може бути рекомендований як ефективний спосіб планування вагітності. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

### Особенности осложнений у женщин, перенесших различные методы прерывания беременности в I триместре О.А. Белоконов

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что прерывание беременности независимо от метода его проведения оказывает негативное влияние на репродуктивное здоровье женщин. При этом каждый метод имеет свои особенности как ранних, так и поздних осложнений и не может быть рекомендован как эффективный способ планирования беременности. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** прерывание беременности, осложнения.

### Features of complications at the women who have transferred various methods of interruption of pregnancy in the first trimester O.A. Belokon

Results of the spent researches testify that interruption of pregnancy irrespective of a method of its carrying out makes negative impact on reproductive health of women. Thus each method has the features both early, and late complications and cannot be to recommend as an effective way of planning of pregnancy. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** interruption of pregnancy, complication.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гатина Г.А. Воздействие искусственного прерывания беременности в I триместре на нейроэндокринную систему женщины / Г.А. Гатина, А.Р. Махмудова, Д.М. Магомедханова // Мать и дитя: матер. X регионального науч. форума. – Казань, 2017. – С. 223–224.
2. Глуховец Б.И. Искусственное бесплодие современных женщин (медицинские и социальные аспекты) / Б.И. Глуховец, Н.Г. Глуховец, Е.И. Новикова // Мать и дитя: матер. X регионального науч. форума. – Казань, 2017. – С. 224–225.

## Відновлення репродуктивної функції жінок раннього репродуктивного віку з лейоміомою матки після консервативно-пластичних операцій

Г.С. Бобер

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

Аналіз найближчих та віддалених результатів реконструктивно-пластичних операцій при лейоміомі матки у жінок раннього репродуктивного віку свідчить про доцільність та ефективність даного втручання. Значення цієї операції визначається можливістю створення сприятливих умов для виношування вагітності та реалізації репродуктивної функції у жінок з порушеною фертильністю.

**Ключові слова:** лейоміома матки, хірургічне лікування, ранній репродуктивний вік.

Не дивлячись на те, що вивченню лейоміоми матки присвячена безліч наукових робіт, ця проблема донині залишається недостатньо вирішеною.

Міома матки – доброякісна пухлина статевої системи жінки, яка найчастіше зустрічається, а її частота у структурі гінекологічної захворюваності становить від 20% до 44%, причому в 13–27% випадках спостерігається у жінок репродуктивного віку [1–3].

Порушення репродуктивної функції у формі первинної і вторинної безплідності часто виявляють у пацієнток (60–70%) з лейоміомою матки [4–7]. Ця проблема набуває все більшої актуальності у зв'язку з омолодженням хворих на лейоміому, з одного боку, і пізнім плануванням вагітності (після 40 років) – з іншого, коли значно підвищується ризик виникнення цієї доброякісної пухлини жіночої статевої системи. Згідно з даними літератури [1–7], у жінок з безплідністю в 12–20% випадків лейоміома матки є єдиною причиною репродуктивних невдач. Проте питання щодо ролі лейоміоми матки у формуванні порушень репродуктивної функції залишається дискусійним [1–7].

У разі виключення всіх інших причин порушення репродуктивної функції, особливо в жінок раннього репродуктивного віку, виникає питання щодо проведення органозберігаючих операцій, а саме міомектомії. Проте у кожному конкретному випадку перш за все доведеться вирішувати низку запитань консервативної пластичної або радикальної операції з урахуванням можливості відновлення функції ураженого органа, про операційний ризик при тому або іншому способі й про віддалені результати проведеного хірургічного лікування.

Не дивлячись на широке впровадження сучасних ендоскопічних технологій, значущість абдомінальних реконструктивно-пластичних операцій не втратила своєї актуальності, оскільки відсоток хворих молодого віку зберегти репродуктивну функцію, які страждають на безплідність або невиношування вагітності при лейоміомі матки великих і гігантських розмірів, атиповому розташуванні вузлів, не має тенденції до зниження. Виходячи із наведеного вище, слід зазначити, що абдомінальна міомектомія при поодиноких і множинних вузлах лейоміоми матки великих і гігантських розмірів залишається актуальною й дискусійною темою. У зв'язку з цим, очевидна необхідність удосконалення хірургічної техніки реконструктивно-пластичних операцій на матці поза і під час вагітності, а також периопераційного ведення хворих з даною патологією, яка сприятиме зниженню відсотка рецидивів пухлини і збільшенню числа жінок, які реалізували в недалекому майбутньому свої репродуктивні плани після міомектомії.

Усе зазначене вище є переконливою підставою для проведення нашого наукового дослідження.

**Мета дослідження:** зниження частоти порушень репродуктивної функції у жінок раннього репродуктивного віку з лейоміомою матки шляхом оптимізації тактики ведення, вдосконалення міомектомії поза і під час вагітності, визначення репродуктивного прогнозу при поєднанні лейоміоми матки з іншими чинниками ризику порушення репродуктивної функції.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під спостереженням перебували 150 пацієнток раннього репродуктивного віку від 19 до 30 років, яким була виконана консервативна міомектомія лапаротомічним доступом під час вагітності або поза вагітністю. Були проаналізовані найближчі і віддалені результати дослідження.

Усіх жінок було розподілено на дві клінічні групи. До першої (I) клінічної групи увійшли 50 пацієнток, які звернулися із клінікою загрози переривання вагітності за наявності лейоміоми матки.

**Критерії відбору** для участі у дослідженні жінок із вагітністю і лейоміомою матки:

- бажання жінки мати дітей;
- вузли лейоміоми, які перешкоджають виношуванню вагітності або представляють небезпеку для здоров'я пацієнтки:
  - великі,
  - гігантські,
  - атипово розташовані вузли,
  - швидко збільшення вузлів під час вагітності,
  - ознаки деструкції вузла, підтверджені даними УЗД.

Практично у всіх випадках були симптоми загрози переривання вагітності. Пацієнток з дрібними вузлами, які перешкоджають виношуванню вагітності, в дослідження не включали. Відбір пацієнток проводили амбулаторно у науково консультативному відділенні, призначали обстеження, необхідне для госпіталізації, у тому числі на інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). За відсутності свідчень для екстреної госпіталізації призначали терапію, направлену на збереження вагітності й лікування виявлених інфекційних процесів, а потім планово госпіталізували їх на 14–15-й тиждень вагітності для підготовки до опе-

рації. За наявності великих, гігантських вузлів, розташованих шийчно-перешійчно, і кров'яних виділень із статевих шляхів, що свідчить про початок мимовільного аборт, госпіталізували екстрено у гінекологічне відділення.

З 50 пацієнток 40 було госпіталізовано у плановому порядку в терміні вагітності 14–19 тиж, 16 жінок – екстрено в терміні вагітності 7–12 тиж.

У другу (II) клінічну групу увійшли 100 жінок з лейоміомою матки.

*Критерії відбору* жінок з лейоміомою матки:

- великі і атипово розташовані вузли;
- безплідність або невиношування вагітності;
- бажання відновити репродуктивну функцію.

Віддалені результати простежували від 1 до 5 років.

Клінічні та лабораторні методи дослідження включали загальне стандартне обстеження хворих з використанням клінічних, біохімічних, мікробіологічних, гемостазіологічних, функціональних і морфологічних методів, проводили дослідження, направлені на виявлення ПСПШ (ПЦР), а також інструментальні (ультразвукові, ендоскопічні) методи дослідження.

Статистичне оброблення матеріалу проводили на персональному комп'ютері. У роботі використані стандартні методи статистичного аналізу. Достовірність відмінностей між групами щодо параметрів, які вивчаються, оцінювали за допомогою непараметричних критеріїв статистики (Вілкоксона–Манна–Уїтні) і t-критерія Стюдента.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що міомектомія під час і поза вагітності є доцільною операцією, яка істотно покращує репродуктивний прогноз хворих на лейоміому матки і при дотриманні умов для виконання операції і відпрацьованої хірургічної тактики не викликає небезпеки для здоров'я пацієнток.

Свідченнями щодо планової міомектомії під час вагітності є:

- атипове розташування вузлів (шийчне, перешійчне, інтралігаментарне), що призводить до порушення функції тазових органів;
- великі і гігантські розміри вузлів;
- некроз вузла, підтверджений УЗД;
- неможливість переривання вагітності;
- деформація порожнини матки великим інтерстиціальним вузлом;
- розташування вузла на плаценті.

Плануванню вагітності при лейоміомі матки повинна передувати міомектомія, оскільки у 68,8% випадків при вагітності наголошувалося швидке збільшення вузлів, а у кожної п'ятої пацієнтки виявляють прогестеронзалежну пухлину (співвідношення рівня експресії рецепторів до прогестерону і естрадіолу 6,0 і вище).

Міомектомія дозволяє поліпшити репродуктивний прогноз у 70% жінок з міомою матки у перші три роки після операції, але не запобігає прогресу захворювання надалі, про що свідчить багаторазове підвищення експресії колагену IV типу у стінках судин міометрія з утворенням міоматозних проліфератів.

Несприятливими критеріями репродуктивного прогнозу є поєднання міоми матки з внутрішнім ендометріозом, запальні захворювання органів малого таза,

тривалість безплідності більше 5 років. У даних випадках доцільне використання допоміжних репродуктивних технологій протягом одного року після міомектомії.

Виконання міомектомії на тлі медикаментозної аменореї або післяопераційна аменорея, спричинена 3–4 ін'єкціями а-ГнРГ, дозволяє завагітніти 68,7% пацієнток з репродуктивними проблемами.

Отримані результати дозволяють запропонувати тактику ведення жінок під час вагітності. Так, при міомі матки великих розмірів, яка перешкоджає виношуванню вагітності, але не закриває вузлами доступ до порожнини матки, оптимальним є переривання вагітності у термін до 12 тиж вагінальним доступом. Після цього ми проводили міомектомію поза вагітністю, а потім – передгравідарну підготовку і планування вагітності. Обов'язковими умовами ми вважаємо згоду хворої на переривання вагітності або наявність клініки початку мимовільного викидня, підтверджену даними УЗД.

У тих випадках, коли пацієнтки не дають згоду на переривання вагітності в ранні терміни гестації і доступ до порожнини матки неможливий через гігантські розміри шийчно-перешійчного вузла, при вираженій клініці початку переривання вагітності (яскраві кров'яні виділення із статевих шляхів), в екстреному порядку показаний кесарів розтин, міомектомія і видалення плодового яйця вагінальним доступом під контролем хірурга з боку черевної порожнини. Коли на тлі вагітності діагностована міома великих і гігантських розмірів з ознаками деструкції вузлів або їхньою атиповою локалізацією, яка перешкоджає росту і виношуванню плода, за відсутності явних клінічних ознак загрози переривання вагітності і при небажанні жінки перервати вагітність, показана консервативна міомектомія після передопераційної підготовки.

Крім того, поза вагітністю потрібна точна діагностика порушень в різних ланках репродуктивної системи, стан ендометрія, кількість, розміри, локалізація міоматозних вузлів, стан придатків, наявність і характер супутньої патології. Передопераційна підготовка, направлена на санацію інфекційних вогнищ, вживання імунomodulatorів, а також пери- і післяопераційне призначення 3–4 ін'єкцій а-ГнРГ, що дозволяє зменшити ризик хірургічного втручання і післяопераційних ускладнень. Міомектомія виконується з правильним вибором хірургічного доступу, атравматичної техніки, адекватного шовного матеріалу і антибіотикопрофілактики.

Показання до міомектомії:

- швидке зростання пухлини;
- атипове розташування вузлів (шийчні, перешійчні, інтралігаментарні і слизові підоболонки);
- великі і гігантські розміри лейоміоми;
- маткові кровотечі, зумовлені лейоміомою;
- некроз вузла;
- безплідність при лейоміомі.

Комплекс післяопераційної реабілітації для сприяння кращої репарації тканин, а саме:

- вживання нестероїдних протизапальних препаратів, дезагрегантів, засобів, тканин,
- продовження імунomodельовальної терапії, засобів, що стимулюють репарацію.

Після цього показана передгравідарна підготовка з плануванням вагітності після відновлення менструального циклу.

## ВИСНОВКИ

Отже, аналіз найближчих і віддалених результатів реконструктивно пластичних операцій при лейоміомі матки у жінок раннього репродуктивного віку свідчить про доцільність і ефективність даного втручання. Значення цієї операції визначається можливістю створення сприятливих умов для виношування вагітності і реалізації репродуктивної функції у жінок з порушеною фертильністю.

**Восстановление репродуктивной функции женщин раннего репродуктивного возраста с лейомиомой матки после консервативно-пластических операций**  
**А.С. Бобер**

Анализ ближайших и отдаленных результатов реконструктивно-пластических операций при лейомиоме матки свидетельствует о целесообразности и эффективности данного вмешательства. Значение этой операции определяется возможностью создания благоприятных условий для вынашивания беременности и реализации репродуктивной функции у женщин с нарушениями фертильности.

**Ключевые слова:** лейомиома матки, хирургическое лечение, ранний репродуктивный возраст.

**Restoration of reproductive function of women early genesial age with leiomyoma of uterus after is conservative-plastic operations**  
**A.S. Bober**

The analysis of the nearest and remote results of reconstructive - plastic operations at a leiomyoma of a uterus testifies to expediency and efficiency of the given intervention. Value of this operation is defined by an opportunity of creation of favorable conditions for pregnancy and realization of reproductive function at women with infringements fertility.

**Key words:** leiomyoma of uterus, surgical treatment, early genesial age.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Велла Р. Безопасность одновременного проведения миомэктомии и кесарева сечения / Велла Р. Мускат, Арматис А., Спитери М. // Материалы конгресса Европейской ассоциации акушеров-гинекологов. – Коленгаген, 2016. – С. 34.
2. Коханевич Е.В. Миома матки / Коханевич Е.В., Тимошенко Л.В. // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України. – 1999. – № 5. – С. 82–90.
3. Логутова Л.С. Акушерская тактика при ведении беременных с миомой матки / Логутова Л.С., Буянова С.Н., Левашова И.И. // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2017. – № 3. – С. 50–53.
4. Матевосян Н.Р. Некоторые показатели свёртывающей системы крови беременных-носительниц фибромиомы матки / Матевосян Н.Р., Григорян Д.З. // Материалы международной конференции по актуальным проблемам хирургии. – Ереван, 2015. – С. 405–406.
5. Савицкий Г.А. Особенности течения беременности у больных миомой матки / Савицкий Г.А. // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2017. – № 3. – С. 84–86.
6. Сидорова И.С. Характер нарушений состояния плода у беременных с миомой матки / Сидорова И.С., Макаров И.О., Шешунова Н.А. // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2016. – № 4. – С. 16–20.
7. Katz V.L. Complications of uterine leiomyomas in pregnancy / Katz V.L., Dotters D.I., Droegemuehl W. // Obstet. Gynecol. – 2016. – Vol. 73, № . – P. 593–596.

УДК 618.14-007.415-07-005.1

## Клінічні особливості різних форм аденоміозу

**С.Я. Гринчук**

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

Результати проведених досліджень свідчать про актуальність вивчення сучасних клінічних аспектів аденоміозу. Отримані результати вказують на наявність декількох форм даної патології, які необхідно враховувати у клінічній практиці. Ефективне оцінювання отриманих клінічних результатів свідчить про необхідність удосконалення існуючого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у пацієнток з аденоміозом.

**Ключові слова:** аденоміоз, клініка.

Не дивлячись на вікову історію вивчення різних аспектів проблеми ендометріозу, це захворювання залишається однією з центральних медико-соціальних проблем. Ендометріоз посідає третє місце у структурі гінекологічної захворюваності, його виявляють у понад 50% жінок репродуктивного віку. Він негативно впливає на психоемоційний стан, знижуючи працездатність і репродуктивну функцію [1, 2].

Протягом останнього десятиліття відзначено зростання частоти захворювання ендометріозом, а також «омолоджування» контингенту хворих. Проте точно судити про поширеність цього захворювання важко, оскільки немає чітких статистичних даних [3, 4].

Останніми роками генітальний внутрішній ендометріоз тіла матки (аденоміоз) прийнято розглядати як особливе захворювання, яке суттєво відрізняється від зовнішнього ендометріозу за патогенезом, епідеміологією та клінічній картині [5–7].

Питома частка аденоміозу в структурі генітального ендометріозу досягає 70–90%. На підставі клінічних проявів діагноз «аденоміоз» може бути поставлений у кращому разі в 50% спостережень, у 75% випадків діагноз не встановлюється, у 35% спостерігається гіпердіагностика [1, 7]. Це пов'язано з тим, що етіологія і патогенетичні механізми, відповідальні за розвиток аденоміозу, досі недостатньо детально вивчені і для коректної діагностики потрібний гістопатологічний висновок після видалення матки.

Не дивлячись на значне число наукових досліджень з проблеми аденоміозу, не можна вважати питання повністю вивченими, особливо в аспекті сучасної клінічної картини даної патології.

**Мета дослідження:** вивчення сучасних клінічних аспектів аденоміозу.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети дослідження було проведено обстеження 170 пацієнток, з яких 120 хворих на аденоміоз різного ступеня активності і поширеності увійшли до основної групи.

У контрольну групу увійшли 50 пацієнток репродуктивного і пременопаузального віку без аденоміозу, які піддалися гістеректомії з подальшим патоморфологічним дослідженням тіла матки з приводу пролапсу статевих органів.

Для підвищення специфічності дослідження хворі аденоміозом у поєднанні з міомою матки і гіперплазією ендометрія з дослідження були виключені. Дані захворювання часто поєднуються, тому для виявлення дійсних аспектів патогенезу аденоміозу, а також з метою диференціальної діагностики доброякісних захворювань тіла матки, було вирішено вивчати хворих аденоміозом без супутньої гінекологічної патології.

В основній групі аденоміоз був діагнований клінічно з використанням додаткових методів обстеження. Діагностика поширення проводилася на підставі даних вагінального дотримання (динаміка розмірів, форми, консистенції матки протягом циклу), гістероскопічних, ультразвукових критеріїв і даних патоморфологічного дослідження. Радикальне оперативне лікування (видалення матки) виконано 36 (30%) з 120 пацієнток з аденоміозом піддалися.

Залежно від ступеня вираженості основних клінічних проявів, характерних для аденоміозу, усі досліджені пацієнтки з аденоміозом ( $n=120$ ) умовно було розподілені на клінічні групи:

I група – 76 пацієнток з клінічно «активним» аденоміозом;

II група – 44 пацієнтки з клінічно «неактивним» аденоміозом;

III (контрольна) група – 50 пацієнток без аденоміозу (контроль).

Для визначення форм клінічної активності аналізували найбільш поширені клінічні прояви аденоміозу – больовий синдром і гіперполіменорею.

Пацієнтки з помірним і сильним болем і пацієнтки з гіперполіменореєю у поєднанні з анемією середнього і важкого ступеня увійшли до I групи хворих з клінічно активним проявом захворювання. Пацієнтки із слабким болем, відсутністю анемії або гіперполіменореєю у поєднанні з анемією легкого ступеня увійшли до II групи пацієнток з клінічно неактивним перебігом аденоміозу.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У даному дослідженні на підставі аналізу результатів обстеження і лікування 120 хворих аденоміозом і 50 пацієнток без аденоміозу узагальнені дані про патогенез, особливості клінічного перебігу і діагностики даного захворювання.

У наших спостереженнях вік хворих аденоміозом варіював у широких межах – 26–50 років, у середньому –  $39,5 \pm 5,7$  року:

- у групі пацієнток з «активним» аденоміозом середній вік становив  $40,8 \pm 5,2$  року,
- у групі пацієнток з «неактивним» аденоміозом –  $38,2 \pm 4,7$  року.

Достовірних відмінностей між групами не було, що підтверджує дані про те, що в останні роки аденоміоз частіше зустрічається у жінок молодшого віку [1, 2].

У даному дослідженні вік менархе становив  $11,7 \pm 1,4$  року (достовірного взаємозв'язку між віком менархе і активністю перебігу аденоміозу виявлено не було), що істотно не відрізняється від даних популяцій ( $12,2 \pm 1,54$  року). Далеко не всі дослідники погоджуються з такою точкою зору, вважаючи пізні настання менархе чинником ризику розвитку аденоміозу. У той самий час за даними низки авторів [3, 4], раннє менархе з укороченим циклом, тривалими і рясними менструаціями і, отже, більшою експозицією порожнини матки і малого таза ретроградною менструальною кров'ю, є чинником ризику ендометріозу будь-якої локалізації.

У даному дослідженні порушення менструального циклу спостерігалось у 92,5% хворих. Так, дисменорея (100%), гіперполіменорея (73,7%) і перименструальні кров'яні виділення, що маються, (93,4%) достовірно частіше фіксували у групі хворих «активним» аденоміозом ( $p < 0,05$ ). Гіперменорея практично з однаковою частотою спостерігалася в обох групах (26,3% і 22,7%). Ці дані свідчать про неповноцінність механізмів регуляції менструального циклу, перш за все гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи.

Наша думка збігається з даними низки авторів про те, що об'єм і тривалість менструації може бути важливим чинником імплантації ендометріюклітин, проте такі чинники, як спадкова схильність і порушення загального і локального імунітету мають пріоритетне значення у розвитку аденоміозу [5, 6]. Заслугує на увагу високий ступінь обтяженого репродуктивного анамнезу у хворих аденоміозом, особливо у групі з «активним» аденоміозом ( $p < 0,05$ ). Більшість пацієнток з аденоміозом мали в анамнезі від 2 до 8 штучних абортів (55%), ускладнених запальними процесами (23,3%), а також лікувально-діагностичні вискоблювання (59,2%).

В обстежених хворих відзначено висока частота хронічних сальпінгоофоритів і ендометритів в анамнезі – 51,6%; у популяції в середньому частота даних захворювань становить 37,2%. Виявлені дані підтверджують думку, згідно з якою внутрішньоматкові втручання є чинниками ризику розвитку аденоміозу. Деякі автори вважають, що сприятливі умови для інвазії і зростання ендометріальних клітин у міометрії створюють нейродистрофічні зміни у зоні гістобіологічного бар'єра, що виникають у результаті димолітичних і десмопластичних процесів у слизовій оболонці, сполучній і м'язовій тканині, що незрідка формуються в результаті запалення [7].

Частота безплідності у хворих ендометріозом коливається від 25% до 60%.

Ендометріоз посідає друге місце серед причин безплідності після запальних захворювань органів малого таза [1]. За нашими даними, безплідність була виявлена у 47,5% хворих аденоміозом і достовірно частіше при «активному» аденоміозі ( $p < 0,05$ ), причому у 23,3% – первинна, а у 24,2% – вторинна, яка наставала, як правило, після значної кількості абортів.

При вивченні родинного анамнезу встановлено, що 45% пацієнток мали обтяжену спадковість відносно захворювань статевих органів, фіброзно-кістозної мастопатії (30,8%), пухлин екстрагенітальної локалізації (18,3%), ендокринопатій – захворювання щитоподібної залози, цукрового діабету, ожиріння (28,3%).

Вивчення преморбідного фону із зверненням особливої уваги на захворюваність у дитинстві, перенесені у минулому і супутні в даний час захворювання виявило, що індекс здоров'я обстежених хворих аденоміозом був достовірно низьким.

При вивченні даних анамнезу було встановлено, що хворі аденоміозом у дитинстві перенесли низку інфекційних захворювань – 89 (74,2%) випадків проти 14 (28%) у контрольній групі ( $p < 0,05$ ). Кількість хворих аденоміозом, що перенесли дитячі інфекції, становила 67 (55,8%), часті гострі респіраторні захворювання – 72 (60%).

Велике значення в генезі аденоміозу мають і хронічні соматичні захворювання. Як видно з аналізу клініко-анамнестичних даних, у пацієнток з аденоміозом спостерігається значна частота хронічних захворювань. Так, обмінно-ендокринні порушення у хворих аденоміозом зустрічалися найчастіше – в 23,3% випадків, на другому місці були виявлені захворювання травного тракту – 20%; далі – хронічні хвороби органів дихання (17,5%), серцево-судинні захворювання (12,5%), патологія сечовидільної системи спостерігалася в анамнезі у 9,2% хворих.

Алергічні реакції до лікарських препаратів і різних побутових чинників констатували у 22,5% пацієнток, що побічно може свідчити про порушення імунного гомеостазу. В частини хворих було декілька наведених вище захворювань. Залежно від ступеня активності перебігу аденоміозу кількість пацієнток з виявленою екстрагенітальною патологією зростала, становлячи 34,1% при «неактивному» аденоміозі і 51,3% – при «активному» аденоміозі.

Аналіз власних результатів клінічного перебігу аденоміозу у пацієнток не підтвердив достовірних відмінностей у віці, часі настання менархе, кількості поллогів і спадковості залежно від міри активності перебігу аденоміозу ( $p > 0,05$ ).

Достовірними відмінностями в двох групах хворих з «активним» і «неактивним» аденоміозом характеризувалися обтяжений гінекологічний і соматичний анамнез, що виявлялося нижчим індексом здоров'я хворих «активним» аденоміозом.

Отже, запальні процеси статевих органів і оперативні втручання на матці мають велике значення у патогенезі аденоміозу. Підтвердженням цьому є дослідження, які доводять, що вагітність часто надає інгібуючу дію на ендометріодні вогнища, а аборти і ускладнені пологи погіршують перебіг аденоміозу.

Окрім цього, високий інфекційний індекс і супутні екстрагенітальні захворювання також є характерними рисами аденоміозу. Можливо, дані захворювання безпосередньо не впливають на розвиток аденоміозу, але зниження стійкості організму до чинників зовнішнього середовища є підґрунтям до формування стійких метаболічних порушень і ослаблення імунної системи. Ці зміни не носять специфічного характеру, оскільки за даними низки авторів, аналогічні особливості захворюваності та інфекційного індексу виявляються і у пацієнтів з міомою матки, гіперплазією ендометрія тощо [6, 7].

Запропонована сучасна концепція патогенезу гормонозалежних захворювань репродуктивної системи жінок розглядає подібні процеси з точки зору місцевих і загальних морфофункціональних і ендокринних порушень і появою «порочного кола» у гіпоталамо-гіпофізарно-яєчниковій системі на тлі імунodefіциту.

Аналіз тривалості захворювання аденоміозом залежно від моменту початкових клінічних проявів до першої госпіталізації дозволив виявити, що при «активному» аденоміозі тривалість даного періоду більш ніж в 50% хворих склала 1–3 роки, а при «неактивному» аденоміозі – 4–8 років, тобто для «активного» аденоміозу ха-

рактерна менша тривалість захворювання з моменту перших симптомів до госпіталізації і відповідно швидкий прогрес процесу.

Наші результати, засновані на зіставленні клінічної картини аденоміозу з даними патоморфологічного дослідження, узгоджуються з результатами досліджень інших авторів і підтверджують, що патогномонічні прояви аденоміозу характерні для 2–4 стадії дифузної форми, а також для вузлової форми. Для дифузної аденоміозу 1-ї стадії не характерна наявність типових клінічних проявів (дисменорея, гіперполіменорея тощо), проте він може поєднуватися з безплідністю I або II і, можливо, бути його причиною [1, 2].

За даними низки авторів, клінічний діагноз «аденоміоз» збігається з гістологічним лише у 25–65% випадків; має місце як гіпер-, так і гіподіагностика аденоміозу, що визначають помилкову тактику ведення і прогноз [3, 4].

У результаті аналізу попередніх діагнозів на догоспітальному етапі у хворих аденоміозом була виявлена їхня значна різноманітність. Так, з 120 хворих у 49% цей діагноз був встановлений правильно, у 18% аденоміоз помилково був прийнятий за міому матки, в 11% – за гіперплазію і поліпи ендометрія, у 7% – за дисфункціональні маткові кровотечі; у 3% – за цистоаденому яєчника. Дев'ять відсотків хворих тривалий час обстежувалися і лікувалися у невропатолога, гастроентеролога, терапевта з підозрінням на грижу диска, остеохондроз, коліт, спайковий процес тощо.

Отже, на підставі клініко-анамнестичних даних і результатів гінекологічного обстеження аденоміоз був запідозрений в 95 хворих, з них підтверджений у 56 випадках. Частка псевдопозитивних результатів становила 41%. У той самий час з 120 пацієнток з підтвердженим аденоміозом, у клінічний діагноз дана патологія була винесена у 62, тобто частка псевдонегативних результатів становила 48%, чутливість методу – 51,7% і специфічність – 59%.

## ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про актуальність вивчення сучасних клінічних аспектів аденоміозу. Отримані результати вказують на наявність декількох форм даної патології, які необхідно враховувати у клінічній практиці. Ефективне оцінювання отриманих клінічних результатів свідчить про необхідність удосконалення існуючого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у пацієнток з аденоміозом.

## Клинические особенности различных форм аденомиоза

**С.Я. Гринчук**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют об актуальности изучения современных клинических аспектов аденомиоза. Полученные результаты указывают на наличие нескольких форм данной патологии, которые необходимо учитывать в клинической практике. Эффективная оценка полученных клинических результатов указывает на необходимость совершенствования существующего алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у пациенток с аденомиозом.

**Ключевые слова:** аденомиоз, клиника.

### Clinical features of various forms of adenomyosis S.Ya. Grinchuk

Results of the spent researches testify to an urgency of studying of modern clinical aspects of ademyose. The received results specify in presence of several forms of the given pathology which are necessary for considering in clinical to practice. The effective estimation of the received clinical results specifies in necessity of improvement of existing algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions at patients with ademyose.

**Key words:** *ademyosis, clinic.*

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков. – М.: Медицина, 2016. – 317 с.
2. Айламазян Э.К. Генитальный эндометриоз: новые подходы к терапии: Руководство для врачей / Э.К. Айламазян, С.А. Сельков, М.И. Ярмолинская. – СПб., 2017. – 25 с.
3. Актуальные вопросы гинекологии / Под. ред. Е.В. Коханевич. – К.: ООО «Книга-плюс», 2008. – 161 с.
4. Баскаков В.П. Эндометриозная болезнь / В.П. Баскаков, Ю.В. Цвелев, Е.Ф. Кира. – Санкт-Петербург: ООО «Издательство Н-Л», 2012. – 452 с.
5. Беженарь В.Ф., Повзун С.А., Фридман Д.Б. Анализ эффективности способов получения биоптатов для гистологической верификации аденомиоза // Журнал акушерства и женских болезней. – 2012. – Т. LIV. – Вып. 4. – С. 37–39.
6. Сорокина А.В., Тотчиев Г.Ф., Токтар Л.Р. Современные подходы к диагностике аденомиоза // Вестник РУДН, Серия Медицина, Акушерство и гинекология. – 2016. – № 5. – С. 181–191.
7. Радзинский В.Е., Сорокина А.В., Жилина Н.В. Иммунологические детерминанты аденомиоза с позиции доказательной медицины // Вестник РУДН, Серия Медицина Акушерство и гинекология. – 2016. – № 6. – С. 138–145.

УДК 618.14-002-007.6-039:611.664

## Клінічні особливості поліпів та гіперпластичних процесів ендометрія

**О.К. Ігнат'єва**

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

Проведено клініко-лабораторне обстеження 100 пацієнток з матковими кровотечами різного характеру і наявністю ехографічних ознак патології ендометрія. У пацієнток з поєднанням гіперплазії ендометрія і хронічного ендометриту та з реактивною гіперплазією, порівняно з гіперплазією без атипії і з атипією, виявляють більш ранній початок і вираженість клінічних симптомів захворювання, тривалість яких перевищує 2 роки. У жінок з простою і складною типовою і атипичною гіперплазією зв'язок між морфологічним варіантом патологічного процесу і патогномонічною клінічною симптоматикою відсутній.

У структурі супутніх захворювань у пацієнток з наявністю хронічного ендометриту переважають (порівняно з гіперплазією без атипії і з атипією) запальні процеси органів малого таза, доброякісні захворювання шийки матки, гіперпластичні процеси ендометрія, що свідчить про виражений системний характер патології. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у жінок з гіперпластичними процесами ендометрія, у тому числі, і на тлі хронічного ендометриту.

**Ключові слова:** *гіперпластичні процеси ендометрія, поліпи, клініка.*

Гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ) – це найбільш поширені гінекологічні захворювання, що зустрічаються з частотою від 30% до 55% [1–3]. Важливе клінічне значення даної патології полягає в тому, що ГПЕ є однією з найчастіших причин маткових кровотеч і госпіталізації жінок у стаціонар. Багато авторів відзначають високу частоту поєднання ГПЕ з міомою матки, аденоміозом, яким незрідка передують хронічні запальні процеси ендометрія [4–7].

Висока частота зустрічання ГПЕ, відсутність належної ефективності від гормональної терапії, а також вірогідність їх перетворення у злоякісну пухлину ставить проблему розвитку і патогенетичного лікування ГПЕ поруч з найбільш важливими завданнями сучасної медицини. Не дивлячись на значну кількість наукових досліджень щодо проблеми ГПЕ не можна вважати усі питання повністю вирішеними, особливо щодо ролі хронічного ендометриту в розвитку даної патології.

**Мета дослідження:** визначення клінічних особливостей різних форм ГПЕ у жінок у перименопаузальний період з урахуванням ролі хронічного ендометриту.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети і завдань проведено клініко-лабораторне обстеження 100 пацієнток з матковими кровотечами різного характеру і наявністю ехографічних ознак патології ендометрія.

*Критерії включення пацієнток у дослідження:*

- вік перименопаузального періоду;
- відсутність онкологічних захворювань;
- відсутність ендокринної патології (цукровий діабет, гіпо- і гіпертиреоз, ожиріння II–III ст.);
- відсутність гострого запального процесу органів малого таза;
- інформована добровільна згода пацієнток на проведення всіх необхідних лікувально-діагностичних процедур.

*Критерії виключення із дослідження:*

- наявність поліпів ендометрія,
- міома матки з діаметром вузлів >5 см і з субмукозною локалізацією міоматозних вузлів,
- аденоміоз II–III ст.

Після обстеження, що включало клініко-лабораторні і ехографічні методи, усім пацієнткам проводили роздільне діагностичне вишкрібання матки під контролем гістероскопії. Залежно від результатів гістологічного дослідження зскрібків із каналу шийки матки і порожнини матки було проведено комплексне імуногістохімічне дослідження, після якого було сформовано п'ять основних груп по 20 пацієнток в кожній:

- 1-а група – жінки з простою гіперплазією ендометрія без атипії,
- 2-а група – складна гіперплазія ендометрія без атипії,
- 3-я група – атипова гіперплазія,
- 4-а група – пацієнтки з ГПЕ у поєднанні з хронічним ендометритом,
- 5-а група – жінки з хронічним ендометритом і реактивною гіперплазією ендометрія.

Усі обстежені хворі були у віці від 45 до 55 років. Середній вік пацієнток становив  $48,2 \pm 2,9$  року.

Свідченням до екстреної госпіталізації стала наявність маткової кровотечі різної інтенсивності і тривалості. Основним свідченням до планової госпіталізації слугувала наявність ехографічних ознак патології ендометрія.

Звертає на себе увагу, що у 20,0% пацієнток з простою і складною гіперплазією ендометрія без атипії зміни ендометрія були діагностовані на підставі даних УЗД і клінічно себе не проявляла. Це послужило свідченням до планової госпіталізації. Усі пацієнтки з поєднанням простої гіперплазії і хронічного ендометриту (100%) і переважна більшість жінок з атиповою гіперплазією ендометрія (90,0%) і хронічним ендометритом з реактивною гіперплазією (95,0%) були госпіталізовані в екстреному порядку з діагнозом маткової кровотечі перименопаузального періоду.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Майже у кожній другій жінки з ГПЕ без і з атипією були рясні менструації:

- проста гіперплазія без атипії – 40,0%,
- складна гіперплазія без атипії – 45,0%,
- з атипією – 45,0%.

У 35,0%, 40,0% і 40,0% випадків відповідно менструації були тривалими – понад 7 днів. Проте зазначено, що у 4-й і 5-й групах достовірно частіше (майже в 2 рази) фіксували меноррагії – 90,0% і 95,0% (рясні менструації) і 70,0% і 75,0% (тривалі менструації).

Ациклічні кровотечі були характерні для гіперплазії атипії ендометрія і достовірно частіше зустрічалися порівняно з іншими групами пацієнток – у 55,0%.

Порушення менструального циклу за типом нерегулярних менструацій відзначено у кожній другій пацієнтки з простою і складною гіперплазією ендометрія без атипії 40,0% і 55,0% і достовірно частіше у жінок з гіперплазією атипії і поєднанням простої гіперплазії з хронічним ендометритом – 70,0% і 65,0% відповідно. При цьому тривалість порушення менструального циклу за наявності простої і складної гіперплазії ендометрія без атипії у середньому становила 0,5–1,5 року, а у пацієнток 3-ї, 4-ї і 5-ї груп – від 1 до 6 років.

Отже, частота виявлення і характер скарг у пацієнток з простою гіперплазією ендометрія без атипії достовірно не відрізнялися від групи із складною гіперплазією без атипії. Основними скаргами у жінок з гіперплазією атипії ендометрія були нерегулярні менструації (70,0%), слабкість (60,0%), ациклічні кровотечі (55,0%), рясні менструації (45,0%) і тривалі менструації (40,0%).

Жінки з простою гіперплазією ендометрія у поєднанні з хронічним ендометритом і пацієнтками з хронічним ендометритом і реактивною гіперплазією ендометрія достовірно частіше пред'являли скарги на меноррагії (90,0% і 95,0%) і тривалі менструації (70,0% і 75,0%) порівняно з простою, складною гіперплазією ендометрія без атипії і гіперплазією атипії – 40,0%, 45,0%, 45,0% ( $p < 0,05$ ). Водночас у 4-й групі також як і за наявності гіперплазії атипії ендометрія фіксували високий відсоток виявлення порушення менструального циклу за типом нерегулярних менструацій (65,0%).

Слід зазначити, що перенесені багаточисельні внутрішньоматкові втручання передували і можливо сприяли розвитку у пацієнток основної групи патології ендометрія. Наявність невиношування і вагітності, що не розвивається, у цих пацієнток можуть побічно свідчити про гормональні порушення, що теж могло призвести або бути віддзеркаленням патології ендометрія.

Під час оцінювання репродуктивної функції пацієнток було відзначено, що найчастіше первинна і вторинна безплідність зустрічалися у пацієнток з гіперплазією атипії ендометрія – 5,0% і 5,0% відповідно.

У жінок із складною гіперплазією ендометрія без атипії і гіперплазією з атипією у 2 рази частіше порівняно з пацієнтками з простою гіперплазією без атипії, відбувалися одні або двоє пологів. За останніми показниками репродуктивного статусу ці три групи не мали статистично значущих відмінностей.

У 4-й групі спостережень відзначена найвища частота проведених штучних абортів (50,0%). При цьому достовірно частіше зустрічалися випадки штучного переривання вагітності і вишкрібання матки з приводу мимовільних викиднів і вагітності, що не розвивається, виконані більше 2 разів – 30,0%, 20,0%, 5,0%.

У пацієнок з хронічним ендометритом і реактивною гіперплазією ендометрія у три рази частіше, ніж у 1-й і 2-й групах був проведений штучний аборт в анамнезі, виконаний більше двох разів.

Пацієнтки 4-ї групи (поєднання простої гіперплазії ендометрія і хронічного ендометриту) частіше за інших використовували бар'єрний метод контрацепції. Звертає увагу, що кожна десята із обстежуваних жінок основної групи використовувала внутрішньоматкову контрацепцію. Водночас у групах, де в подальшому були діагностовані гіперплазія атипії ендометрія і хронічний ендометрит, частота їх вживання була дещо вищою.

Пацієнтки з простою гіперплазією ендометрія без атипії у п'ять разів частіше порівняно із групою жінок з простою гіперплазією і хронічним ендометритом використовували з метою контрацепції естроген-гестагенні контрацептиви.

Аналіз отриманих даних свідчить про те, що найчастіше гінекологічні захворювання виявляли у пацієнок з простою гіперплазією ендометрія без атипії у поєднанні з хронічним ендометритом і жінками з хронічним ендометритом і реактивною гіперплазією – доброякісна патологія шийки матки (80,0% і 75,0% відповідно), порушення менструального циклу (90,0% і 75,0%), урогенітальна інфекція (85,0% і 95,0%). Крім того, у цих групах спостережень відзначена найбільша кількість випадків верифікованого раніше хронічного ендометриту – 10,0% і 20,0%.

ГПЕ була зафіксована в анамнезі у кожній п'ятій пацієнтки 4-ї групи (20,0%) і з однаковою частотою – в 1,5 разу рідше зустрічалась у 3-й і 5-й групах. У кожній четвертій пацієнтки в анамнезі з високою частотою виявлено інфекції нижніх відділів статеві системи. На перенесений запальний процес у придатках матки з однаковою частотою (25,0%) вказали жінки 1-ї, 2-ї, 3-ї і 4-ї груп, рідше дана патологія відзначена у 5-й групі.

У кожній другій пацієнтки 2-ї і 4-ї груп в анамнезі було зазначено застосування гормональної терапії (55,0% і 55,0% відповідно), рідше таку терапію призначали групі пацієнок з хронічним ендометритом і реактивною гіперплазією ендометрія – 45,0%. За наявності простої гіперплазії ендометрія без атипії і простої гіперплазії у поєднанні з хронічним ендометритом гормональне лікування було призначено кожній четвертій жінці – 25,0% і 25,0% відповідно.

### ВИСНОВКИ

Проведено клініко-лабораторне обстеження 100 пацієнок з матковими кровотечами різного характеру і наявністю ехографічних ознак патології ендометрія. У пацієнок з поєднанням гіперплазії ендометрія і хронічного ендометриту та з реактивною гіперплазією, порівняно з гіперплазією без атипії і з атипією, виявляють більш ранній початок і вираженість клінічних симптомів захворювання, тривалість яких перевищує 2 роки. У жінок з простою і склад-

ною типовою і атипічною гіперплазією зв'язок між морфологічним варіантом патологічного процесу і патогномічною клінічною симптоматикою відсутній.

У структурі супутніх захворювань у пацієнок з наявністю хронічного ендометриту переважають (порівняно з гіперплазією без атипії і з атипією) запальні процеси органів малого таза, доброякісні захворювання шийки матки, гіперпластичні процеси ендометрія, що свідчить про виражений системний характер патології. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у жінок з гіперпластичними процесами ендометрія, у тому числі, і на тлі хронічного ендометриту.

### Клинические особенности полипов и гиперпластических процессов эндометрия Е.К. Игнатьева

Проведено клинко-лабораторное обследование 100 пациенток с маточными кровотечениями различного характера и/или наличием эхографических признаков патологии эндометрия. У пациенток с сочетанием гиперплазии эндометрия и хронического эндометрита с реактивной гиперплазией, по сравнению с гиперплазией без атипии и с атипией, отмечается более раннее начало и выраженность клинических симптомов заболевания, длительность которых превышает 2 года. У женщин с простой и сложной типичной и атипичной гиперплазией связь между морфологическим вариантом патологического процесса и патогномичной клинической симптоматикой отсутствует.

В структуре сопутствующих заболеваний у пациенток с наличием хронического эндометрита преобладают (по сравнению с гиперплазией без атипии и с атипией) воспалительные процессы органов малого таза, доброкачественные заболевания шейки матки, гиперпластические процессы эндометрия, что свидетельствует о выраженном системном характере патологии. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у женщин с гиперпластическими процессами эндометрия, в том числе и на фоне хронического эндометрита.

**Ключевые слова:** гиперпластические процессы эндометрия, полипы, клиника.

### Clinical features of polyps and hyperplastic processes in endometrium E.K. Ignatyeva

Clinical-laboratory examination of 100 patients with uterine bleedings of various character and/or existence the echografical of symptoms of pathology in endometrium is conducted. At patients with combination are hyperplasias in endometrium and chronic endometritis and with reactive hyperplasia, in comparison with hyperplasia without atypia and with atypia, earlier beginning and expression of clinical symptoms of the disease which duration exceeds 2 years becomes perceptible. At women with simple and difficult typical and atypical hyperplasia communication between morphological option of pathological process and pathognomonic clinical symptomatology is absent.

In structure of accompanying diseases at patients with existence of chronic endometritis inflammatory processes of organs of small basin, benign diseases of cervix of uterus,

hyperplastic processes in endometrium that testifies to the expressed systemic character of pathology prevail (in comparison with hyperplasia without atypia and with atypia). The received results needs to be considered when developing algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions at women with hyperplastic processes in endometrium, including, and against a chronic endometritis.

**Key words:** *hyperplastic processes in endometrium, polyps, clinic.*

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Доброхотова Ю.Э., 2016. Современные подходы к терапии гиперпластических процессов эндометрия // Эффективная фармакотерапия : 24-30.
2. Кондриков Н.И., 2015. Патология матки. М.: Практическая медицина : 176.
3. Сидорова И.С., 2017. Гиперпластические процессы эндометрия: особенности клиники и терапии // Врач : 3 : 40-42.
4. Чернуха Г.Е., 2012. Гиперплазия эндометрия: перспективы развития проблемы // Акушерство и гинекология : 4 : 11-16.
5. Amezcua C A., 2010. Apoptosis may be an early event of progestin therapy for endometrial hyperplasia // USA. Gynecol-Oncol. : 79(2) : 169-176.
6. Buckley C.H., 2012. Biopsy pathology of endometrium. NY.:Arnold. : 126
7. Eckert L.O., 2012. Endometritis. The clinical-pathologic syndrome //Am. J. Obstet Gynecol : 186 (4): 690-5.

УДК 618.1-039:616,381-072.1-089.168.1-06

## Особенности послеоперационных осложнений после лапароскопических операций

**Ю.Л. Пикуль**

Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

Изучение характера и структуры осложнений лапароскопии за исследуемый период позволяют выявить ряд принципиальных закономерностей. Последние годы характеризовались бурным ростом количества и существенным расширением объема вмешательств, выполняемых лапароскопическим доступом. Это обстоятельство, естественно требовало освоения новых методик и техники проведения операций. Естественно этот период времени сопровождался довольно большим количеством осложнений. В последующем, по мере совершенствования навыков и накопления опыта число осложнений имело тенденцию к снижению.

Сравнительный анализ осложнений лапароскопии отчетливо показал, что за последние пять лет наряду с увеличением количества выполненных операций почти в два раза произошло существенное снижение частоты всех видов осложнений лапароскопии. Полученные результаты необходимо учитывать в практическом здравоохранении при решении вопроса о проведении лапароскопических гинекологических операций.

**Ключевые слова:** *лапароскопия, гинекологические операции, осложнения.*

Выполнение лапароскопии у пациенток с различной гинекологической патологией, по мнению ряда авторов [1–4], сопровождается риском развития интра- и послеоперационных осложнений. Несовершенство дооперационной диагностики распространенности и точной локализации генитальной патологии, особенно на фоне спаечного процесса [4] и связанная с ним опасность ранения органов брюшной полости, на протяжении длительного времени вызывают особую озабоченность хирургов и заставляют искать новые подходы к проблеме, совершенствуя технику лапароскопических вмешательств.

Повышение безопасности выполнения лапароскопии у пациенток с генитальной патологией, по нашему мнению, основано на четырех принципиально важных составляющих [4]:

1. Выраженность спаечного процесса в брюшной полости и малого таза перед проведением лапароскопического вмешательства.
2. Выбор наиболее оптимального, безопасного лапароскопического метода вхождения в брюшную полость.

3. Рациональные методы выполнения лапароскопического адгезиолизиса.

4. Эффективная профилактика послеоперационных осложнений.

Данные о частоте интра- и послеоперационных осложнений при гинекологических лапароскопических операциях в литературе весьма противоречивы [1–4]. Однако все авторы считают, что оперативные вмешательства на органах брюшной полости являются важным повреждающим фактором, способствующим возникновению интра- и послеоперационных осложнений.

Все вышеизложенное свидетельствует об актуальности изучаемой научной проблемы.

**Цель исследования:** изучение частоты и характера интра- и послеоперационных осложнений при гинекологических лапароскопических операциях.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели был проведен ретроспективный анализ осложнений лапароскопических операций. Всего нам удалось собрать сведения о 98 (5,3%) осложнениях, возникших во время выполнения или явившихся следствием 1862 лапароскопических гинекологических операций в трех вышеуказанных отделениях.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Оперативная лапароскопия в последние годы заняла ведущее место в гинекологической практике многих лечебных учреждений города Киева. Всего было выполнено 1862 лапароскопических операций (в среднем – 186,2 операции в год).

Увеличение количества выполненных операций естественно сопровождалось значительными изменениями сложности и существенным расширением их объема. В этой связи все произведенные лапароскопические операции были разделены на четыре группы (по классификации И.З. Гладчука и соавторов, 2009):

1. Диагностическая лапароскопия.

2. Малые лапароскопические операции.

Стерилизация, биопсия яичников, операции при поликистозе яичников, пункция и аспирация кист яичников, лечение эндометриоза 1-й степени по классификации R-AFS, адгезиолизис при минимально выраженном спаечном процессе.

3. Большие лапароскопические операции. Лапароскопические операции, применяемые при лечении эндометриоза 2–3 степени выраженности, сальпингооовариолизис, сальпингонеостомия, фимбриопластика, тубэктомия и сальпинготомия при эктопической беременности, цистэктомия, аднексэктомия и др.

4. Лапароскопические операции повышенной сложности.

Консервативная миомэктомия, гистерэктомия, лапароскопическое лечение эндометриоза 3–4 степени, лимфаденэктомия, лапароскопические операции для коррекции пролапса половых органов и недержания мочи, гистерэктомия и др.

Спектр и частота хирургических вмешательств, выполненных лапароскопическим доступом, по мере накопления опыта и совершенствования навыков за истекший период претерпела существенные изменения. Это обстоятельство оказывало непосредственное влияние на структуру лапароскопических осложнений.

Для удобства восприятия и детального анализа причин возникновения осложнений лапароскопии мы сочли целесообразным разделить весь период наблюдения

Таблица 1

**Количество и частота лапароскопических операций в зависимости от степени сложности за два изучаемых периода**

| Характер вмешательства             | 2005-2009 гг. |      | 2010-2014 гг. |      |
|------------------------------------|---------------|------|---------------|------|
|                                    | Абс. число    | %    | Абс. число    | %    |
| Диагностическая лапароскопия       | 35            | 4,9  | 48            | 4,2  |
| Малые лапароскопические операции   | 165           | 23,0 | 169           | 14,7 |
| Большие лапароскопические операции | 391           | 54,6 | 600           | 52,4 |
| Операции повышенной сложности      | 125           | 17,5 | 329           | 28,7 |
| Всего                              | 716           | 100  | 1146          | 100  |

на два пятилетних промежутка, с 2005 по 2009 гг. и с 2010 по 2014 гг.

В течение 2005–2009 гг. происходила отработка техники и освоение методики основных лапароскопических операций (операции по поводу бесплодия, на придатках матки, миомэктомия, гистерэктомия и др.). Последние пять лет характеризуются дальнейшим расширением и совершенствованием выполнения эндоскопических вмешательств повышенной сложности (у пациенток с чревосечениями в анамнезе, при распространенных формах эндометриоза, коррекция недержания мочи и пролапса половых органов).

Все выполненные лапароскопические операции были разделены по сложности и дате их выполнения на две группы с 2005 по 2009 гг. и с 2010 по 2014 гг.

В табл. 1 представлены количество и частота лапароскопических операций в зависимости от степени сложности за два изучаемых периода.

Данные, представленные в табл. 1, убедительно демонстрируют изменения в структуре выполненных лапароскопических операций за весь период наблюдения. За последние пять лет общее количество эндоскопических процедур увеличилось почти вдвое. Так если в 2005–2009 гг. было произведено 716 операций, то за период 2010–2014 гг. их количество составило 1146.

Удельный вес диагностических вмешательств за весь период наблюдения был стабильным и составлял не более 5%. При изучении показаний к выполнению лапароскопии среди всех пациенток, более чем у 90% из них являлось бесплодие.

Частота малых лапароскопических операций имеет стойкую тенденцию к снижению, несмотря на незначительное увеличение их общего количества. Если в 2005–2009 гг. удельный вес таких вмешательств составлял 23,0%, то в 2010–2014 гг. – 14,7% от общего количества произведенных операций.

Практически не изменилась частота больших лапароскопических операций и на протяжении всего периода наблюдения она составляла чуть более половины, хотя общее количество таких вмешательств возросло в 1,5 раза (в 2005–2009 гг. – 391, в 2010–2014 гг. – 600).

Кроме того, очевидным оказался прогресс среди лапароскопических вмешательств повышенной сложности. Если в 2005–2009 гг. эти операции составляли

Таблица 2

**Лапароскопические операции, выполненные зависимости  
от их степени сложности**

| Характер вмешательства             | Количество, п | Частота, % |
|------------------------------------|---------------|------------|
| Диагностическая лапароскопия       | 83            | 4,6        |
| Малые лапароскопические операции   | 334           | 17,6       |
| Большие лапароскопические операции | 991           | 52,8       |
| Операции повышенной сложности      | 454           | 25,0       |
| Всего                              | 1862          | 100%       |

17,5% от общего количества, то в 2010–2014 гг. их удельный вес среди всех эндоскопических операций оказался равен 28,7% (почти в 1,6 раза).

В первую очередь значительно возросло количество лапароскопических гистерэктомий (ЛГ). В последние годы практически нет ограничений для использования лапароскопии у пациенток с чревосечениями в анамнезе. Количество и характер перенесенных в прошлом чревосечений (разлитой гнойный перитонит, кишечная непроходимость, 3–4 лапаротомии) не являются противопоказанием для эндоскопической операции. За истекший период оперировано более 200 пациенток с чревосечениями в анамнезе независимо от выраженности спаечного процесса брюшной полости и малого таза.

Значительно активнее и шире в последние годы стали проводиться лапароскопические вмешательства при инфильтративных формах эндометриоза с вовлечением в патологический процесс смежных органов (прямой кишки, мочеточников). Таких операций за истекший период было выполнено около 100. Из них более чем у 11 пациенток иссечение патологически измененных тканей сопровождалось диссекцией мочеточников, у 3 больных – вскрытием просвета прямой кишки и восстановлением ее целостности лапароскопическим доступом.

Также существенно расширился спектр выполняемых лапароскопических операций для коррекции недержания мочи и пролапса половых органов (операция Берча, использование синтетических протезов для фиксации шейки, тела матки и купола влагалища и др.). Если в 2005–2009 гг. такие операции были единичными, то за 2010–2014 гг. количество подобных вмешательств превысило 50.

В табл. 2 представлены все лапароскопические операции, выполненные за изучаемый период в зависимости от их степени сложности.

Как видно из представленных данных, наиболее часто за прошедший период производились большие лапароскопические операции, их удельный вес составил более 50%, а реже всего эндоскопическое вмешательство выполнялось с диагностической целью (менее 5% от общего количества).

Такое существенное расширение хирургической активности естественно не могло не сказаться на изменении частоты и характера лапароскопических осложнений.

В дальнейшем при изложении сведений о лапароскопических осложнениях мы нередко будем ссылаться на собственный опыт проведения эндоскопических вмешательств. В этой связи мы сочли целесообразным указать, что за период с 2005 по

Таблица 3

**Частота и характер осложнений лапароскопических гинекологических операций**

| Характер осложнения                   | 2005–2009 гг. |                            | 2010–2014 гг. |                             |
|---------------------------------------|---------------|----------------------------|---------------|-----------------------------|
|                                       | Абс. число    | Частота на 716 операций, % | Абс. число    | Частота на 1146 операций, % |
| Ранения магистральных сосудов         | 1             | 0,15                       | 1             | 0,09                        |
| Повреждения эпигастральных сосудов    | 2             | 0,3                        | 1             | 0,09                        |
| Повреждения кишечника                 | 8             | 1,1                        | 7             | 0,6                         |
| Повреждения мочевыделительных органов | 4             | 0,6                        | 4             | 0,35                        |
| Кровотечения                          | 11            | 1,5                        | 10            | 0,9                         |
| Инфекционно-воспалительные осложнения | 16            | 2,2                        | 11            | 0,96                        |
| Тромбогеморрагические осложнения      | 12 (1,7%)     |                            | 10            | 0,9                         |
| Всего 98 осложнений                   | 54            | 7,5                        | 44            | 3,8                         |

2014 гг. автором выполнено 1862 лапароскопических операций, включая вмешательства любой степени сложности.

Как указывалось ранее, всего за период с 2005 по 2014 гг. нами было зарегистрировано 98 осложнений, возникших в процессе проведения или после лапароскопических операций. Общая частота осложнений лапароскопии за весь период наблюдения составила 5,3%.

Частота и характер лапароскопических осложнений за исследуемые пятилетние промежутки (2005–2009 гг. и 2010–2014 гг.) времени имели довольно существенные различия.

В табл. 3 представлены все осложнения лапароскопии за изучаемые периоды.

Из данных, представленных в табл. 3, при сопоставлении результатов, полученных за разные временные периоды, следует отметить, что несмотря на существенное расширение перечня лапароскопических операций и значительное увеличение их количества, общая частота осложнений даже незначительно снизилась (с 7,5% до 3,8% соответственно). Наряду с этим произошли изменения в характере и структуре осложнений.

Ранения магистральных и эпигастральных сосудов, возникших при введении троакаров, имели место в единичных случаях и не отражали общую картину. Это является свидетельством хорошей методики выполнения лапароскопического вхождения в брюшную полость. Однако полностью избежать таких осложнений не удалось ввиду того, что в последние годы лапароскопический доступ стал применяться все чаще в структуре всех гинекологических операций.

Отмечено незначительное снижение частоты повреждений кишечника и органов мочевыделительной системы (с 1,15 до 0,6% и с 0,6% до 0,35% соответственно).

Таблица 4

**Осложнения лапароскопии и их частота в зависимости  
от сложности эндоскопической операции**

| Характер вмешательства             | Операции   | Осложнения | Частота |
|------------------------------------|------------|------------|---------|
|                                    | Абс. число | Абс. число | %       |
| Малые лапароскопические операции   | 334        | 15         | 4,5     |
| Большие лапароскопические операции | 991        | 52         | 5,3     |
| Операции повышенной сложности      | 454        | 28         | 6,2     |
| Всего                              | 1862       | 98         | 5,3     |

В структуре различных осложнений лапароскопических гинекологических операций чаще всего встречались:

- интраоперационные кровотечения (1,5% и 0,9%),
- инфекционно-воспалительные осложнения (раневая инфекция – 2,2% и 0,96%),
- тромбеморрагические осложнения (тромбофлебит глубоких вен нижних конечностей и таза – 1,7% и 0,9% соответственно).

При этом было отмечено снижение частоты всех вышеуказанных осложнений во втором временном периоде, даже несмотря на увеличение сложности и объема лапароскопических операций.

Эти изменения частоты и структуры осложнений лапароскопии имеют прямую связь с характером произведенных эндоскопических вмешательств.

В табл. 4 представлены осложнения лапароскопии и их частота в зависимости от сложности эндоскопической операции.

Из данных, представленных в табл. 4, отчетливо видно, что наиболее часто осложнения имели место при выполнении лапароскопических операций повышенной сложности (6,2%), а реже всего регистрировались при вмешательствах, предпринимаемых с целью диагностики состояния внутренних половых органов (3,6%).

К осложнениям диагностической лапароскопии в данном исследовании было отнесено единственное ранение магистрального сосуда, потребовавшее немедленного перехода к чревосечению. Показанием к лапароскопии у этой пациентки являлось опухолевое образование левого яичника, однако повреждение аорты первым троакарком потребовало немедленного перехода на чревосечение, в связи с чем эндоскопическое вмешательство было ограничено только диагностическим этапом.

Другие осложнения, связанные с вхождением в брюшную полость (ретроперитонеальные гематомы в проекции магистральных сосудов и травмы кишечника, возникавшие при введении первого троакара) диагностировались и устранялись эндоскопическим доступом и потому не были отнесены нами к осложнениям диагностической лапароскопии.

При проведении малых эндоскопических операций отмечались только осложнения (всего 15), которые были отнесены нами к кровотечениям. При этом были зарегистрированы 3 ранения нижних эпигастральных сосудов, 11 гематом малого таза

Таблица 5

**Характер осложнений при малых гинекологических операциях**

| Характер осложнения                | 2005-2009 гг.<br>165 операций |            | 2010-2014 гг.<br>169 операций |            |
|------------------------------------|-------------------------------|------------|-------------------------------|------------|
|                                    | Абс. число                    | Частота, % | Абс. число                    | Частота, % |
| Повреждения эпигастральных сосудов | 2                             | 1,2        | 1                             | 0,6        |
| Кровотечения                       | 7                             | 4,2        | 5                             | 2,9        |
| Всего                              | 9                             | 5,5        | 6                             | 3,6        |

после коагуляции яичника и 1 повреждение наружной подвздошной вены во время декорткикации яичников по поводу поликистоза и связанного с ним бесплодия.

Все осложнения малых лапароскопических операций и их динамика за 2005–2009 гг. и 2010–2014 гг. представлены в табл. 5.

Результаты этой таблицы свидетельствуют, что по годам частота осложнений при малых лапароскопических операциях снизилась с 5,5% до 3,6% соответственно, в первую очередь, за счет кровотечений (с 4,2% до 2,9%). В то же время следует отметить ранение наружной подвздошной вены при выполнении декорткикации яичников начинающим хирургом, что свидетельствует о возможности возникновения тяжелых осложнений при проведении простых манипуляций лапароскопическим доступом.

Осложнения, наблюдавшиеся при больших лапароскопических операциях, представлены в табл. 6.

Данные, представленные в табл. 6, свидетельствуют, что суммарная частота осложнений больших лапароскопических операций снизилась с 7,2% до 4,0%, причем равномерно за счет всех видов осложнений.

Таблица 6

**Осложнения больших лапароскопических операций**

| Характер осложнения                   | 2005-2009 гг.<br>391 операция |            | 2010-2014 гг.<br>600 операций |            |
|---------------------------------------|-------------------------------|------------|-------------------------------|------------|
|                                       | Абс. число                    | Частота, % | Абс. число                    | Частота, % |
| Повреждения эпигастральных сосудов    | 1                             | 0,3        | -                             |            |
| Повреждения кишечника                 | 5                             | 1,3        | 4                             | 0,7        |
| Кровотечения                          | 5                             | 1,3        | 6                             | 1,0        |
| Инфекционно-воспалительные осложнения | 9                             | 2,3        | 9                             | 1,5        |
| Тромбеморрагические осложнения        | 7                             | 1,8        | 7                             | 1,2        |
| Всего                                 | 28                            | 7,2        | 24                            | 4,0        |

Таблица 7

## Осложнения лапароскопических операций повышенной сложности

| Характер осложнения                   | 2005-2009 гг.<br>125 операций |               | 2010-2014 гг.<br>329 операций |               |
|---------------------------------------|-------------------------------|---------------|-------------------------------|---------------|
|                                       | Абс.<br>число                 | Частота,<br>% | Абс.<br>число                 | Частота,<br>% |
| Ранения магистральных сосудов         | 1                             | 0,8           | 1                             | 0,3           |
| Повреждения кишечника                 | 3                             | 2,4           | 2                             | 0,6           |
| Повреждения мочевыделительных органов | 2                             | 1,6           | 1                             | 0,3           |
| Кровотечения                          | 4                             | 3,2           | 3                             | 0,9           |
| Инфекционно-воспалительные осложнения | 3                             | 2,4           | 2                             | 0,6           |
| Тромбогеморрагические осложнения      | 3                             | 2,4           | 3                             | 0,9           |
| Всего                                 | 16                            | 12,8          | 12                            | 3,6           |

Осложнения, наблюдавшиеся при лапароскопических операциях повышенной сложности и их динамика по годам, представлены в табл. 7.

Данные табл. 7 наглядно демонстрируют, что при сложных эндоскопических вмешательствах различные осложнения отмечались с наибольшей частотой. Изучение их динамики за истекший период показало, что высокая частота осложнений за период с 2005 по 2009 гг. объясняется в первую очередь наибольшим числом выполненных операций (всего 126). В последующие пять лет прослеживается четкая тенденция к снижению общей частоты осложнений при лапароскопических операциях повышенной сложности (329 операций). При этом характерной особенностью является снижение суммарной частоты послеоперационных осложнений с 12,8% до 3,6% соответственно, причем за счет всех видов осложнений.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, изучение характера и структуры осложнений лапароскопии за исследуемый период позволяют выявить ряд принципиальных закономерностей. Последние годы характеризовались бурным ростом количества и существенным расширением объема вмешательств, выполняемых лапароскопическим доступом. Это обстоятельство, естественно требовало освоения новых методик и техники проведения операций. Естественно этот период времени сопровождался довольно большим количеством осложнений. В последующем по мере совершенствования навыков и накопления опыта число осложнений имело тенденцию к снижению.

Так, сравнительный анализ осложнений лапароскопии отчетливо показал, что за последние пять лет наряду с увеличением количества выполненных операций почти в два раза произошло существенное снижение частоты всех видов осложнений лапароскопии. Полученные результаты необходимо учитывать в практическом здравоохранении при решении вопроса о проведении лапароскопических гинекологических операций.

Особенности послеоперационных осложнений  
после лапароскопических операций  
Ю.Л. Пікуль

Вивчення характеру і структури ускладнень лапароскопії за досліджуваній період дозволяють виявити низку принципових закономірностей. Останні роки характеризувалися бурхливим зростанням кількості та істотним розширенням об'єму втручань, що виконуються лапароскопічним доступом. Це обставина вимагає освоєння нових методик і техніки проведення операцій. Без сумніву цей період часу супроводжувався досить великою кількістю ускладнень. У подальшому у міру вдосконалення навичок і накопичення досвіду число ускладнень мало тенденцію до зниження. Так, порівняльний аналіз ускладнень лапароскопії продемонстрував, що за останні п'ять років разом із збільшенням кількості виконаних операцій майже в два рази сталося істотне зниження частоти усіх видів ускладнень лапароскопії. Отримані результати необхідно враховувати в практичній охороні здоров'я під час рішення питання про проведення лапароскопічних гінекологічних операцій.

**Ключові слова:** лапароскопія, гінекологічні операції, ускладнення.

The clinical analysis postoperative complications  
after laparoscopic operations  
Yu.L. Pikul

Studying of character and structure of complications of a laparoscopy for the investigated period allow to reveal a number of basic laws. Last years were characterised by rapid growth of quantity and essential expansion of volume of the interventions which are carried out laparoscopically by access. This circumstance, naturally demanded development of new techniques and technics of carrying out of operations. Naturally this period of time was accompanied by enough considerable quantity of complications. In the subsequent, in process of perfection of skills and accumulation of experience the number of complications tended to decrease.

So, the comparative analysis of complications of a laparoscopy has distinctly shown that for last five years along with increase in quantity of the executed operations almost twice there was an essential decrease in frequency of all kinds of complications of a laparoscopy. The received results are necessary for considering in practical public health services at the decision of a question on carrying out laparoscopic gynecologic operations.

**Key words:** a laparoscopy, gynecologic operations, complications.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гладчук И.З. Современные аспекты гинекологических лапароскопических операций // Практическая медицина. – 2009. – № 3. – С. 35–39.
2. Реркин И.А., Лупов В.И. Некоторые дифференциально-диагностические особенности острой гинекологической и хирургической патологии // Акт. вопр. акушерства и гинекологии. Мат. научно-практ. конф., посвященной 80-летию проф. М.И. Медведевой. – Курск, 2010. – С. 103–105.
3. Савельева Г.М., Штыров С.В., Тангиева З.С. Динамическая лапароскопия у гинекологических больных // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 3. – С. 17–20.
4. Штыров С.В., Панкова Ю.А., Евсеев А.А. Диагностика и лечение спаечной болезни у гинекологических больных // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2010. – № 2. – С. 110–114.

# Оптимізація діагностики та лікування жінок з гіперпластичними процесами ендометрія на тлі надмірної маси тіла

**А.О. Семенюк**

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

Отримані позитивні результати лікування гіперпластичних процесів ендометрія з урахуванням імуногістохімічних детермінант свідчать про ефективність запропонованої моделі лікувальної тактики у пацієнток. Це відкриває широкі перспективи у лікуванні і профілактиці різної патології ендометрія.

*Ключові слова:* гіперпластичні процеси ендометрія, перименопаузальний період, надмірна маса тіла.

Гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ) – одна з актуальних проблем сучасної гінекології. Гіперплазія ендометрія може бути проявом гормональних порушень, запального процесу статевих органів, порушень в ендокринній і імунній системах. Сьогодні висока частота гіперпластичних процесів ендометрія, що призводять до злоякісної патології (10–50%), відносить дану патологію не лише до медичної, але й до соціальної проблеми [1–7].

Гіперпластичні процеси ендометрія є одним з основних чинників виникнення аномальних маткових кровотеч, становлять від 10% до 25% усіх причин звернення жінок до гінеколога. Частота виникнення гіперпластичних процесів ендометрія істотно збільшується до періоду вікових гормональних перебудов в організмі жінки [1–7]. Біологічна своєрідність ендометрія в тому, що ця гормончутлива тканина володіє здатністю не лише до циклічного оновлення, але й до чуйного реагування на всі зміни гормональних впливів на рівні цілого організму, тобто гіперплазія ендометрія є свідченням гормональних, обмінно-ендокринних та імунних порушень в організмі жінки [1, 3, 7].

Попри значне число наукових публікацій з проблеми гіперпластичних процесів ендометрія, не можна вважати усі питання повністю вирішеними, особливо це стосується тактики ведення пацієнток з гіперпластичними процесами ендометрія у перименопаузальний період, коли ризик розвитку рецидивуючих і злоякісних форм найбільш високий [2, 4, 6].

Усе зазначене вище свідчить про актуальність вибраного наукового завдання.

**Мета дослідження:** підвищення ефективності консервативної терапії гіперпластичних процесів ендометрія на підставі вивчення основних ехографічних, ендокринологічних, біохімічних і морфологічних змін, а також розробка алгоритму різних методів використання гормональної і антигомотоксичної терапії.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Організаційно-методичний підхід до вибору методу лікування пацієнток з ГПЕ у перименопаузальний період полягав у створенні певної програми обстеження, що передбачає клініко-анамнестичні та інструментальні методи діагностики (ультразвукові, ендоскопічні); лабораторні (мікробіологічні, цитологічні, морфологічні, імуногістохімічні) дослідження; оперативне лікування (гістероскопія і роздільне вишкрібання слизової оболонки матки).

Відповідно до поставленої мети і завдань дослідження були обстежені 100 жінок у перименопаузальному віці з надмірною масою тіла. Вік пацієнток – від 45 до 55 років, середній вік становив  $49,7 \pm 4,3$  року.

Усіх пацієнток ретроспективно було розподілено на три групи залежно від морфологічної характеристики:

- 1-а група – 50 пацієнток із залозистою і залозисто-кістозною гіперплазією ендометрія;
- 2-а група – 25 пацієнток з гіперплазією атипової ендометрії;
- 3-я група – 25 пацієнток із залозисто-фіброзними і фіброзними поліпами ендометрія.

Пацієнтки усіх груп були зіставні за віком, соціальному статусу, паритету, гінекологічній і соматичній захворюваності

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що у пацієнток з гіперпластичними процесами ендометрія у перименопаузальний період частота супутньої генітальної патології становить 71,0% з переважанням у структурі запальних процесів (57,0%); фіброзно-кістозної мастопатії (52,0%); лейоміоми (44,0%); ендометріозу (28,0%) і доброякісних захворювань шийки матки (25,0%). Водночас два гінекологічні захворювання зафіксовані у 23,0% спостережень і три – у 15,0%.

Серед несприятливих чинників преморбідного фону у пацієнток з гіперпластичними процесами ендометрія у перименопаузі можна виділити:

- надмірну масу тіла у всіх випадках (100%);
- високу частоту супутньої екстрагенітальної патології (90,0%);
- атрифіційних абортів (74,0%);
- перенесених гінекологічних операцій (50,0%);
- мимовільні аборти (40,0%);
- тривалу внутрішньоматкову контрацепцію (21,0%).

У пацієнток з різними типами гіперпластичних процесів ендометрія імуногістохімічні дослідження дозволили встановити, що у пацієнток із залозистою і залозисто-кістозною гіперплазією ендометрія спостерігається помірна ( $282,5 \pm 6,1$  і  $261,8 \pm 4,5$ ) експресія рецепторів до естрогену і прогестерону, тоді як при атиповій гіперплазії ендометрія встановлена низька ( $111,3 \pm 5,3$  і  $137,2 \pm 7,3$ ) експресія цих рецепторів.

Аналіз результатів імуногістохімічного дослідження маркера Ki67 свідчить про високу проліферативної активності клітин ендометрія, які знаходяться у стані атипової (23,0%), залозистої і залозисто-кістозної гіперплазії (20,0%) порівняно з показниками за наявності поліпів ендометрія (9,0%). Кількість інтенсивно пофарбо-

ваних ядер клітин епітелію залоз при атиповій гіперплазії у 2,5 разу, а клітин строми – у 2,7 разу вище, ніж при поліпах ендометрія, а при залозистій і залозисто-кістозній гіперплазії – відповідно в 2,1 і 1,5 разу.

У пацієнток з різними варіантами гіперпластичних процесів ендометрія в перименопаузі експресія білка p53 за наявності простої гіперплазії у 2,9 разу нижче в клітинах епітелію залоз і в 2,7 разу нижче в клітинах строми порівняно із залозистою і залозисто-кістозною гіперплазією ендометрія і в 2,5 і 2,3 разу – порівняно з поліпами ендометрія відповідно. Це свідчить про низьку активність процесів апоптозу і високому ризику малігнізації клітин.

Використання запропонованого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів дозволяє досягти низького рівня рецидивування гіперпластичних процесів ендометрія: у 4,0% спостережень була проведена гістерорезектоскопічна абляція ендометрія, у 2,0% – оперативне лікування в об'ємі тотальної гістеректомії.

### ВИСНОВКИ

Отже, отримані позитивні результати лікування гіперпластичних процесів ендометрія з урахуванням імуногістохімічних детермінант свідчать про ефективність запропонованої моделі лікувальної тактики у таких пацієнток. Це відкриває широкі перспективи у лікуванні і профілактиці різної патології ендометрія.

### Оптимизация диагностики и лечение женщин с гиперпластическими процессами эндометрия в перименопаузальный период на фоне избыточной массы тела А.А. Семенюк

Полученные позитивные результаты лечения гиперпластических процессов эндометрия с учетом иммуногистохимических детерминант свидетельствуют об эффективности предлагаемой модели лечебной тактики у таких пациенток. Это открывает широкие перспективы в лечении и профилактике различной патологии эндометрия.

**Ключевые слова:** гиперпластические процессы эндометрия, перименопаузальный период, избыточная масса тела.

### Optimisation of diagnostics and treatment of women with hyperplastic processes of endometrium in perimenopausal period and excess body weight A.A. Semenyuk

The received positive results of treatment of hyperplastic processes of endometrium with the account immunohistochemistry determinant testify to efficiency of offered model of medical tactics at these patients. It opens wide prospects in treatment and preventive maintenance of a various pathology of endometrium.

**Key words:** hyperplastic processes of endometrium, perimenopausal the period, excess body weight.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Манухин И.Б. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии / И.Б. Манухин, Л.Г. Тумилович, М.А. Геворкян. – М.: МИА, 2015. – 247 с.
2. Сімрок В.В. Гормональні показники у хворих із доброякісною патологією матки / В.В. Сімрок // Ендокринологія. – 2013. – Т. 5, № 1. – С. 10–15.
3. Коханевич Е.В. Гиперпластические процессы и рак эндометрия / Е.В. Коханевич, К.П. Ганина, В.Е. Мицкевич [и др.] // Журнал практического врача. – 2008. – № 4. – С. 23–31.
4. Горин В.С. Роль патологии щитовидной железы в развитии гиперпластических процессов в эндометрии: Обзор / В.С. Горин, С.Н. Болдырева, Г.Я. Голиков [и др.] // Вестн. Рос. ассоц. акушеров-гинекологов. – 2017. – № 4. – С. 24–27.
5. Чернуха Г.Е. Особенности гормональных взаимоотношений при различных вариантах гиперплазии эндометрия / Г.Е. Чернуха, А.А. Кангельдиева, Г.В. Слукина // Проблемы репродукции. – 2015. – Т. 8, № 5. – С. 36–40.
6. Практическое руководство по гинекологической эндокринологии / В.Н. Серов, В.Н. Прилепская, Т.Я. Пшеничникова [и др.] – М.: Русфармамед, 2017. – 427 с.
7. Чайка В.К. Прогнозирование рецидивирования гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста / В.К. Чайка, Т.И. Холодняк, Г.Д. Мисуна / Медико-социальные проблемы семьи. – 2013. – Т. 8, № 2. – С. 103–108.

## Медико-соціальні аспекти збереження репродуктивного здоров'я дівчат-підлітків із тиреоїдною патологією

С.М. Шулятицька

Івано-Франківський національний медичний університет МОЗ України

Результати проведених досліджень дозволяють дійти висновку, що модель з охорони репродуктивного здоров'я і підготовки до родинного життя повинна включати наступні складові частини: організаційну структуру, представлену спеціалізованим відділенням при обласному перинатальному центрі; основні завдання, умови і критерії оцінки ефективності її діяльності.

Функціонування моделі передбачає чітку схему взаємодії з адміністрацією територій, установами охорони здоров'я, управлінням внутрішніх справ, комітетами народної освіти і культури і громадськими організаціями. Це дозволяє повноцінно забезпечити вирішення проблем під час підготовки до родинного життя молоді і підлітків.

**Ключові слова:** репродуктивне здоров'я, дівчатка-підлітки, медико-соціальна допомога.

Проблеми охорони здоров'я жінок, дітей і підлітків в умовах економічної і демографічної нестабільності набувають характеру первинних завдань національної політики, а від їхнього успішного рішення багато в чому залежить майбутнє країни. На сучасному етапі формування репродуктивного здоров'я підлітків відбувається на тлі інтенсивних відхилень у фізичному, психічному розвитку і зростання соціально значущих захворювань. Підлітковий вік є одним з найбільш критичних періодів у житті людини, а максимальне наростання гострої і хронічної патології спостерігається в 12–13 років, що пов'язане з гормональними перебудовами, які відбуваються у пубертатний період [1–3]. Крім того, серйозну стурбованість викликають виражені зміни у стані соматичного здоров'я дівчаток-підлітків, рівень захворюваності серед яких на 10–15% вище, ніж серед хлопців [4].

Швидке статеве дозрівання і ранній початок статевого життя призвело до появи феномену «підліткове материнство», що негативно позначається як на здоров'ї новонароджених, так і юних матерів. Останніми роками кожна десята дитина народжується від матерів молодше 20 років, а материнська смертність серед дівчаток-підлітків в кілька разів вище, ніж у загальній популяції [1–5].

У підлітковий період формуються основи способу життя, стиль поведінки, яка надалі визначатиме фізичне і психічне здоров'я. Поширення захворювань, що передаються статевим шляхом, і абортів зумовлює необхідність розробки і впроваджен-

ня комплексу заходів з охорони репродуктивного здоров'я, питання підготовки до відповідального материнства і батьківства, що спостерігається серед підлітків. Для різних за зайнятістю, соціально-побутових умов груп підлітків чинники ризику щодо рівня здоров'я різні. Це обґрунтовує вживання диференційованого підходу під час планування і реалізації профілактичних і оздоровчих заходів.

Одним із провідних показників здоров'я дівчаток-підлітків є стан репродуктивної системи, що вимагає приділяти пильну увагу питанням їхньої підготовки до майбутнього материнства і свідомого родинного життя [1–3]. Питання організації медико-соціальної допомоги, направленої на збереження репродуктивного здоров'я і підготовки до родинного життя, є надзвичайно актуальними для екологічно неблагополучних регіонів країни, у тому числі і для Київської області, вимагають наукового опрацювання і практичної реалізації. Усе це визначило актуальність справжнього наукового дослідження.

**Мета дослідження:** розроблення організаційно-функціональної моделі і схеми взаємодії різних структур щодо збереження репродуктивного здоров'я дівчаток-підлітків на підставі поглибленого соціально-гігієнічного вивчення захворюваності.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети були вивчені основні соціально-медичні аспекти соматичної і гінекологічної захворюваності дівчаток і хлопців-підлітків. Усього обстежено понад 5000 дівчаток і хлопців-підлітків.

Основними методами дослідження були соціально-гігієнічні, соціологічне опитування, експертне оцінювання та аналіз, статистичний порівняльний аналіз, лінійне програмування та організаційне моделювання.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що середній рівень загально-соматичної захворюваності дівчаток-підлітків становить 1451,8‰, що на 18,6% вище, ніж у хлопців. Серед них у 5,1 разу частіше порівняно з хлопцями реєструють новоутворення і патології щитоподібної залози, у 3,3 разу – хвороби сечостатевої системи, у 2,9 разу – хвороби крові і системи кровотворення, в 1,5 разу – хвороби шкіри і підшкірної клітковини.

Проведений поглиблений аналіз захворюваності в динаміці підтверджує стабільне зростання:

- захворювань крові і кровотворної системи ( $3,86 \pm 0,41$  і  $10,96 \pm 0,70$ );
- інфекційних хвороб ( $34,15 \pm 1,19$  і  $58,93 \pm 2,41$ );
- захворювань щитоподібної залози ( $11,18 \pm 0,69$  і  $30,03 \pm 1,14$ );
- системи кровообігу ( $5,42 \pm 0,48$  і  $11,76 \pm 0,72$ );
- захворювань сечостатевої системи ( $67,71 \pm 1,64$  і  $104,50 \pm 2,01$ );
- природжених аномалій ( $4,44 \pm 0,43$  і  $9,48 \pm 0,65$ ).

У процесі дослідження виявлено, що разом із соматичною захворюваністю виявлені високі показники гінекологічної. Встановлено, що її рівень становить 201,0‰, а за останні роки констатують зростання на 23,9%. До основних видів патології, що формують гінекологічну захворюваність, належать хвороби сечостатевої системи (57,4%) і щитоподібної залози (48,6%), представлені тиреоїдною ди-

сфункцією, порушеннями менструальної функції, вульвовагінітами та ерозіями шийки матки. У групу інфекційних захворювань, що становлять 37,1%, входять кандидози, бактеріальні вагінози і трихомоніози. На третьому місці перебувають доброякісні утворення жіночих статевих органів (3,18%), серед яких у більшості випадків реєструються кісти яєчників. Серед дівчаток-підлітків спостерігається досить високий рівень медичних абортів (16,2%), що помітно знизився за останніх 5 років (на 43,6%).

Провідними соціально-гігієнічними чинниками ризику порушень здоров'я серед учнів шкіл, професійно-технічних училищ і коледжів є ранній початок статевого життя (47,9%); наявність двох і більше статевих партнерів (21,4%); обмежене використання методів контрацепції (лише 31,0% застосовують профілактику від непланованої вагітності). Крім того, виявлена дія загальних поведінкових чинників: куріння (43,2%); вживання алкоголю (65,7%) і використання наркотиків (10,3%).

Матеріали соціологічного опиту дозволили встановити у дівчаток-підлітків низькі установки на формування репродуктивної поведінки і збереження репродуктивного здоров'я. Понад 30% опитаних не відзначають негативного впливу раннього початку статевого життя на здоров'я, на можливість виникнення захворювань, що передаються статевим шляхом, а кожна десята (10,3%) упевнена в безпеці переривання першої вагітності. Переважна більшість респондентів (91,4%) обізнані про ВІЛ-інфекцію і захворювання, що передаються статевим шляхом, методи контрацепції, проте лише 31,0% використовують різні контрацептиви. Перегляд даної інформації зі спеціальної літератури відзначене в 44,0% анкет, від батьків – в 22,9% і від однолітків – в 31,0%.

### ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень дозволяють дійти висновку, що модель з охорони репродуктивного здоров'я і підготовки до родинного життя повинна включати наступні складові частини:

- організаційна структура, представлена спеціалізованим відділенням при обласному перинатальному центрі;
- основні завдання, умови і критерії оцінки ефективності її діяльності.

Функціонування моделі передбачає чітку схему взаємодії з адміністрацією територій, установами охорони здоров'я, управлінням внутрішніх справ, комітетами народної освіти і культури та громадськими організаціями. Це дозволяє повноцінно забезпечити вирішення проблеми з підготовки до родинного життя молоді і підлітків.

### Медико-социальные аспекты сохранения репродуктивного здоровья девочек-подростков с тиреоидной патологией С.М. Шулятицкая

Результаты проведенных исследований позволяют сделать вывод, что модель по охране репродуктивного здоровья и подготовке к семейной жизни должна включать следующие составные части: организационную структуру, представленную специализирован-

ным отделением при областном перинатальном центре; основные задачи, условия и критерии оценки эффективности ее деятельности.

Функционирование модели предусматривает четкую схему взаимодействия с администрацией территорий, учреждениями здравоохранения, управлением внутренних дел, комитетами народного образования и культуры и общественными организациями. Это позволяет полноценно обеспечить решение проблемы подготовки к семейной жизни молодежи и подростков.

**Ключевые слова:** репродуктивное здоровье, девочки-подростки, медико-социальная помощь.

### Medical-social aspects of conservation of genesial health of teenage girls with thyroid pathology S.M. Shulyatitskaya

Results of the lead researches allow to make the conclusion, that the model on protection of reproductive health and preparation for home life should include the following components: the organizational structure submitted by specialized branch at regional perinatal center; the primary goals, conditions and criteria of an estimation of efficiency of its activity.

Functioning of model provides the precise circuit of interaction with administration of territories, establishments of public health services, the Department of Internal Affairs, committees of national education and culture and with public organizations that allows is high-grade to provide a diverse circle of problems of preparation for home life of youth and teenagers.

**Key words:** reproductive health, girls - teenagers, the medical-social help.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гуркин Ю.А. Ювенильная гинекология (часть 1). – С.-Пб., 2013. – 40 с.
2. Гуркин Ю.А. Ювенильная гинекология (часть II). – С.-Пб., 2014. – 47 с.
3. Гуркин Ю.А. Репродуктологические проблемы девушек-подростков: Пособие для врачей-курсантов. – СПб., 2017. – Вып. 1. – 48 с.
4. Планирование семьи и репродуктивное здоровье девочек-подростков / В.И. Краснопольский, И.С. Савельева, Ю.Б. Белохвостова и др. // Вести. Росс. ассоциации акушеров-гинекологов. – 2016. – № 1. – С. 87–89.
5. Перинатальная патология / Под ред. Студеникина М.Я. – М.: Медицина, 2014. – 327 с.

УДК 618.1-002-06:618.146-097:612.017.1

## Роль місцевого імунітету каналу шийки матки в розвитку порушень мікробіоценозу статевих шляхів

С.А. Пандей

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

Результати проведених досліджень свідчать, що при гострому запаленні внутрішніх статевих органів відбувається функціональна активація місцевих лімфоцитів, причому вона більш виражена при середньому ступені тяжкості захворювання і не залежить від нозологічної форми. Отримані результати можна використовувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** запальні захворювання, місцевий імунітет, канал шийки матки.

Проблема запальних захворювань репродуктивної системи зберігає свою актуальність у зв'язку з їх поширеністю, виникненням переважно у жінок молодого віку, а також великою частотою хронізації запального процесу, підвищенням частоти безпліддя і ектопічної вагітності, хронічного тазового болю тощо [1–4].

У забезпеченні резистентності слизових оболонок жіночих статевих органів у нормі і в регуляції перебігу і результату запального процесу велика роль належить місцевим лімфоцитам [4]. Увага дослідників і клініцистів загалом обернена на вивчення і корекцію змін системних чинників захисту при запаленні. Судити про стан місцевих захисних механізмів на підставі дослідження лімфоцитів периферичної крові неможливо, оскільки тканинні лімфоцити взаємодіють з антигеном в умовах, які по температурі, рН і ферментному складу середовища відрізняються від внутрішнього середовища організму, що може впливати певним чином на їх функціональну активність [4].

Тому необхідно вивчити стан місцевих лімфоцитів слизової оболонки статевих органів, що можливе в подальшому використовувати при розробці діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Мета дослідження:** вивчення механізми захисту слизової оболонки статевих органів у здорових жінок і при гострому запаленні піхви і внутрішніх статевих органів шляхом дослідження експресії поверхневих маркерів на лімфоцитах слизу каналу шийки матки і енергетичного статусу лімфоцитів слизу.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено обстеження 107 жінок репродуктивного віку, з них 97 – з гострим запальним процесом в ділянці матки і придатків і 10 соматично і гінекологічно здорових жінок-донорів з нормальною менструальною і генеративною функцією.

Середній вік донорів становив  $23,3 \pm 1,6$  року, а хворих –  $24,7 \pm 3,2$  року. Було діагностовано:

- гострий ендоміометрит – у 34,0% пацієнток;
- гострий ендометрит – в 2,1%;
- гострий сальпінгоофорит – у 11,3%;
- поєднання сальпінгоофориту і ендометриту – у 10,3%;
- гнійний сальпінгоофорит і ендометрит – у 34,0%;
- пельвіоперитоніт – у 8,3% хворих.

Діагноз гострого запального процесу матки і придатків був встановлений за допомогою загальноприйнятих методів. Хворим проводили клініко-лабораторне дослідження; гінекологічне обстеження і ультразвукове дослідження органів малого таза.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Згідно з отриманими результатами, гострий запальний процес репродуктивної системи виник на тлі внутрішньоматкового контрацептиву у 16,5%; після артіфіційного абортів – у 7,2%; після переохолодження – у 23,7%; після менструації – у 33,0%; після гістеросальпінгографії – у 1,0% і поза зв'язком з будь-якою певною причиною – у 11,3%.

Давність захворювання до трьох днів була у 40,2%; від 4 до 7 днів – у 37,1% і від 7 до 10 днів – у 22,7% хворих.

На момент опиту пред'являли скарги на:

- озноб – 32,9% пацієнток;
- на нудоту – 26,8%;
- на сухість у роті – 32,9%;
- на прискорене і хворобливе сечовипускання – 20,6%;
- на здуття живота – 13,4%;
- на пітливість – 27,8%;
- на запаморочення – 17,5%;
- на ясні виділення із статевих шляхів – 70,1% жінок.

Білі внизу живота був в 84,4% хворих, причому розлиті в 3,1%; в епігастрії – в 2,1%; ниючого характеру – в 85,6%; ріжучого – в 7,2%; переймоподібного – в 4,1%; з іррадіацією у пахову область і стегно – в 60,8%; у пряму кишку – в 10,3% хворих. Причому у 68,0% пацієнток біль був помірним; в 25,8% – сильним і відсутнім – у 5,1% жінок.

Під час об'єктивного дослідження стан 57,7% пацієнток було розцінено як задовільний і в 42,3% – середньої міри тяжкості.

Нормальну температуру тіла спостерігали у 47,4% жінок; субфебрильну – у 34,0%, гіпертермію – у 18,6%.

При пальпації живота помірну болочість виявляли у 49,5%; різку – у 12,4%; перитонеальні симптоми – у 8,3% були позитивними.

Під час бімануального дослідження хворобливі рухи шийки матки відзначені в 73,2%; збільшення розмірів матки – 51,6%; м'яка консистенція і хворобливість матки – в 54,6%; набряклість і хворобливість придатків – в 63,9%. Однобічне ураження придатків діагностоване в 10,3% випадків і двобічне – в 53,6% спостережень.

Результати додаткових методів досліджень свідчать, що гострий запальний процес супроводжується зміною складу субпопуляції і функціональної активності Т-

лімфоцитів крові, що виражалося у зниженні відносної кількості Т-лімфоцитів і показника функції тимусу. Це може пояснюватися підвищенням викиду з тимусу лімфоцитів різного ступеня зрілості у відповідь на запалення, а також міграцією зрілих клітин у вогнище запалення. Крім того, при середньому ступені тяжкості перебігу запального процесу підвищувався показник ефекторних функцій лімфоцитів.

Популяція лімфоїдних клітин реагує на запальний процес також зміною співвідношення фракцій лімфоцитів з різною активністю дегідрогенази. Так, у наших дослідженнях, у крові при запальному процесі підвищувалася частка «молодих» лімфоцитів, з високою активністю до сукцинатдегідрогенази (20 і більш за гранули в 1 клітині).

У всіх хворих мазки з каналу шийки матки були 3 і 4 ступеня чистоти і мазок був темного кольору. У 60,8% жінок в мазках були відсутні *B.vaginalis*. Змішана мікрофлора виявлена у 48,5% осіб. Клітинний склад каналу шийки матки був наступним:

- відносна кількість «активних» і «неактивних» нейтрофільних гранулоцитів –  $79,9 \pm 6,8\%$  і  $6,3 \pm 1,3\%$ ;
- «активних» і «неактивних» макрофагів –  $4,9 \pm 0,8\%$  і  $0,5 \pm 0,06\%$ ;
- лімфоцитів –  $8,1 \pm 1,9\%$ ;
- еозинофілів –  $0,2 \pm 0,01\%$ ;
- плазматичних клітин –  $0,2 \pm 0,01\%$ .

Під час бактеріологічного дослідження слизу каналу шийки матки *Staphylococcus epidermidis* виділяли у 14,4% пацієнток; *E.coli* – у 8,3%; *Enterobacter aerogenus* – у 8,3%; *Staphylococcus saprophyticus* – у 6,2%; *Candida albicans* – у 4,1%; *Corinebacterium genitalis* – у 4,1%; *Streptococcus faecalis* – у 3,15%; *Klebsiella* – у 3,1%, *mixt-flora* – у 10,3% жінок. При цьому не було бактеріального зростання в 32,9% хворих.

У слизі каналу шийки матки при гострому запальному процесі загальна кількість Т-лімфоцитів залишалася незмінною, а кількість Т-хелперів зростала. На лімфоцитах слизу каналу шийки матки посилювалася експресія молекул LFA-1 і CD25. При середньо-тяжкому перебігу (гнійне запалення) експресія рецептора для інтерлейкіна-2 і кількість Т-хелперів вищі, ніж при легкому. Це відображає інтенсивність процесів кооперації клітин, регуляторних впливів лімфоцитів, направлених на активацію функцій клітин-учасників запальної реакції.

У лімфоцитах слизу при гострому запаленні статевих органів аеробний метаболізм посилювався, а підвищення середньої активності дегідрогенази супроводжувалося збільшенням відсотка «середньо-активних» лімфоцитів (від 10 до 19 гранул в 1 клітині), що може відображати селективну міграцію зрілих лімфоцитів у вогнище запалення.

### ВИСНОВКИ

Отже, як свідчать результати проведених досліджень, при гострому запаленні внутрішніх статевих органів відбувається функціональна активація місцевих лімфоцитів, причому вона більш виражена при середньому ступені тяжкості захворювання і не залежить від нозологічної форми. Отримані результати можна використовувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

### Роль местного иммунитета канала шейки матки в развитии нарушений микробиотеноса половых путей

**С.А. Пандей**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что при остром воспалении внутренних половых органов происходит функциональная активация местных лимфоцитов, причем она более выражена при средней степени тяжести заболевания и не зависит от нозологической формы. Полученные результаты можно использовать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** воспалительные заболевания, местный иммунитет, канал шейки матки.

### Role of local immunity cervical channel in development of disturbances of microbiocenosis of sexual ways

**S.A. Pandey**

Results of the lead researches testify, that at sharp inflammation of internal genitals there is a functional activation local lymphocytes, and it is more expressed at an average degree of weight of disease and does not depend from nosological forms. The received results can be used by development of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** inflammatory diseases, local immunity, cervical channel.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абакарова П.Р. Урогенитальный хламидиоз: принципы диагностики и лечения / Абакарова П.Р. // Гинекология. – 2016. – Т. 8, № 2. – С. 21–23.
2. Анкирская А.С. Бактериальный вагиноз и состояние микроэкологии влагалища / Анкирская А.С. // Тез. докл. Всерос. науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы инфекции в акушерстве и гинекологии». – СПб., 2016. – С. 77–78.
3. Байрамова Г.Р. Современные принципы диагностики и лечения бактериального вагиноза / Байрамова Г.Р., Прилепская В.Н. // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2016. – № 4. – С. 103–104.
4. Бойчук А.В. Стан системи імунного захисту у хворих із загостренням хронічного аднекситу на тлі різних видів місцевого лікування / Бойчук А.В. // Вісник наукових досліджень. – 2015. – № 2. – С. 75–77.

## Вплив індексу маси тіла на вибір методу контрацепції у жінок раннього репродуктивного віку

**Р.С. Скорейко**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупи-  
ка, м. Київ

Отримані дані дають можливість рекомендувати дослідження ліпідного спектру крові не лише з метою визначити протипоказання для гормональної контрацепції, але і з метою прогнозу можливого розвитку побічних реакцій. Проведені дослідження продемонстрували, що завдяки оптимальному балансу естрогенного і гестагенного компонентів в досліджуваних препаратах, вони не надають негативної атерогенної дії на ліпідний спектр крові, як у жінок з початково нормальними, так і підвищеними показниками. У порівняльному аспекті у пацієнток з підвищеним індексом маси тіла і початковими збільшенням рівнем загального холестерину перевагу можна віддавати препарату ярина.

**Ключові слова:** контрацепція, індекс маси тіла, порівняльні аспекти.

Гормональні низькодозовані оральні контрацептиви (ОК) нового покоління належать до найбільш поширених методів регуляції народжуваності. Останніми роками визначили диференційований підхід до вживання гормональних контрацептивів залежно від віку, особливостей статевого життя, гінекологічних і супутніх захворювань, а також інших особливостей жіночого організму [1, 2].

Контрацептиви останнього покоління, до яких відносяться препарати ярина і фемоден, володіють високим протизаплідним ефектом. Проте останніми роками з'явилися неоднозначні дані про вплив даних препаратів на різні системи жіночого організму і, зокрема, на ліпідний обмін [3, 4]. Крім того, досі залишається дискусійним питання про вплив гормональних контрацептивів на гормонально-залежні органи: грудні залози і шийку матки [4].

Щодо жінок з початково зміненим ліпідним спектром крові і підвищеним індексом маси тіла, то дослідження носять характер поодиноких і ще суперечливіших повідомлень. Вивчення впливу цих препаратів на ліпідний спектр крові представляється особливо важливим, оскільки саме можливі зміни ліпідного спектра крові лежать в основі дисметаболічних порушень [1–4]. Залишається предметом дискусії питання про особливості впливу препаратів на початково змінений спектр ліпідів крові, не вивчений зв'язок між вираженістю клінічних і метаболічних порушень, залежність частоти побічних реакцій від вихідних параметрів ліпідного спектру крові і стану організму жінки. Не розроблені показання до диференційованого застосування контрацептивів у жінок з різним індексом маси тіла і

показниками ліпідного обміну. Поряд з цим відомо, що адаптаційні можливості організму і реакція на введення того або іншого препарату і його переносимість тісним чином пов'язані навіть з незначним порушенням жирового обміну [1–4].

Слід зазначити, що вивчення особливостей контрацепції, її прийнятності і частоти побічних реакцій препаратами нового покоління у жінок з різним ІМТ і ліпідним спектром крові дозволить більш цілеспрямовано підійти до обстеження і ведення пацієнток до і в процесі контрацепції.

Усе зазначене вище стало підставою для проведення справжнього дослідження.

**Мета дослідження:** зниження частоти непланованої вагітності і побічних реакцій контрацепції в жінок з різним ІМТ на підставі обґрунтування принципів контрацепції препаратами ярина і фемоден залежно від їхньої прийнятності і особливостей впливу на ліпідний обмін.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було обстежено 126 пацієнток у віці від 18 до 30 років, що звернулися для підбору контрацепції, з яких відібрано 96 пацієнток, що не мали протипоказань до призначення гормонального методу контрацепції. Цих пацієнток було розподілено на дві групи залежно від індексу маси тіла (ІМТ):

I група – з нормальним ІМТ (контрольна група) – 74 жінки (40 отримували ярину і 34 фемоден);

II група – із збільшеним ІМТ від 26 до 30 балів (група пацієнток з ожирінням 1 ступеня) – 22 жінки (12 отримували ярину і 10 фемоден).

Крім того, у I групі були виділені дві підгрупи:

A – 43 пацієнтки (23 отримували ярину і 20 фемоден) –  $X_c < 5,2$  ммоль/л;

B – 31 жінка (17 отримували ярину і 14 фемоден) –  $X_c = 5,2–6,47$  ммоль/л.

Серед широкого спектру сучасних гормональних контрацептивів ми зупинили свій вибір на препараті ярина, який володіє гестагенною, андрогенною і антимінералокортикоїдною дією. Це дозволяє йому здійснювати ефекти, близькі за біологічними властивостями до ендogenous прогестерону. Контрацептивна надійність ярини настільки ж висока, як і надійність інших монофазних гормональних контрацептивів. Антигонадотропна дія забезпечується 30 мкг етінілестрадіолу і 3 мг дроспіренону. При досить високій гестагенній активності дроспіренону препарат забезпечує хороший контроль менструального циклу і має ті самі неоконтрацептивні переваги, що й інші гормональні контрацептиви.

Позитивною додатковою дією ярини є вплив на АТ. На жаль, артеріальна гіпертензія, що виникає на тлі застосування гормональних контрацептивів, представляє не стільки прикрий побічний ефект, скільки реальну загрозу здоров'ю пацієнтки, і вважається одним із свідчень щодо відміни гормональної контрацепції. Механізми, що призводять до підвищення АТ, зумовлені активацією системи ренін-ангіотензин-альдостерон і є естрогенозалежними. Естрадіол і його синтетичні аналоги підсилюють мінералокортикоїдну активність кори надниркових залоз і одночасно збільшують синтез ангіотензиногену; але антимінералокортикоїдний ефект ендogenous прогестерону компенсує натрій-зберігаючу дію альдостерону і стабілізує стан ренін-ангіотензинової системи. Завдяки аналогічній дії дроспіренону на тлі ярини не спостерігається підвищення АТ, а при його високих значеннях – відбувається зниження.

Іншим препаратом був фемоден – комбінований монофазний гестаген-естрогенний препарат, який містить 0,075 мг гестагену і 0,030 мг етінілестрадіолу. Препарати призначали з 1-го по 21-й день циклу з 7-денною перервою протягом 12 міс.

При збільшеному індексі маси тіла від 26 до 30 (II група) для підтримувальної терапії використовували антигомотоксичні препарати: лімфоміозот по 10 краплі 3 рази в день протягом 1 міс і коензим-композитум по 1 ампулі внутрішньом'язово 1 раз у 5 днів – всього 5 ін'єкцій. Ми вважали за доцільне додаткове призначення антигомотоксичної терапії для корекції дисметаболічних порушень, що виникають у жінок з надмірною масою тіла.

Тривалість вживання контрацептивних засобів становила від 3 до 24 міс, а 92 жінки отримували препарати протягом 12 міс.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, біохімічні і статистичні методи.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що профілактика непланованої вагітності у жінок репродуктивного віку з допомогою ОК ярина і фемоден є ефективним методом контрацепції (індекс Перла – 0). Метод є прийнятним у жінок з нормальним ІМТ (від 20 до 26 балів) і рівнем загального холестерину < 6,47 ммоль/л. При підвищеному ІТМ (від 26 до 30) і рівні холестерину > 6,47 ммоль/л перевагу можна віддавати препарату ярина. Частота трохі виражених побічних реакцій, що швидко минають, становить 20,2%.

Максимальне число (86,3%) і вираженість побічних реакцій виявлені у жінок з ІМТ від 26 до 30 і рівнем загального холестерину від 6,47 до 6,90 ммоль/л, які в основному виражалися в міжменструальних кров'яних виділеннях, мастодинії і надбавці маси тіла (лише при використанні фемодену). Це свідчило і про нижчу прийнятність препаратів у жінок цієї групи і перевазі у них препарату ярина.

Під час обстеження на тлі вживання ОК у 84,3% жінок з нормальним станом грудних залоз не виявлено змін в їх структурі, а в 15,6% – при обстеженні виявлені гіперпластичні процеси, причому найчастіше у жінок з підвищеним ІМТ. У 9,3% жінок через 12 міс від початку контрацепції відзначений їх частковий регрес за рахунок зменшення об'єму гіперплазованих елементів і зниження щільності залозистого і фіброзного компонентів.

У процесі контрацепції препарати ярина і фемоден не роблять негативного атерогенного впливу на ліпідний спектр крові протягом 12 міс їх вживання, як при початково нормальному, так і підвищеному значенні загального холестерину у жінок з різним ІМТ. Коливання різних показників ліпідного спектра крові (зХс, ХС-ЛПВЩ, ХС-ЛПНЩ, ХС-ЛПОНП, Тг і КА) відбуваються у межах нормативних значень.

Пацієнток з підвищеним ІМТ і рівнем загального холестерину >6,47 ммоль/л слід відносити до групи ризику щодо можливості частішого розвитку метаболічних порушень і побічних реакцій, що визначає необхідність частішого (не рідше за 1 раз у 3 міс) спостереження з клінічним контролем і детальним дослідженням ліпідного спектра крові, після чого має бути вирішене питання про продовження або відміну препарату, віддаючи при цьому перевагу препарату ярина.

Перед призначенням гормональних контрацептивів необхідно провести обстеження жінок з метою виявлення протипоказань, визначення ІТМ і рівня загального холестерину. Огляд пацієнток з нормальним індексом маси тіла у процесі контрацепції здійснює 1 раз в 6 міс із застосуванням загальноприйнятих методів дослідження (клінічні, кольпоскопія, цитологічні і УЗД). Огляд жінок з підвищеним ІМТ повинен здійснюватися не рідше за 1 раз у 3 міс з оцінкою клінічних даних і показників ліпідного спектра крові: зХс, ХС-ЛПВЩ, ХС-ЛПНЩ, ХС-ЛПОНП, Тг і КА. Залежно від отриманих даних, питання про можливість подальшого використання або відміни конкретного препарату (або перехід на інший препарат або метод контрацепції) повинно вирішуватися індивідуально в адаптаційному періоді, що становить перші 3 міс вживання ОК.

При збільшеному індексі маси тіла від 26 до 30 (II група) для підтримувальної терапії використовували антигомотоксичні препарати: лімфоміозот по 10 краплі 3 рази в день протягом 1 міс і коензим-композитум по 1 ампулі внутрішньом'язово 1 раз у 5 днів – всього 5 ін'єкцій. Ми вважали за доцільне додаткове призначення антигомотоксичної терапії для корекції дисметаболічних порушень, що виникають у жінок з надмірною масою тіла.

### ВИСНОВКИ

Отримані дані дають можливість рекомендувати дослідження ліпідного спектра крові не лише з метою визначити протипоказання для гормональної контрацепції, але і з метою прогнозу можливого розвитку побічних реакцій. Проведені дослідження продемонстрували, що завдяки оптимальному балансу естрогенного і гестагенного компонентів у досліджуваних препаратах, вони не надають негативної атерогенної дії на ліпідний спектр крові, як у жінок з початково нормальними, так і підвищеними показниками. У порівняльному аспекті у пацієнток з підвищеним ІМТ і початковими збільшеним рівнем зХс перевагу можна віддавати препарату ярина.

### Влияние индекса массы тела на выбор метода контрацепции у женщин раннего репродуктивного возраста Р.С. Скорейко

Полученные данные дают возможность рекомендовать исследование липидного спектра крови не только с целью определить противопоказания для гормональной контрацепции, но и с целью прогноза возможного развития побочных реакций. Проведенные исследования показали, что благодаря оптимальному балансу эстрогенного и гестагенного компонентов в исследуемых препаратах, они не оказывают отрицательного атерогенного воздействия на липидный спектр крови, как у женщин с исходно нормальными, так и повышенными показателями. В сравнительном аспекте у пациенток с повышенным индексом массы тела и исходным увеличенным уровнем общего холестерина предпочтение можно отдавать препарату ярина.

**Ключевые слова:** контрацепция, индекс массы тела, сравнительные аспекты.

**Influence of an index of body weight on choice of method  
of contraception at women of early genesial age**  
**R.S. Skoreyko**

The received data enable to recommend research lipide spectrum of blood not only with purpose to define contra-indication for hormonal contraception, but also with the purpose of the forecast of possible development of collateral reactions. The lead researches have shown, that due to optimum balance estrogene and gestagene components in researched preparations, they do not render negative aterogen influence on lipide a spectrum of blood, as at women with initially normal, and the raised parameters. In comparative aspect at patients with the raised index of weight of a body and initial the increased level of the general cholesterol the preference can be given a preparation yarina.

**Key words:** *contraception, an index of weight of a body, comparative aspects.*

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Чайка В.К., Основы репродуктивной медицины: Практическое руководство.-Донецк: ООО Альматео, 2011.-608.
2. Сенчук А.Я., Венцовский Б.М. Современные аспекты контрацепции. – К.: ТМК, 2011. – 212 с.
3. Вовк И.Б. Контроль менструального цикла на фоне приема современных комбинированных оральных контрацептивов. Диагностика и тактика при нарушениях менструального цикла // Здоровье женщины. – 2013. – № 2. – С. 134–136.
4. Прилепская В.Н. Поликлиническая гинекология. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 624 с.

УДК 619.173-02:618.14-06:616.89-008

**Вплив поєднаної патології матки  
у перименопаузі на психологічні  
аспекти якості життя пацієнток**

**О.Ю. Крук**

Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського

Результати проведених досліджень свідчать про необхідність вивчення психологічного статусу у жінок віку перименопаузи з поєднаною патологією, причому з урахуванням наявності метаболічного синдрому. Отримані результати свідчать про наявність емоційного напруження, змін психологічного профілю особистості зі збудливим типом реагування. Значення вегетативного коефіцієнта 0,9–1,9 відповідають оптимальній мобілізованості фізичних і психічних ресурсів; менше 0,9 свідчать про хронічну перевтому, неготовність до напруження і адекватних дій у стресових ситуаціях; більше 1,9 – про зайве збудження, при цьому у складних ситуаціях легко формуються гарячкові реакції: імпульсивність, зниження емоційного самоконтролю. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** *психологічний статус, поєднана патологія матки, період перименопаузи.*

У зв'язку зі збільшенням середньої тривалості життя, що спостерігається в умовах сьогодення, особливого значення набувають різні аспекти, що визначають якість життя жінок у перименопаузі, у тому числі і зміни у психовеgetативній сфері.

Не дивлячись на достатню вивченість перименопаузального періоду [1–8], конкретні особливості вегетативної симптоматики у жінок, що пред'являють активні скарги і в тих, хто не має таких, повною мірою не визначені. Окрім вазомоторних симптомів, від 16 до 31% жінок у перименопаузі відзначають погіршення настрою, виникнення депресивних порушень [1, 2]. З точки зору інших авторів [3, 4], існування перименопаузального синдрому, що характеризується високим рівнем депресії, ставиться під сумнів. У більшості робіт, присвячених вивченню стану психовеgetативної сфери у перименопаузі, основну увагу приділяють клінічним дослідженням тривожних і депресивних розладів, при цьому недостатньо вивченими залишаються особливості психологічного статусу, які мають велике значення під час розроблення тактики ведення пацієнток до і після оперативного лікування.

**Мета дослідження:** вивчити вплив поєднаної патології матки у перименопаузі на психологічні аспекти якості життя пацієнток.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У даному дослідженні 80 пацієнток перименопаузального періоду були розподілені на дві групи:

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

У поняття «ППМ» ми об'єднали патологію ендометрія: патологія ендометрія у поєднанні з лейоміомою матки (ЛМ), патологія ендометрія і аденоміоз (АМ), АМ і ЛМ, а також всі три патології водночас.

У поняття «патологія ендометрія» включили: гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ), поліпи ендометрія (ПЕ) залозиста гіперплазія ендометрія (ЗГЕ) і атипія ендометрія (АЕ) (за умови наявності метроррагії).

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

- демонстративність (Дем),
- педантизм (П),
- застрягання (З),
- збудливість (В),
- гіпертимність (Г),
- дистимність (Дис),
- циклотимність (Ц),
- екзальтованість (Екс),
- тривожність (Т),
- емотивність (Ем),
- інтраверсія (І).

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

Під час інтерпретації цих даних були враховані стан випробовуваного, поєднання високих значень зі шкалами, що мають низькі значення. Середньо-популяційною нормою був діапазон 10–14 балів. Середні значення за шкалою відображають збалансовану, ненапружену форму реагування. Значення, що знаходяться у діапазоні 15–18 балів, свідчать про участь властивостей, які визначаються шкалою, в емоційному реагуванні особистості. Значення в 21–24 бали відображають стійкі властивості особистості, що входять до емоційно-динамічного патерну особистості.

Зазначені вище дослідження дозволяють адекватно оцінити основні особливості психологічного статусу жінок із ППМ у перименопаузальному періоді.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час обстеження пацієнток обох груп було встановлено, що в основній групі достовірно частіше діагностовані поєднання ЛМ і ЗГЕ, ЛМ і ПЕ, також при ізолюванні формі патології ендометрія у групі з МС частіше зустрічалися ГЕ. У групі

контролю при ізолюванні формі патології ендометрія достовірно частіше виявлені АЕ і ПЕ.

Під час аналізу віку проспективно обстежених хворих у підгрупах, у свою чергу розподілених по наявності ізолюваної або поєднаної форм патології ендометрія, було відзначено, що в основній групі пацієнток з наявністю ізолюваної патології ендометрія середній вік становив  $45,51 \pm 1,51$  року, із ППМ –  $43,86 \pm 0,99$  року, у контрольній групі з ПЕ –  $45,54 \pm 1,34$ , із ППМ –  $43,02 \pm 0,53$  року ( $p > 0,05$ ). Отже, вік хворих був трохи меншим у підгрупах із ППМ ( $p > 0,05$ ) обох груп.

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

Отримані результати додаткових методів досліджень свідчать, що у більшості пацієнток з МС кількість балів виходить за рамки середньо-популяційної норми. Порівнюючи ці дані з результатами хворих без МС, також відзначаємо високу частоту виходу значень за межі середньо-популяційної норми. Загалом в обох групах найчастіше діагностували Дис, Ем, Екс. Крім того, наголошувалися високі показники тривожності. За шкалою Ем у  $60,00 \pm 6,75\%$  жінок із МС і у  $52,38 \pm 5,82\%$  без МС кількість балів перевищувала 18; за шкалами тривожності – у  $57,50 \pm 5,65\%$  ( $p < 0,001$ ) жінок основної групи та у  $33,33 \pm 3,56\%$  групи контролю, Дис – у  $62,50 \pm 6,84\%$  ( $p < 0,001$ ) і у  $38,09 \pm 3,92\%$  відповідно.

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

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

Отже, емоційне сприйняття характеризувалося емоційним напруженням, зміною психологічного профілю особистості зі збудливим типом реагування. Значення вегетативного коефіцієнта 0,9–1,9 відповідають оптимальній мобілізованості фізичних і психічних ресурсів; менше 0,9 свідчать про хронічну перевтому,

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

### ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать про необхідність вивчення психологічного статусу у жінок перименопаузального віку з поєднаною патологією, причому з урахуванням наявності метаболічного синдрому. Отримані результати вказують на наявність емоційного напруження, змін психологічного профілю особистості зі збудливим типом реагування. Значення вегетативного коефіцієнта 0,9–1,9 відповідають оптимальній мобілізованості фізичних і психічних ресурсів; менше 0,9 свідчать про хронічну перевтому, неготовність до напруження і адекватних дій у стресових ситуаціях; більше 1,9 – про зайве збудження, при цьому в складних ситуаціях легко формуються гарячкові реакції: імпульсивність, зниження емоційного самоконтролю. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

#### Влияние сочетанной патологии матки в перименопаузе на психологические аспекты качества жизни пациенток О.Ю. Крук

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о необходимости изучения психологического статуса у женщин перименопаузального возраста с сочетанной патологией, причем с учетом наличия метаболического синдрома. Полученные результаты указывают на наличие эмоционального напряжения, изменений психологического профиля личности с возбудимым типом реагирования. Значения вегетативного коэффициента 0,9–1,9 соответствуют оптимальной мобилизованности физических и психических ресурсов; менее 0,9 свидетельствуют о хроническом переутомлении, неготовности к напряжению и адекватным действиям в стрессовых ситуациях; более 1,9 – об излишнем возбуждении. При этом в сложных ситуациях легко формируются лихорадочные реакции: импульсивность, снижение эмоционального самоконтроля. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

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

#### Influence of combination pathology of uterus in perimenopause on psychological aspects of quality of life of patients O. Yu. Kruk

Scientific work is devoted to studying of influence of combination pathology of uterus in perimenopause on psychological aspects of quality of life of patients. The assessment of psychological aspects of quality of life was carried out by means of dough which represents the modified technique. 90 questions allow to diagnose personality actsentuation, type of response to a stress, protective and compensatory mechanisms which define personality development,

adaptation processes, mental health. The main lines blocks are: demonstration, pedantry, jamming, excitability, uneasiness, introversion. The personal profile received by means of dough, reflects features of psychological reaction of the examinee and the characteristic of his personality. Results of the spent researches testify to necessity of studying of the psychological status at women postmenopausal age with combination uterus pathology, and taking into account presence of a metabolic syndrome. The received results specify in presence of an emotional pressure, changes of a psychological profile of the person with excitable type of reaction. Values of vegetative factor 0,9–1,9 correspond optimum mobilization of physical and mental resources; less than 0,9 testify to chronic overfatigue, unavailability to pressure and adequate actions in stressful situations; more than 1,9 – about excessive excitation, thus in difficult situations feverish reactions are easily formed: impulsiveness, decrease in emotional self-checking. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** the psychological status, combination uterus pathology, perimenopausal period.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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

## Сучасні аспекти прогнозування невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій

О.О. Берестовий

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

Було обстежено 97 подружніх пар, які проходили лікування безпліддя на базі клініки допоміжних репродуктивних технологій. До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, ендокринологічні, імуногістохімічні, ехографічні та статистичні методи. Для прогнозування невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій необхідно використовувати побудовану математичну модель, яка включає такі найбільш значущі змінні (у порядку зниження рівня значущості): оптична щільність експресії LIF у поверхневому і залозистому епітелії ендометрія, отриманого в період передбачуваного «вікна імплантації» у циклі перед проведенням екстракорпорального запліднення, вміст VEGF у цервікальному слизу в день трансвагінальної пункції, S/D і IR спіральних артерій в день введення тригера овуляції.

Використання запропонованого алгоритму дозволяє підвищити ефективність прогнозування невдалих спроб ДРТ.

**Ключові слова:** допоміжні репродуктивні технології, невдалі спроби, прогнозування.

Частота безплідного шлюбу за даними вітчизняних і зарубіжних дослідників становить від 10% до 20% [1, 2]. Не дивлячись на значне число методів консервативного і оперативного лікування безпліддя, методи допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) є найбільш ефективними [3, 4]. Водночас, не дивлячись на всі досягнення ДРТ, частота розвитку вагітності все ще залишається порівняно низькою і становить 25–30% на цикл лікування, причому за останніх 10 років цей показник значно не змінився [5, 6].

На думку низки авторів [7, 8], це пов'язано з великою кількістю різних чинників, що впливають на репродуктивний процес. При цьому автори, розділяючи думку про вплив чоловічого і жіночого чинників на зачаття і розвиток ембріона, звертають увагу, що поєднання цих складових може коливатися від 40% до 80%.

У зв'язку із зазначеним вище, значний інтерес представляє вивчення особливостей проведення ДРТ у пацієнток з раніше невдалими спробами ДРТ з урахуванням аналізу всіх несприятливих чинників. Це і стало підставою до проведення даного наукового дослідження.

**Мета дослідження:** розроблення алгоритму прогнозування невдалих спроб ДРТ на підставі математичного аналізу основних причин та факторів ризику.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було обстежено 97 подружніх пар (1-а група), які проходили лікування безпліддя із застосуванням ЕКЗ або ЕКЗ/ІКСІ.

Залежно від результату лікування ретроспективно були сформовані дві підгрупи:

- 1.1 підгрупа – 50 жінок з ехографічно підтвердженою вагітністю;
- 1.2 підгрупа – 47 жінок, в яких вагітність у результаті ДРТ не настала.

#### Критерії включення у дослідження:

- вік жінки від 21 до 35 років;
- рівень ФСГ у крові не більше 11 МО/л, антимюллерів гормон (АМГ) у межах 1–2,5 нг/л, визначений на 2–5-й день менструального циклу у всіх обстежених жінок;
- наявність під час проведення ультразвукового дослідження на 2–4-й дні менструального циклу від 6 до 12 антральних фолікулів у максимальному ехографічному зрізі яєчників;
- перенесення лише морфологічно якісних ембріонів.

#### Критеріями виключення у дослідження:

- гінекологічні і екстрагенітальні захворювання, при яких проведення базової програми ДРТ протипоказано;
- гіпо- і гіпергонадотропна недостатність функції яєчників;
- гіперандрогенемія будь-якого походження;
- синдром полікістозних яєчників і зовнішній генітальний ендометріоз III–IV ступеня поширеності;
- ожиріння у пацієнток з ІМТ більше 35 кг/м<sup>2</sup>.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У ході дослідження був проведений аналіз зв'язку всіх досліджуваних параметрів з фактом настання вагітності в результаті ЕКЗ. Спираючись на дані кореляційного аналізу, було встановлено, що найбільш значущими ознаками, пов'язаними з подальшим настанням вагітності у циклі ЕКЗ є:

- відносна площа і оптична щільність експресії LIF у поверхневому і залозистому епітелії, а також в стромі ендометрія;
- оптична щільність експресії VEGF-а у стромі ендометрія, отриманого в період передбачуваного «вікна імплантації» в циклі перед проведенням ЕКЗ;
- систоло-діастолічне відношення, індекс резистентності і пульсаційний індекс базальних і спіральних артерій в день введення тригера овуляції і в день ПЕ в порожнину матки;
- вміст VEGF і GM-CSF у ЦС в день проведення пункції фолікулів і в день ПЕ у порожнину матки.

Був проведений багатофакторний логістичний регресійний аналіз, до списку потенційних предикторів якого увійшли всі змінні, що мають рівень значущості  $p < 0,05$ . Була побудована математична модель, що визначає ймовірність настання вагітності в результаті ЕКЗ в обстежених жінок, яка включала 4 найбільш значущі змінні (в порядку зниження рівня значущості):

- оптична щільність експресії LIF у поверхневому і залозистому епітелії ендометрія, отриманого в період передбачуваного «вікна імплантації» в циклі перед проведенням ЕКЗ;

– вміст VEGF у ЦС в день ТВП, S/D і IR спіральних артерій в день введення тригера овуляції.

Отриману модель відрізняв досить високий коефіцієнт Нейджелкерка, рівний 0,74. Оптимальне значення цього коефіцієнта, який застосовували для оцінки якості моделі, повинне знаходитися в межах від 0,5 до 0,9.

Отже, була отримана регресійна функція у формі наступного рівняння:

$$Z = (LIF \times 44,832) + (VEGF \times 0,006) + (S/D \times 40,379) - (IR \times 152,351) + 15,799,$$

де LIF – оптична щільність експресії лейкоїд фактора, що інгібує, в поверхневому і залозистому епітелії ендометрія в період передбачуваного «вікна імплантації» в циклі, передувати проведенню ЕКЗ (у.о.);

VEGF – вміст судинного ендотеліального фактора зростання в ЦС в день трансвагінальної пункції фолікулів (нг/мл);

S/D – систоло-діастолічне відношення спіральних артерій у день введення тригера овуляції;

IR – індекс резистентності спіральних артерій у день введення тригера овуляції.

При  $Z > 0$  прогнозовано, що ендометрій рецептивний, а при  $Z < 0$  – ендометрій нерепетивний.

Для встановленої моделі частота достеменно-позитивного результату (чутливість) становила 82,0% (у 41 з 50 жінок вагітність настала після ЕКЗ, в останніх 9 був отриманий псевдопозитивний результат). Отже, псевдопозитивний результат був отриманий у 18,0% випадків. Частота достеменно-негативного результату (специфічність) становила 89,4% (у 42 з 47 жінок вагітність не настала після ЕКЗ, в останніх 5 був отриманий псевдонегативний результат). Отже, псевдонегативний результат був отриманий у 10,6% випадків. У біомедичних дослідженнях допустимим порогом псевдопозитивних і псевдонегативних результатів є рівень в 20% [5–8].

Отже, чутливість прогнозування вагітності за допомогою запропонованої моделі і встановленої регресійної функції становить 82%. Специфічність – 89,4%. Цінність позитивного передбачуваного результату – 89,1%, цінність негативного передбачуваного результату – 82,3%, загальна точність передбачення – 85,6%.

## ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що для прогнозування невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій необхідно використовувати побудовану математичну модель, яка включає такі найбільш значущі змінні (у порядку зниження рівня значущості): оптична щільність експресії LIF у поверхневому і залозистому епітелії ендометрія, отриманого в період передбачуваного «вікна імплантації» в циклі перед проведенням екстракорпорального запліднення, вміст VEGF у цервікальному слизу в день трансвагінальної пункції, S/D і IR спіральних артерій у день введення тригера овуляції.

## Современные аспекты прогнозирования неудачных попыток вспомогательных репродуктивных технологий

**О.А. Берестовой**

Было обследовано 97 супружеских пар, которые проходили лечение бесплодия на базе клиники вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). В комплекс проведенных исследований были включены клинические, эндокринологические, иммуногистохимические, эхографические и статистические методы. Для прогнозирования неудачных попыток ВРТ необходимо использовать построенную математическую модель, которая включает следующие наиболее значимые изменения (в порядке снижения уровня значимости): оптическая плотность экспрессии LIF в поверхностном и железистом эпителии эндометрия, полученного в период предполагаемого «окна имплантации» в цикле перед проведением экстракорпорального оплодотворения, содержание VEGF в цервикальной слизи в день трансвагинальной пункции, S/D и IR спиральных артерий в день введения тригера овуляции. Использование предлагаемого алгоритма позволяет повысить эффективность прогнозирования неудачных попыток ВРТ.

**Ключевые слова:** вспомогательные репродуктивные технологии, неудачные попытки, прогнозирование.

## Modern aspects of forecasting of unsuccessful attempts of auxiliary genesial technologies.

**O.A. Berestovoy**

97 married couples which passed sterility treatment on the basis of clinic of auxiliary genesial technologies were surveyed. The complex of the conducted researches included clinical, endocrinologic, immunohistochemical, ehografical and statistical methods. For forecasting of unsuccessful attempts of auxiliary genesial technologies it is necessary to use the constructed mathematical model which includes 4 most significant changes (as significance value depression): optical density of an expression of LIF in superficial and glandular epithelium the endometrium, received in the period of assumed «implantation windows» in cycle before carrying out an extracorporal fertilization, the maintenance of VEGF in cervical slime in day of transvaginal puncture, S/D and IR of spiral arteries in day of introduction of trigger of an ovulation.

Use of offered algorithm allows to increase forecasting effectiveness of unsuccessful attempts of auxiliary genesial technologies.

**Key words:** auxiliary genesial technologies, unsuccessful attempts, forecasting.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Суслікова Л.В. Сучасні допоміжні репродуктивні технології в Україні / Л.В. Суслікова // Мистецтво лікування. Журнал сучасного лікаря. – 2013. – № 4. – С. 13–15.
2. Булаченко О.В. Роль вітаміну D у репродуктивній функції жінки / О.В. Булаченко, О.В. Фурман. // Матеріали IV міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених. – 2013. – № 4. – С. 12–15.
3. Яремчук Т.П. Репродуктивні втрати імунного генезу (Діагностика та лікування хворих з репродуктивними втратами імунного генезу. Частина II) / Т.П. Яремчук // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – Т. 73, № 6. – С. 112–117.

4. Трохимович О.В. Оцінка ендокринного статусу пацієнток з порушеною репродуктивною функцією і штучним перериванням вагітності в анамнезі / О.В. Трохимович // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – Т. 73, № 5. – С. 75–78.
5. Чермак І.І. Тактика лікування безплідності у жінок пізнього репродуктивного віку з лейоміомою матки / І.І. Чермак // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – Т. 73, № 5. – С. 97–99.
6. Юзько О.М. Роль та місце вагінального дисбіозу в репродуктивній медицині / О.М. Юзько, Т.А. Юзько // Клінічна та експериментальна патологія. – 2011. – Т. 10, № 4. – С. 198–199.
7. Мислицький В.Ф. Роль імунної системи в дизрегуляції морфогенетичних процесів в ембріо- та фетогенезі / В.Ф. Мислицький. // Клінічна та експериментальна патологія. – 2011. – Т. 10, № 4. – С. 113–116.
8. Вдовиченко Ю.П. Репродуктивні наслідки реконструктивно-пластичних операцій при лейоміомі матки / Ю.П. Вдовиченко, М.Л. Кузьменська // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – Т. 73, № 1. – С. 96–98.

УДК 618.177-07-08-035-06:[618.14:611.664]

## Гіперпластичні процеси ендометрія у жінок із безпліддям: діагностика та тактика лікування

**Ю.М. Садигов**

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

Проведене комплексне клініко-інструментальне, лабораторне та морфологічне обстеження 120 пацієнток із нереалізованою репродуктивною функцією та різною патологією ендометрія, яких було розподілено на чотири групи. Використання удосконаленого диференційованого підходу до тактики ведення жінок з нереалізованою репродуктивною функцією на тлі різних варіантів патології ендометрія дозволяє на 10,0% підвищити ефективність лікування безпліддя (33,3% у порівнянні з 23,3%). Удосконалений нами алгоритм дозволяє підвищити ефективність допоміжних репродуктивних технологій у цих жінок на 10,0%, що дає нам право рекомендувати його для широкого використання у практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** гіперпластичні процеси ендометрія, безпліддя, діагностика, лікування.

Частота безплідного шлюбу за даними вітчизняних і зарубіжних дослідників становить від 10% до 20% [2, 8, 9]. У структурі жіночого безпліддя матковий чинник з кожним роком посідає вище місце і досягає 20–30% [1, 3].

Завдяки широкому використанню сучасних ендоскопічних технологій у сучасній репродуктології підвищується ефективність діагностики і відповідно лікування різної внутрішньоматкової патології: гіперпластичні процеси і поліпи ендометрія, хронічний ендометрит тощо [5, 6]. Особливо це стосується пацієнток із поєднаними варіантами безпліддя, яким рекомендують широкий спектр лікувально-профілактичних заходів протягом тривалого часу [7].

Останніми роками в Україні широко використовують допоміжні репродуктивні технології (ДРТ), у тому числі і при жіночому безплідді різного генезу, до якого відноситься і матковий чинник безпліддя [2]. При цьому ефективність ДРТ залишається не завжди високою, що дозволяє виділити пацієнток після невдалих спроб ДРТ, ведення яких викликає певні труднощі не лише з медичної, але і з психологічної точки зору [5].

Не дивлячись на значну кількість наукових досліджень з проблеми безпліддя у жінок з різною патологією ендометрія не можна вважати усі питання повністю вирішеними, особливо з точки зору ефективності діагностики та тактики лікувально-профілактичних заходів.

**Мета дослідження:** підвищення ефективності діагностики та лікування безпліддя у жінок з патологічними змінами ендометрія на підставі удосконалення та впровадження алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети та завдань було проведено комплексне клініко-інструментальне, лабораторне та морфологічне обстеження 120 пацієнток з нереалізованою репродуктивною функцією та різною патологією ендометрія.

*Критерії включення пацієнтки у дослідження:*

- репродуктивний вік (від 20 до 40 років);
- безплідний шлюб більше 1 року;
- патологія ендометрія, виявлена на підставі інвазивних і морфологічних методів дослідження;

- відсутність тяжких соматичних захворювань, що представляють загрозу перебігу вагітності, пологів, життя для матері і плода.

*Критерії виключення пацієнтки з дослідження:*

- вік до 20 та старше 40 років;
- важкі соматичні захворювання, що представляють загрозу перебігу вагітності, пологів, життя для матері і плода;
- психічні захворювання, при яких вагітність не рекомендується;
- оперативні втручання в анамнезі (відсутність матки і придатків);
- добровільна відмова від участі в дослідженні.

Усіх 120 пацієнток було розподілено на чотири групи за результатами гістероскопії з подальшим гістологічним дослідженням ендометрія:

1-а група – 30 пацієнток з гістологічно верифікованим діагнозом гіперплазія ендометрія (ГЕ),

2-а група – 30 пацієнток, в яких після проведення гістологічного дослідження був встановлений діагноз поліп ендометрія (ПЕ),

3-я група – 30 пацієнток з гістологічно верифікованим хронічним ендометритом (ХЕ),

4-а група – 30 жінок з недостатністю лютеїнової фази на фоні дисбалансу рецепторної активності ендометрія та відсутності його морфологічних змін (НЛФ).

Тобто ми передбачали отримати адекватні результати у досліджуваних групах, статистично достовірні і клінічно значущі.

Із загального числа обстежених пацієнток 30 жінкам не була проведена підготовка ендометрія до програми допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) за удосконаленим нами алгоритмом (з причин, що не залежали від клініки – пацієнтки відмовилися від удосконаленого алгоритму). Отже, була сформована група порівняння з метою здобуття достовірних результатів за перебігом і результатами програми ДРТ.

Удосконалена нами тактика ведення жінок з різною патологією ендометрія визначалася станом рецепції ендометрія і експресією проліферативних білків.

Порушенням рецептивності ендометрія вважалися наступні показники:

- ЕРα залози – середні і високі показники експресії;
- ПР строма – відсутність експресії і слабка експресія;
- Ki67 – підвищення експресії маркера проліферації,
- CD34, CD56, CD68, CD 138, VEGF.

Отримані результати порівнювали з визнаними за еталонні результати [4] за імуногістохімічним статусом при нормальному вікні імплантації.

При порушенні рецепції ендометрія використовували комплексну терапію, що

включала як гормональну терапію, так і посилення ангіогенезу і трофічних процесів ендометрія, фізіотерапію, імуномодуючу та антиоксидантну терапію. Гормональну терапію призначали з урахуванням виду порушення експресії, зважаючи, що естрадіол стимулює синтез як власних рецепторів, так і рецепторів прогестерону, а прогестерон, навпаки, – пригнічує синтез як власних рецепторів, так і естрогенових рецепторів.

За необхідності посилення експресії рецепторів застосовували препарати трансдермального режиму. Для зниження експресії естрогенових рецепторів або за необхідності підвищити експресію прогестеронових рецепторів призначали дідрогестерон (враховуючи його вищу спорідненість до прогестеронових рецепторів порівняно з мікронізованим прогестероном) у дозі 20 мг/добу.

Режим і тривалість гормональної терапії визначали індивідуально з урахуванням клінічної ситуації. Гормональну терапію призначали у 2–3 передуючих програми ДРТ менструальних циклах.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що при аналізі характеру безпліддя встановлено, що в жінок із поліпами ендометрія і хронічним ендометритом переважає вторинне безпліддя (66,7% і 73,3%), а у пацієнток із гіперплазією ендометрія та недостатністю лютеїнової фази – первинне (60,0% і 66,7% відповідно).

Серед основних чинників безпліддя у жінок:

- із гіперплазією ендометрія переважає ендокринний (56,7%);
- при поліпах ендометрія – трубно-перитонеальний (43,3%) та ендокринний (40,0%);
- при хронічному ендометриті – трубно-перитонеальний (83,3%);
- при недостатності лютеїнової фази – ендокринний (83,3%).

Гістероскопічна діагностика внутрішньоматкової патології в період передбачуваного вікна імплантації залежить від товщини ендометрія в II фазі циклу. При цьому схожість гістероскопічної картини різних видів внутрішньоматкової патології у разі безпліддя часто призводить до гіпердіагностики або неправильної інтерпретації гістероскопічної картини, що свідчить про необхідність гістологічної діагностики отриманих зразків ендометрія.

Гістологічна картина ендометрія у пацієнток із безпліддям у період передбачуваного вікна імплантації характеризується гетерогенністю і великою часткою поєднання різних патологічних процесів в ендометрії. Вивчення патогенетичних механізмів формування патології ендометрія при безплідді є ключем до розроблення методів корекції цих патологічних процесів і тим самим дозволяє підвищити відсоток настання вагітності.

Результати проведеного ультрамікроскопічного дослідження свідчать, що порушення у розвитку піноподій визначаються практично у всіх пацієнток із безпліддям. Водночас зміни у формуванні піноподій при різних видах внутрішньоматкової патології є відносно специфічними, що необхідно враховувати під час розроблення тактики лікувально-профілактичних заходів.

Під час оцінювання експресії рецепторів до стероїдних гормонів в ендометрії у період передбачуваного вікна імплантації встановлено певні особливості:

- експресія естрогенових рецепторів як в епітелії залоз, так і в стромі ендометрія перевищує очікувані для передбачуваного вікна імплантації показники;
- встановлено суттєві відмінності у показниках експресії естрогенових рецепторів в епітелії залоз для різних видів внутрішньоматкової патології;
- показники експресії естрогенових рецепторів у стромі ендометрія статистично значущо не розрізняються між собою;
- в епітелії залоз прогестеронова експресія розрізнялася між обстеженими групами та виявилася найменшою у пацієнток з поліпами ендометрія;
- у стромі ендометрія прогестеронова експресія достовірно не розрізнялася, проте була нижче очікуваної в період передбачуваного вікна імплантації.

Використання удосконаленого диференційованого підходу до тактики ведення жінок з нереалізованою репродуктивною функцією на тлі різних варіантів патології ендометрія дозволяє на 10,0% підвищити ефективність лікування безпліддя (33,3% порівняно з 23,3%).

### ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать про необхідність диференційованого підходу до тактики ведення жінок з нереалізованою репродуктивною функцією на тлі різних варіантів патології ендометрія. Удосконалений нами алгоритм дозволяє підвищити ефективність допоміжних репродуктивних технологій у цих жінок на 10,0%, що дає нам право рекомендувати його для широкого використання у практичній охороні здоров'я.

#### Гиперпастические процессы эндометрия у женщин с бесплодием: диагностика и тактика лечения Ю.М. Садыгов

Проведено комплексное клинико-инструментальное, лабораторное и морфологическое обследование 120 пациенток с нереализованной репродуктивной функцией и различной патологией эндометрия, которые были разделены на четыре группы. Использование усовершенствованного дифференцированного подхода к тактике ведения женщин с нереализованной репродуктивной функцией на фоне различных вариантов патологии эндометрия позволяет на 10,0% повысить эффективность лечения бесплодия (33,3% по сравнению с 23,3%).

Усовершенствованный нами алгоритм позволяет повысить эффективность вспомогательных репродуктивных технологий у этих женщин на 10,0%, что дает нам право рекомендовать его для широкого использования в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** гиперпастические процессы эндометрия, бесплодие, диагностика, лечение.

#### Hyperpastical processes an endometrium at women with sterility: diagnostics and treatment tactics Yu.M. Sadigov

Complex clinical-tool, laboratory and morphological examination of 120 patients with unrealized genesial function and various pathology an endometrium which were divided into four groups was conducted. Use of the advanced differentiated approach to tactics of maintaining

women with unrealized genesial function against various options of pathology the endometrium allows to increase for 10,0% efficiency of treatment of sterility (33,3% in comparison with 23,3%).

The algorithm improved by us allows to increase efficiency of auxiliary genesial technologies at these women for 10,0% that grants to us the right to recommend it for wide use in practical health care.

**Key words:** hyperpastical processes an endometrium, sterility, diagnostics, treatment.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Булаченко О. В. Оцінка ролі гемодинамічного забезпечення матки в генезі трубно-перитонеальної форми безпліддя в жінок із ожирінням у програмах допоміжних репродуктивних технологій / О.В. Булаченко, І.Ю. Коцюбська // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2017. – № 1. – С. 37–41.
2. Грищенко М.Г. Показники системного клітинного імунітету як предиктори ефективності допоміжних репродуктивних технологій у жінок з безплідністю, зумовленою хронічними запальними захворюваннями органів малого таза /М.Г. Грищенко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2010. – № 4. – С. 189–192.
3. Жук С.І. Динаміка показників системи гемостазу як прогностичний критерій наслідків програм допоміжних репродуктивних технологій / С.І. Жук, В.М. Воробей-Віховська // Здоров'я жінчини. – 2016. – № 5. – С. 165–170.
4. Задорожна Т. Д. Імуногістохімічні особливості експресії прогестеронових рецепторів плацентарного бар'єра в жінок із багатоплідною вагітністю, що зумовлена ДРТ / Т.Д. Задорожна, Б.М. Венцківський, С.М. Килихевич, І.В. Поладич // Патологія. – 2016. – № 1. – С. 61–67.
5. Запорожан В.М. Фактори ризику розвитку хронічного ендометріта та міоми матки у жінок репродуктивного віку / В.М. Запорожан, С.М. Непорада // Одес. мед. журнал. – 2014. – № 2. – С. 37–40.
6. Корнацька А.Г. Сучасні погляди на етіологію, патогенез та лікування лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку: (огляд літератури) / А.Г. Корнацька, І.І. Ракша, І.С. Колесніченко, Г.В. Чубей // Здоров'я жінчини. – 2015. – № 1. – С. 10–13.
7. Пирогова В.І. Лікування хронічного ендометриту у жінок з безпліддям / В.І. Пирогова, І.В. Козловський, Л.І. Голота // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2014. – № 2. – С. 116–118.
8. Afatoonian A. The effect of endometrial injury on pregnancy rate in frozen-thawed embryo transfer: A randomized control trial // A. Afatoonian, R.B. Bagheri, R. Hosseiniasadat // Int J Reprod BioMed. – 2016. – Vol. 14. – № 7. – P. 453–458.
9. Brady P.C. Uterine fibroids and subfertility: an update on the role of myomectomy / P.C. Brady, A.K. Stanic, A.K. Styer // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. – 2013. – Vol. 25. – N 3. – P. 255–259.

## Тактика допоміжних репродуктивних технологій у пацієнток з апоплексією яєчників на фоні гіперандрогенії різного генезу

О.М. Іщак

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

Результати проведених досліджень свідчать про ефективність запропонованого алгоритму диференційованого підходу до проведення допоміжних репродуктивних технологій у жінок з гіперандрогенією з урахуванням не лише генезу, але і наявності супутнього ожиріння, метаболічного синдрому і синдрому полікістозних яєчників. Представлені дані дозволяють рекомендувати вдосконалений алгоритм для широкого використання у кабінетах і клініках репродуктології.

**Ключові слова:** гіперандрогенія, апоплексія яєчників, допоміжні репродуктивні технології.

Проблема безплідного шлюбу в Україні є досить актуальною, адже частота його коливається за даними різних авторів від 15% до 30% [1, 2]. Під час оцінювання структури причин жіночої безплідності провідне місце посідають різні ендокринні порушення, серед яких досить часто зустрічається гіперандрогенія (ГА) [3, 4].

У сучасній літературі наводиться декілька визначень ГА, але найчастіше цим терміном позначають симптомокомплекс порушень у сфері специфічних і метаболічних ефектів андрогенів у жіночому організмі, зумовлених патологією біосинтезу, транспорту і метаболізму андрогенів [5, 6].

Наявність ГА є однією з причин порушення репродуктивної системи жінок у формі менструальної дисфункції і ановуляції, які призводять до розвитку апоплексії яєчників та безплідності [7, 8]. У таких жінок спостерігається «андрогензалежна дерматопатія» у формі гірсутизму, акне, alopecії і себореї [9, 10]. Слід визнати, що постійно зростаючий інтерес до вивчення даної патології стримує певні труднощі, до яких належать поліетіологічність, гетерогенність і поліморфізм, що призводить до істотних відмінностей діагностичних підходів, трактування результатів обстеження, інтерпретації клінічних проявів, особливостей перебігу захворювання і визначення лікувальної тактики [1, 7].

Останніми роками в Україні широко використовуються допоміжні репродуктивні технології (ДРТ), у тому числі і при жіночій безплідності ендокринного генезу, до якої відносять і ГА [3, 8]. Проте показання і тактика їх проведення є предметом багаточисельних дискусій і вимагає додаткового вивчення.

**Мета дослідження:** відновлення репродуктивної функції у жінок з апоплексією яєчників на фоні ГА різного генезу на підставі вивчення у них клініко-функціональних та ендокринологічних особливостей, а також удосконалення і впровадження алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів з використанням ДРТ.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було обстежено 126 пацієнток з порушенням генеративної функції (безплідність первинна, вторинна, ранні втрати вагітності) на тлі клінічних і біохімічних проявів гіперандрогенії (ГА).

**Критерії включення у дослідження:**

- наявність порушень генеративної функції (безплідність, втрати вагітності на ранніх термінах);
- клінічні прояви ГА;
- перенесена апоплексія яєчників.

**Критерії виключення з дослідження:**

- тиреоїдна дисфункція як порушення функції щитоподібної залози;
- гіперпролактинемія;
- хвороба Кушинга;
- тяжкі екстрагенітальні захворювання, що призводять до порушення гормонального гомеостазу;
- класична форма природженої дисфункції кори надниркових залоз;
- гормонально-активні андрогенсекретуючі пухлини яєчників і надниркових залоз;
- вагітність;
- генетичні причини ранніх втрат вагітності.

В основі первинного розподілу пацієнток на групи керувалися наявністю або відсутністю ожиріння. Відомо, що жирова тканина є місцем позагонадного синтезу андрогенів. Крім того, у дослідження включені здорові жінки репродуктивного віку, які увійшли у контрольну групу (середній вік –  $27,9 \pm 1,9$  року), з них 15 – з нормальною масою тіла ( $IMT < 25$ , середній вік –  $27,2 \pm 1,8$  року) і 15 – з екзогенно-конституціональним ожирінням ( $IMT > 25$ , середній вік –  $26,7 \pm 2,1$  року).

Отже, спочатку виділено три групи обстежених хворих:

- група 1 – 54 пацієнтки з ГА і нормальною масою тіла (середній  $IMT = 23,1 \pm 0,9$ ) у віці від 23 до 35 років, середній вік –  $27,5 \pm 2,5$  року;
- група 2 – 72 хворі із ГА і висцелярним ожирінням (середній  $IMT = 32,5 \pm 1,6$ ) у віці від 24 до 36 років, середній вік –  $28,1 \pm 2,1$  року;
- група 3 (контрольна) – 30 практично здорових жінок репродуктивного віку (середній вік –  $27,9 \pm 1,9$  року), з них 15 – з нормальною масою тіла ( $IMT < 25$ , середній вік –  $27,2 \pm 1,8$  року) і 15 – з екзогенно-конституціональним ожирінням ( $IMT > 25$ , середній вік –  $26,7 \pm 2,1$  року).

Основними показаннями для проведення допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) у пацієнток з ГА були наступні:

- хронічна гіперандрогенна ановуляція;
- неодноразові невдалі спроби стимуляції овуляції без застосування методів ДРТ;
- невдала проба ендокірургічної стимуляції овуляції.

Під час проведення ДРТ у пацієнток з ГА ми використовували наступні моменти:

1. Використовували АМГ (антимюллерів гормон) як предиктора відповіді на оваріальну стимуляцію при СПКЯ.
2. З урахуванням ІМТ та інсулінорезистентності застосовували терапію сенсетайзерами до інсуліну (метформин від 500 до 850 мг тричі в день) на етапі підготовки до проведення програми ДРТ для поліпшення оваріальної відповіді при стимуляції гонадотропінами.
3. Виявити кореляційний взаємозв'язок між терапією метформіном і зниженням цифр АМГ у пацієнток із СПКЯ та інсулінорезистентністю, використовувати АМГ як маркер ефективності проведеного лікування.

Під час обстеження вивчали скарги і анамнез захворювання, а потім проводили загальноклінічні і спеціальні методи дослідження.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними формами гіперандрогенії у жінок із безплідністю і нормальною масою тіла є яєчникова гіперандрогенія (44,4%), а також наднирковозалозного і змішаного генезу (по 27,8%). За наявності супутнього ожиріння частіше зустрічається гіперандрогенія наднирковозалозного генезу (41,7%) порівняно із змішаним (31,9%) і яєчниковим генезом (26,4%).

У пацієнток із гіперандрогенією яєчникового генезу частіше зустрічається первинна безплідність (92,6%), а при наднирковозалозному генезі – вторинна – (53,3%). Обтяжений акушерський анамнез (невиношування вагітності) частіше спостерігається при наднирковозалозній гіперандрогенії (38,4%).

У пацієнток із гіперандрогенією наднирковозалозного генезу частіше відбувається достовірне збільшення ( $p < 0,05$ ) вмісту лютеїнізуючого гормону, 17-гідроксипрогестерону, дегідроепіандростерону, кортизолу і зниження глобуліну, що зв'язує статеві стероїди. За наявності супутнього ожиріння і гіперандрогенії достовірно ( $p < 0,05$ ) збільшується рівень антимюллерова гормону і вільного тестостерону.

Основні параметри індукції супероуляції у жінок із гіперандрогенією залежать від її генезу:

- середня кількість циклів на одну пацієнтку при наднирковозалозній гіперандрогенії становить 1,24; при змішаній – 1,34 і при яєчниковій – 1,35;
- сумарна доза гонадотропінів була найвищою при наднирковозалозному генезі гіперандрогенії (у середньому на 400 МО вище, ніж при змішаному і на 600 – при яєчковому);
- найбільша тривалість стимуляції відмічена при яєчковому генезі гіперандрогенії, а найменша – при наднирковозалозному;
- за кількістю ооцитів вищій показник фіксували при яєчковому генезі гіперандрогенії, а низький – при наднирковозалозному;
- при оцінюванні товщини ендометрія в день перенесення ембріона самі високі параметри спостерігалися при наднирковозалозному генезі гіперандрогенії, а найбільш низькі – при змішаному.

Клінічні результати допоміжних репродуктивних технологій залежать від генезу гіперандрогенії: найкращі результати відзначені при яєчковому генезі, причому після всіх параметрів: частота імплантації, настання вагітності і пологи живим

плодом. При наднирковозалозному генезі були відзначені найгірші показники, крім того частота пологів живим плодом при наднирковозалозному генезі у 3,46 разу нижче порівняно з яєчковим і в 1,69 разу – із змішаним.

За наявності супутнього ожиріння у жінок з гіперандрогенією число використаних циклів на 1 пацієнтку була вище (1,37 проти 1,26). Частота імплантації також наголошувалася частіше в 2,79 разу, а утворення бластоцитів – навпаки – вище в 1,51 разу у жінок без ожиріння. Водночас рівень настання біохімічної і клінічної вагітності не відрізнявся. Частота невиношування була вища за наявності супутнього ожиріння у 2,79 разу, а прогресуючої вагітності і пологів живим плодом – більше в 1,23 разу у пацієнток без ожиріння.

Для практичної медицини ми можемо рекомендувати наступні моменти:

1. У пацієнток з гіперандрогенією різного генезу показаннями для використання допоміжних репродуктивних технологій є:

- хронічна ановуляція внаслідок тривалої гіперандрогенії;
- неодноразові невдалі спроби стимуляції овуляції без використання допоміжних репродуктивних технологій;
- невдала спроба ендокірургічної стимуляції овуляції.

2. Відмітні моменти використання допоміжних репродуктивних технологій у пацієнток із гіперандрогенією різного генезу:

- використання антимюллерова гормону як предиктора відповіді на оваріальну стимуляцію;
- з урахуванням індексу маси тіла і інсулінорезистентності застосування терапії сенсетайзерами до інсуліну (метформин від 1500 до 2500 мг на добу за три прийоми), що забезпечує поліпшення - оваріальної відповіді при стимуляції гонадотропінами;
- наявність кореляційного взаємозв'язку між терапією метформіном і зниженням антимюллерова гормону, а також його використання як маркера ефективності проведеного лікування.

### ВИСНОВКИ

Отже, отримані результати свідчать про ефективність запропонованого алгоритму диференційованого підходу до проведення допоміжних репродуктивних технологій у жінок із гіперандрогенією (ГА) із урахуванням не лише генезу ГА, але і наявності супутнього ожиріння, МС і СПКЯ. Представлені дані дозволяють рекомендувати вдосконалений алгоритм для широкого використання у кабінетах і клініках репродуктології.

### Тактика вспомогательных репродуктивных технологий у пациенток с ановуляцией яичников на фоне гиперандрогении различного генеза О.Н. Ищак

Результаты проведенных исследований свидетельствуют об эффективности предлагаемого алгоритма дифференцированного подхода к проведению вспомогательных репродуктивных технологий у женщин с гиперандрогенией с учетом не только генеза, но и на-

личия сопутствующего ожирения, метаболического синдрома и синдрома поликистозных яичников. Представленные данные позволяют рекомендовать усовершенствованный алгоритм для широкого использования в кабинетах и клиниках репродуктологии. **Ключевые слова:** гиперандрогения, апоплексия яичников, вспомогательные репродуктивные технологии.

**Tactics of auxiliary reproductive technologies at patients with apoplexy of ovaries against hyperandrogenia of various genesis**  
**O.N. Ishak**

Results of the spent researches testify to efficiency of offered algorithm of the differentiated approach to carrying out of auxiliary reproductive technologies at women with hyperandrogenia with the account not only genesis, but also presence of accompanying adiposity, a metabolic syndrome and a syndrome polycystes ovariums. The presented data allows to recommend advanced algorithm for wide use in offices and clinics reproductology.

**Key words:** hyperandrogenia, apoplexy of ovaries, auxiliary reproductive technologies.

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Гилязутдинов И.А. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве. Руководство для врачей / Гилязутдинов И.А., Гилязутдинов З.Ш., Боголюбова И.М. — М.: МЕДпресс-информ, 2016. — 432 с.
2. Телунц А.В. Гирсутизм у девочек и молодых женщин / А.В. Телунц, Е.А. Богданова. — М.: МЕДпресс, 2012. — 96 с.
3. Резников А.Г. Инновации в гормональной терапии гиперандрогенной патологии у женщин / Резников А.Г. // Здоров'я України. — 2018. — № 22/1 (додатковий).
4. Нелидова Н.Э. Психическое здоровье беременных с гиперандрогенией / Н.Э. Нелидова, Г.Н. Абитова, Е.В. Гуткевич // Гинекология. — 2012. — № 8. — С. 5–6, 11–13.
5. Гуркин Ю.А. Детская и подростковая гинекология. Руководство для врачей / Гуркин Ю.А. — М.: МИА. — 2017. — 696 с.
6. Андреева В.О. Роль фактора некроза опухоли-б в патогенезе эндокринно-метаболических расстройств у девочек-подростков с синдромом нервной анорексии / Андреева В.О. // Гинекология. — 2012. — № 8. — С. 5–6, 11–13.
7. Овсянникова Т.В. Гинекологическая эндокринология / Овсянникова Т.В., Прилепская В.И., Серов В.Н. — М.: МЕДпресс-информ, 2017. — 528 с.
8. Глазкова О.Л. Клиническая гинекология. Учебное пособие / Глазкова О.Л., Подзолкова Н.М., Кузнецова И.В. — М.: МИА, 2016. — 616 с.
9. Сидорова И.С. Практическое руководство по клинической гинекологии: учеб. пособие / Сидорова И.С. — М.: МЕДпресс-информ, 2016. — 448 с.
10. Манушарова Р.А. Гинекологическая эндокринология: Руководство для врачей / Р.А. Манушарова, Э.И. Черкезова. — М.: МИА, 2008. — 280 с.

УДК 618.14-089.87-06:618.17/5-056.5:616.8

**Вплив гістеректомії на психологічні та неврологічні зміни у жінок з надмірною масою тіла**

**В.В. Костіков**

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

Результати проведених досліджень свідчать, що зміни стану вегетативної нервової системи залежать від об'єму перенесеного оперативного втручання і мають досить виражений характер. Отримані дані вказують на необхідність розробки комплексу реабілітаційних заходів для пацієнток з надмірною масою тіла, що перенесли гістеректомію, причому з урахуванням якості життя і порушень, що виникають з боку вегетативної нервової системи. Використання різних варіантів замісної гормональної терапії дозволяє знизити ступінь вираженості порушень вегетативної нервової системи і якості життя у пацієнток з надмірною масою тіла.

**Ключові слова:** гістеректомія, психологічний статус, неврологічний статус, надмірна маса тіла.

В умовах сьогодення широко впроваджуються у клінічну практику оперативні методи лікування основних гінекологічних захворювань [1–4]. Визначення раціональних свідчень до операції, адекватний анестезіологічний посібник, використання точної техніки, бурхливий розвиток ендоскопічної хірургії призвели до того, що оперативне втручання в гінекології стало розглядатися як досить безпечна і ефективна лікувальна процедура, що забезпечує, а в деяких випадках гарантує пацієнтці повне одужання [2, 3]. Ця клінічна і соціальна ситуація зумовила значне збільшення кількості оперативних втручань у гінекології, зокрема, гістеректомій, частка яких становить від 15% до 45% у структурі всіх гінекологічних операцій [1–4].

Не дивлячись на незначне число післяопераційних ускладнень у ранній післяопераційний період, віддалені наслідки гістеректомії, особливий вплив перенесеної операції на стан вегетативної нервової системи і якості життя жінок, особливо з надмірною масою тіла, вивчені недостатньо, у тому числі і можливості використання замісної гормональної терапії для корекції порушень з боку вегетативної нервової системи і якості життя.

Сьогодні ефективність, економічна і соціальна задоволеність хворих при застосуванні різних методів лікування оцінюється не лише критеріями виживаності, що широко застосовуються, тривалістю непрацездатності, даними загальноклінічних і спеціальних методів дослідження, але і показниками якості життя.

Якість життя – широке поняття, що охоплює багато сторін життя людини, а не лише стан його здоров'я. Сюди входять умови життя, задоволеність роботою, навчанням, родинні і соціальні стосунки.

Усе зазначене вище свідчить про необхідність вивчення можливостей корекції порушень вегетативної нервової системи у жінок з надмірною масою тіла після гістеректомії на основі використання замісної гормональної терапії, що і з'явилося **метою дослідження**.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленою мети було обстежено 150 жінок з надмірною масою тіла перименопаузального періоду, середній вік яких становив  $46,9 \pm 1,1$  року. Гістеректомія була виконана 120 жінкам з різними гінекологічними захворюваннями. Пацієнтки були розподілені на групи:

- I клінічна група – 60 пацієнток, яким була виконана гістеректомія без придатків;
- II клінічна група – 60 пацієнток після гістеректомії з придатками;
- Група контролю – 30 жінок без оперативного лікування в анамнезі.

Можливості корекції порушень з боку вегетативної нервової системи у жінок з надмірною масою тіла після гістеректомії були вивчені у 40 пацієнток, що мали ті або інші вегетативні зміни: 15 жінок увійшли у групу А, 25 – у групу Б. Для корекції використовували два варіанти: гестагени (лівіал) або естроген (дивигель).

Дослідження вегетативного тону виконували за допомогою індексу Кердо (вегетативний індекс – ВІ).  $ВІ = (1 - Д / ЧСС) \cdot 100$ , де Д – тиск діастолі; ЧСС – частота серцевих скорочень в 1 хвилину. При повній вегетативній рівновазі (ейтонії) ВІ=0. Якщо коефіцієнт позитивний, то переважають симпатичні впливи, якщо цифрове значення із знаком мінус, то підвищений парасимпатичний тонус.

Для виявлення синдрому вегетативної дистонії (СВД) використаний спеціальний опитувальник Вейна, коли пацієнтка підкреслює відповідну відповідь «так чи ні» до кожного з 11 питань, з яких складається анкета. Для кількісного оцінювання наявних ознак виконували їхню оцінку за бальною шкалою. Загальна сума балів у здорових осіб не перевищує 15, перевищення свідчить про наявність СВД.

Дослідження вегетативної реактивності проводили за допомогою холодової проби. У положенні лежачи вимірювали АТ і ЧСС. Потім обстежувану опускали кисть іншої руки до зап'ястя у воду, температура якої була  $+4^{\circ}\text{C}$  і тримала 1 хв, при цьому реєстрували АТ і ЧСС одразу після занурення кисті у воду, через 30 с і 1 хв після занурення, а потім – після того, як рука виїнята з води реєстрували АТ і ЧСС поки вони не досягали вихідного значення.

Нормальна вегетативна реактивність – підвищення систоли АТ на 20 мм рт.ст., діастолі – на 10–20 мм рт.ст. через 30–60 с. Максимальний підйом АТ – через 30 с після початку проби. Повернення АТ до вихідного рівня – через 2–3 хв. Патологічні відхилення можуть носити наступний характер:

- гіперреактивність, виражена симпатична реакція – сильне підвищення систоли і діастолі АТ;
- гіпореактивність, слабка симпатична реакція – незначне підвищення АТ;
- зниження тиску як систоли, так і діастолі або парасимпатична реакція.

Дослідження вегетативного забезпечення діяльності виконували за допомогою

ортоткліностатичної проби. У спокої у горизонтальному положенні визначали ЧСС і АТ. Потім пацієнтка повільно вставала і в зручному положенні стояла біля ліжка. Одразу у вертикальному положенні вимірювали пульс і АТ, а потім робили це через хвилинні інтервали протягом 10 хв. Потім пацієнтка знову лягала і їй вимірювали АТ і ЧСС одразу, а також через хвилинні інтервали доти, поки вони не досягали вихідного значення.

Нормальне вегетативне забезпечення діяльності спостерігається під час вставання і короткочасному підйомі тиску систоли до 20 мм рт.ст. і скороминущому збільшенні ЧСС до 30 хв. Тиск діастолі може залишатися або дещо підніматися. Після повернення в горизонтальне положення АТ і ЧСС повинні через 3 хв прийти до вихідного рівня, суб'єктивні скарги при цьому відсутні.

Надлишкове вегетативне забезпечення характерне при значному (більше 20 мм рт.ст.) підйомі систолічного АТ; самостійному підйомі лише тиску діастолі; збільшенні ЧСС більш, ніж на 30 за 1 хв при вставанні; появі відчуттів приливу крові до голови, потемніння в очах.

Як недостатнє вегетативне забезпечення трактують різке падіння систолічного тиску (більш ніж на 10–15 мм рт.ст.) при вставанні, а також падіння систолічного тиску більш ніж на 20 мм рт.ст. при стоянні. Також можна оцінити і падіння діастолічного тиску при стоянні; поява скарг при похитуванні, відчуття слабкості на момент вставання.

Медичне поняття якості життя включає, перш за все, ті показники, які пов'язані зі станом здоров'я людини. Для оцінювання якості життя і ефективності проведеної теорії ми використовували анкету «якість життя» до і через 6 міс лікування гормональними препаратами.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У результаті проведених досліджень було встановлено, що у жінок з надмірною масою тіла з індукованою менопаузою, як у 1-й, так і в 2-й групах спостереження пере-  
вжали:

- міома матки (88,3% і 85,0% відповідно);
- фонова патологія шийки матки (55,0% і 48,3%);
- запальні захворювання придатків (48,3% і 55,0%);
- ендометріоз (20,0% і 15,0%);
- ретенційні утворення яєчників (15,0% і 18,3%);
- порушення менструальної функції (13,3% і 10,0%);
- гіперплазія ендометрія (10,0% і 10,0%).

Основними свідченнями для проведення гістеректомії стали міома матки і ендометріоз.

У справжньому науковому дослідженні ми вважали за доцільне представити результати клінічного обстеження пацієнток 1-ї групи (гістеректомія без яєчників). З них 40 пацієнткам була виконана субтотальна гістеректомія (підгрупа А) і 20 – тотальна (підгрупа В). У всіх випадках гістеректомію проводили традиційним абдомінальним доступом.

Свідченнями для оперативного лікування стали: у 40 (67,0%) випадках – міома матки; у 18 (30,0%) – гіперпластичні процеси ендометрія і в 28,0% – аденоміоз. Не-

обхідно відзначити, що більш ніж у половини хворих мало місце поєднання два або трьох зазначених вище свідчень для оперативного втручання, а післяопераційний період у всіх пацієнток перебігав без ускладнень.

Серед скарг, які можуть свідчити про порушення функціонального стану вегетативної нервової системи, найчастіше називали підвищення потовиділення (46,7%); вазомоторну лабільність (16,7%) і головний біль (50,0%). Кожна п'ята жінка (20,0%) скаржилася на запаморочення і дратівливість. У 16,7% пацієнток відзначили лабільний настрій і запальність; 13,3% – плаксивість; 10,0% – безсоння і 6,7% – набряки.

Підвищення тону симпатичної нервової системи виявлене у 26,7% і 23,3% оперованих відповідно по групах. У групі порівняння і в контролі було виявлено переважання симпатичної нервової системи у 16,7% і 20,0% і лише у 13,3% і 10,0% – парасимпатичною.

Визначення вегетативної реактивності виконували за допомогою холодової проби. Нормальна реактивність виявлена у 20,0% обстежених; гіперреактивність – також у 20,0%; гіпореактивність – в 33,3% і збочена реакція – у 30,0% хворих 1-ї групи. Патологічна реактивність у пацієнток 2-ї групи була наступною: 20,0%; 23,3% і 33,3% відповідно.

Значно частіше виявлена нормальна реактивність вегетативної нервової системи у здорових жінок порівняно з оперованими, а також збочений тип реагування у групах оперованих порівняно з контрольною групою.

Під час дослідження вегетативного забезпечення нормальний рівень виявлений у 20,0% і 13,3% відповідно по групах. Надлишкове забезпечення діяльності виявлене в 26,7% і 23,3%. Порівняно з цим, значно частіше спостерігалось недостатнє вегетативне забезпечення – 53,3% і 63,3% відповідно.

При проведенні кореляційного аналізу був виявлений середній негативний зв'язок між рівнем естрадіолу і переважанням парасимпатичної нервової системи ( $r=-0,53$ ), а також ідентична залежність між рівнем естрадіолу і недостатнім вегетативним забезпеченням ( $r=-0,51$ ).

Під час оцінювання впливу різних варіантів замісної гормональної терапії (ЗГТ) істотної різниці в ефективності дії препаратів виявити не вдалося, тому ми для зручнішого викладу матеріалу визнали можливим розглядати ефективність ЗГТ у цілому.

Результати проведених досліджень свідчать, що застосування ЗГТ протягом 3 міс дозволило нормалізувати активність вегетативної нервової системи у 20,0% пацієнток, а через 6 міс – відповідно у 36,7%. Крім того нам вдалося знизити частоту синдрому вегетативної дистонії з 66,7% до 43,3% через 3 місяці і до 23,3% – через 6 міс.

При оцінюванні якості життя було встановлено, що до лікування сумарні показники коливалися від 57,9% до 73,6%, причому від максимальної негативної оцінки (8 балів) по кожному пункту. Водночас найбільш негативний вплив на якість життя робили психосоціальні аспекти (73,0%) і фізичне нездужання (73,6%). Проте після курсу ЗГТ показники достовірно покращали по всіх критеріях.

Пацієнтки з надмірною масою тіла після проведення курсу ЗГТ зазначали зникнення симптомів астенизації, відновлення нормальної працездатності, зменшення симптомів фізичного дискомфорту і покращення настрою.

## ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що зміни стану вегетативної нервової системи залежать від об'єму перенесеного оперативного втручання і носять досить виражений характер. Отримані дані свідчать про необхідність розробки комплексу реабілітаційних заходів для пацієнток з надмірною масою тіла, що перенесли гістеректомію, причому з урахуванням і якості життя і порушень, що виникають з боку вегетативної нервової системи. Використання різних варіантів замісної гормональної терапії дозволяє знизити ступінь вираженості порушень вегетативної нервової системи і поліпшення якості життя у пацієнток з надмірною масою тіла.

### Влияние гистерэктомии на психологические и неврологические изменения у женщин с избыточной массой тела

**В.В. Костиков**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что изменения состояния вегетативной нервной системы зависят от объема перенесенного оперативного вмешательства и носят достаточно выраженный характер. Полученные данные указывают на необходимость разработки комплекса реабилитационных мероприятий для пациенток с избыточной массой тела, перенесших гистерэктомию, причем с учетом возникающих нарушений со стороны вегетативной нервной системы и качества жизни. Использование различных вариантов заместительной гормональной терапии позволяет снизить степень выраженности нарушений вегетативной нервной системы и качества жизни у пациенток с избыточной массой тела.

**Ключевые слова:** гистерэктомия, психологический статус, неврологический статус, избыточная масса тела.

### Influence hysterectomy on psychological and neurologic changes at women with excess body weight

**V.V. Kostikov**

Results of the spent researches testify, that changes of a condition of vegetative nervous system depend on volume of the transferred operative intervention and have expressed enough character. The obtained data specifies in necessity of working out of a complex of rehabilitation actions for the patients with excess body weight, who have transferred hysterectomy, and taking into account arising infringements from vegetative nervous system and qualities of a life. Use of various variants of replaceable hormonal therapy allows to lower degree of expressiveness of infringements of vegetative nervous system and qualities of a life at patients with excess body weight.

**Key words:** hysterectomy, the psychological status, the neurologic status, with excess body weight.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Іванюта Л.І., Іванюта С.О. Лейоміома матки (причини виникнення, діагностика, принципи лікування) // Діагностика та лікування. – 2012. – № 3. – С. 44–48.
- Кулаков В.И., Прилепская В.Н. Практическая гинекология. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 720 с.
- Коханевич Е.В., Суханова А.А., Суменко В.В. Фіброміома матки, диференційований підхід до вибору методу лікування // Практична медицина. – 2006. – № 1–2. – С. 22–26.
- Кулаков В.И., Адамьян Л.В., Мынбаев О.А. Оперативная гинекология – хирургические энергии: Руководство. – М.: Медицина, 2010. – 860 с.

## Роль клініко-лабораторних та морфологічних змін у генезі невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій

О.Д. Лещова

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

Дніпропетровський медичний інститут традиційної та нетрадиційної медицини

Результати проведених досліджень свідчать, що основними причинами невдалих спроб ДРТ є тривала безплідність, неодноразові оперативні втручання на органах малого таза, значна кількість внутрішньоматкових операцій, наявність ендометріозу і високий інфекційний індекс. Окрім цього, тривале і невдале лікування безплідності само по собі є негативним чинником, що посилює наявні порушення. Ці чинники ризику зумовлюють зрив адаптаційно-гомеостатичних резервів організму, хронізацію запалення, посилення анатомо-функціональних дефектів репродуктивної системи, що зі свого боку знижує репродуктивний потенціал пацієнток і спричинює невдалі спроби ДРТ.

Проведений кореляційний аналіз продемонстрував істотну роль дисгормональних порушень і патології ендометрія в невдалих спробах допоміжних репродуктивних технологій. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму підвищення ефективності допоміжних репродуктивних технологій.

**Ключові слова:** допоміжні репродуктивні технології, невдалі спроби.

Методи допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) є найбільш ефективними у подоланні різних форм чоловічої і жіночої безплідності. Вони розвиваються і удосконалюються, за їх допомоги у світі народилися понад 2 млн дітей. Проте, не дивлячись на всі досягнення, частота розвитку вагітності все ще залишається порівняно низькою і становить 25–30% на цикл лікування, причому за останніх 10 років цей показник значно не змінився [1–12].

Вочевидь, це пов'язано з великою кількістю різних чинників, що впливають на репродуктивний процес. Низка авторів, розділяючи думку про вплив чоловічого і жіночого чинників на зачаття і розвиток ембріона, звертає увагу, що поєднання цих складових може коливатися від 40% до 80% [1–12].

Пошук прогностичних критеріїв ефективності ДРТ представляє широке поле для науково-практичних досліджень, що підтверджують матеріали 27-ї щорічної конференції Європейського суспільства репродукції і ембріології людини (Стокгольм, 2011).

Усе зазначене вище свідчить про необхідність підвищення ефективності ДРТ.

**Мета дослідження:** підвищення ефективності ДРТ на підставі проведення кореляційного аналізу неефективних спроб.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети дослідження була виділена основна група з жіночими чинниками безплідності (100 подружніх пар з невдалими спробами ДРТ в анамнезі). В основній групі були виділені наступні підгрупи:

- трубно-перитонеальна безплідність;
- ендокринна безплідність;
- ендометріоз і поєднані чинники безплідності.

У групу порівняння увійшли 50 жінок без порушень фертильності з підтвердженою нормальною структурою ендометрія.

До початку циклу ДРТ проводили ретельне обстеження партнерів: збір соматичного, акушерсько-гінекологічного і андрологічного анамнезу, ультразвукове дослідження, клініко-лабораторні, біохімічні і гормональні дослідження.

У разі виявлення будь-якої супутньої патології, у першу чергу урогенітальної інфекції, було призначено відповідну терапію, яку проводили в об'ємі, необхідному для досягнення сануючого ефекту.

Усі дослідження виконувалися відповідно до декларації Хельсінкі Всесвітньої асоціації «Етичні принципи наукових і медичних досліджень за участю людини» (2010). Лікувальні заходи проводили відповідно до нормативних документів, затверджених Міністерством охорони здоров'я України. У комплексі проведених досліджень були включені клінічні, ендокринологічні і морфологічні.

Усі обстежені особи надавали інформовану згоду на участь у дослідженні.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки *першої підгрупи* основної групи (трубно-перитонеальна безплідність) відрізняються наступними характеристиками:

- віковий інтервал від 36 до 39 років;
- переважання в анамнезі ГРВІ, хронічних тонзилітів, дитячих інфекцій і захворювань серця;
- початок статевого життя – з 16 років з одним статевим партнером (78,2%);
- найбільше число в анамнезі штучних абортів (77,1%);
- понад три спроби ДРТ в анамнезі (70,4%);
- початок менархе після 14 років (56,3%), частіше без порушень (53%), тривалість безплідності понад 5–10 років (48,9%);
- переважання операцій з приводу діагностики і відновлення прохідності маткових труб (44,8% і 13,8% відповідно);
- переважання вторинної безплідності (44,6%);
- ектопічні вагітності (35,6%);
- тубектомія (31%);
- ендометріоз (26,4%);
- пологи (25,3%).

Серед інфективних найчастіше були виявлені *C. albicans* і *Chl. trachomatis*.

У *другу підгрупу* (ендокринна безплідність) увійшли молодші жінки:

- віковий інтервал від 30 до 35 років з порушеннями менархе (86,2%);
- ранній початок статевого життя – до 16 років, але переважно з одним статевим партнером (82,5%);
- переважання первинної безплідності (57,9%), тривалість якої більше 5–10 років (68,4%);
- поліменорея і міжменструальні виділення (50%);
- у кожній третій – резекція яєчників в анамнезі (29,8%);
- кисти яєчників, ендометріоз і аденоміоз (21,5%, 19,3% і 16% відповідно);
- ендокринні порушення (19%).

У цій підгрупі зареєстровано найменше число перенесених штучних абортів (8,7%). Саме у цих жінок з ендокринною безплідністю (практично у кожній третій) фіксували тривалий і нерегулярний цикл.

Для *третьої підгрупи* (ендометріоз) жінок характерними є:

- переважання в анамнезі гастритів і циститів;
- наявність болючого менструального циклу;
- оперативні втручання на органах черевної порожнини і малого таза (67% і 31,6% відповідно);
- понад три спроби ДРТ в анамнезі (63,3%);
- переважання первинної безплідності (43,3%);
- в анамнезі до перших спроб ДРТ вже діагностували ендометріоз (24,2%), лейоміому матки з переважанням субсерозних і інтерстиціальних вузлів (20,2%);
- найбільша кількість викиднів в анамнезі (10,7%).

Для *четвертої підгрупи* (поєднані чинники безплідності) характерними є:

- віковий інтервал від 26 до 29 років;
- переважання операцій з приводу діагностики і відновлення прохідності маткових труб (89,2%);
- менархе до 14 років (78,5%);
- переважання в анамнезі кіст яєчників (67,8%);
- захворювання шийки матки (64,3%);
- до двох спроб (у середньому 1,74) ДРТ в анамнезі (64,3%);
- порушення циклу у половини пацієнток;
- наявність більше одного сексуального партнера (57,2%);
- тривалість безплідності 2–4 роки (57,1%);
- дитячі інфекції (57%);
- переважання в анамнезі ендокринних порушень (39%);
- ендометріоз (32,1%);
- постійне виділення у вмісті піхви *C. albicans*, *G. vaginalis*, *U. urealyticum* у різних титрах;
- найбільша кількість абортів (32,3%);
- хронічні бронхіти (25,4%);
- викидні (10,7%) в анамнезі.

Наведені дані переконливо свідчать про те, що не дивлячись на різні форми безплідності, чітко просліджується спільність системних порушень репродуктив-

ного здоров'я: тривала безплідність, оперативні втручання на органах малого таза (у деяких випадках неодноразові), значна кількість внутрішньоматкових операцій, наявність ендометріозу у значної частини пацієнток, високий інфекційний індекс. Окрім цього, тривале і невдале лікування безплідності само по собі є негативним чинником, що посилює наявні порушення.

Аналіз клініко-анамнестичних даних дозволяє передбачити, що ці чинники ризику спричинюють зрив адаптаційно-гомеостатичних резервів організму, хронізацію запалення, посилення анатомо-функціональних дефектів репродуктивної системи, що зі свого боку знижує репродуктивний потенціал пацієнток.

Для чоловіків, які перебувають у шлюбі з обстежуваними жінками першої когорти, характерно:

- середній вік –  $30,5 \pm 4,5$  року, водночас достовірних міжгрупових відмінностей за цим показником виявлено не було;
- у цілому контингент чоловіків був представлений робочими і службовцями, які ведуть сидячий спосіб життя;
- серед обстежуваних чоловіків 65% палять і 32% регулярно (приблизно 1–2 рази на місяць) вживають спиртні напої;
- усі чоловіки переохворіли в дитинстві дитячими інфекціями: кожен третій (30,7%) хворів на вітряну віспу, кожен п'ятий (20,16%) – на кір, а кожен десятий (10,1%) переніс краснуху. Кожен третій чоловік відзначав у себе часті (у середньому 2–3 рази в рік) ГРВІ. Кожен п'ятий вказував на наявність у нього хронічного гастриту. У кожного шостого в анамнезі – хронічний тонзиліт.

На наступному етапі нашого дослідження усіх пацієнток залежно від результатів ДРТ було розподілено на дві підгрупи:

- вагітність позитивна (В+) – 31 жінка;
- вагітність після ДРТ не настала (В-) – 69 пацієнток.

У пацієнток підгрупи В був дещо вищий рівень ТТГ в плазмі крові, хоча достовірних міжгрупових відмінностей при цьому виявлено не було. У той самий час концентрація ФСГ у пацієнток з позитивним результатом ДРТ становила  $9,7 \pm 0,8$  МО/л, достовірно ( $p < 0,05$ ) перевищуючи відповідний показник у пацієнток підгрупи В- ( $6,5 \pm 0,9$  МО/л). Зіставлення концентрації гормонів щитоподібної залози дозволило встановити достовірне ( $p < 0,05$ ) збільшення рівня Т3 в плазмі крові у жінок з позитивним результатом ДРТ ( $4,7 \pm 0,4$  пг/мл) відносно відповідного показника у пацієнток з негативним результатом –  $3,7 \pm 0,5$  пг/мл. Водночас у пацієнток даної підгрупи дещо вище був рівень зв'язаного Т4 –  $18,2 \pm 2,8$  нг/дл, що проте достовірно не перевищувало значення у підгрупі В+, що становило  $14,0 \pm 3,1$  нг/дл.

Наявність зворотних зв'язків помірної сили виявлена між позитивним ефектом ДРТ і наявністю в анамнезі апендектомії ( $r = -0,41$ ), тубектомії ( $r = -0,37$ ), СПКЯ ( $r = -0,32$ ), міомектомії ( $r = -0,35$ ) і лапаротомії ( $r = 0,32$ ) (таблиця). Навпаки, були виявлені позитивні зв'язки чинника настання вагітності після ЕКЗ з наявністю в анамнезі таких пацієнток відомостей про лапароскопії ( $r = 0,38$ ) і РДВ ( $r = 0,30$ ).

**Коефіцієнти кореляції вірогідності настання вагітності після ДРТ з анамнестичними даними, з рівнями гормонів у плазмі крові та експресією рецепторів стероїдних гормонів в ендометрії**

| Чинники анамнезу                      | R (p<0,05) |
|---------------------------------------|------------|
| Апендектомії                          | -0,41      |
| Тубектомії                            | -0,37      |
| СПКЯ                                  | -0,32      |
| Міомектомії                           | -0,35      |
| Лапаротомії                           | - 0,32     |
| Лапароскопії                          | 0,38       |
| РДВ                                   | 0,30       |
| ФСГ                                   | 0,42       |
| Пролактин                             | 0,39       |
| Естрадіол                             | 0,28       |
| ТЗ                                    | 0,31       |
| ДГАЕ – SO4                            | 0,47       |
| ЕР прогестерону в стромі ендометрія   | 0,23       |
| ЕР прогестерону в епітелії ендометрія | 0,36       |
| ЕР естрогену в стромі ендометрія      | 0,32       |
| ЕР естрогену в епітелії ендометрія    | 0,40       |

Аналізуючи результати ДРТ з проведенням лікуванням, частота коагуляції ендометрія у пацієнток з негативним результатом ЕКЗ становила 28,2%, більш ніж у 2 рази перевищуючи відповідне значення у підгрупі пацієнток з позитивним результатом ДРТ.

Оцінювання взаємозв'язку позитивного ефекту ДРТ з гормональним чинником показала наявність позитивних зв'язків помірної сили з концентраціями гормонів ФСГ ( $r=0,42$ ), пролактину ( $r=0,39$ ) і ТЗ ( $r=0,31$ ) (див. таблицю). Зв'язок настання вагітності з рівнем естрадіолу був достовірним, проте слабким ( $r=0,28$ ).

Також слабким був зв'язок позитивного ефекту ДРТ з рівнем ЕРП у стромі ендометрія ( $r=0,23$ ), проте кореляції зі всіма іншими показниками ЕР ендометрія до стероїдних гормонів були прямими і помірної сили: з ЕРП в епітелії -  $r=0,42$ , ЕРЕ у стромі -  $r=0,32$ , ЕРЕ в епітелії ендометрія  $r=0,40$ .

## ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними причинами невдалих спроб ДРТ є тривала безплідність, неодноразові оперативні втручання на органах малого таза, значна кількість внутрішньоматкових операцій, наявність ендометріозу і високий інфекційний індекс. Окрім цього, тривале і невдале лікування безплідності само по собі є негативним чинником, що посилює наявні порушення. Ці чинники ризику зумовлюють зрив адаптаційно-гомеостатичних резервів організму, хронізацію запалення, посилення анатомо-функціональних дефектів репродуктивної системи, що зі свого боку знижує репродуктивний потенціал пацієнток і спричинює невдачі спроби ДРТ.

Проведений кореляційний аналіз продемонстрував істотну роль дисгормональних порушень і патології ендометрія в невдачі спробах допоміжних репродуктивних технологій. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму підвищення ефективності допоміжних репродуктивних технологій.

**Роль клинко-лабораторных и морфологических изменений в генезе неудачных попыток вспомогательных репродуктивных технологий**  
**О.Д. Лещева**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основными причинами неудачных попыток ВРТ являются: длительное бесплодие, неоднократные оперативные вмешательства на органах малого таза, большое число внутриматочных операций, наличие эндометриоза и высокий инфекционный индекс. Кроме этого, длительное и unsuccessful лечение бесплодия само по себе является негативным фактором, усугубляющим имеющиеся нарушения. Эти факторы риска способствуют срыву адаптационно-гомеостатических резервов организма, хронизации воспаления, усилению анатомо-функциональных дефектов репродуктивной системы, что, в свою очередь, снижает репродуктивный потенциал пациенток и способствует неудачным попыткам ВРТ.

Проведенный корреляционный анализ показал существенную роль дисгормональных нарушений и патологии эндометрия в неудачных попытках вспомогательных репродуктивных технологий. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма повышения эффективности вспомогательных репродуктивных технологий.

**Ключевые слова:** вспомогательные репродуктивные технологии, неудачные попытки.

**Role of clinical-laboratory and morphological changes in genesis of unsuccessful genesial technologies**  
**O.D. Leshchova**

Results of the spent researches testify, that principal causes of unsuccessful attempts ART are: long barrenness, numerous operative interventions on bodies of a small basin, the big number intrauterine operations, presence of an endometriosis and a high infectious index. Besides, long and unsuccessful treatment of barrenness in itself is the negative factor aggravating available infringements. These risk factors promote failure adaptation-gomeostasis reserves of an organism, inflammation synchronisation, to strengthening of anatomic-functional defects of

reproductive system, that, in turn, reduces reproductive potential of patients and promotes unsuccessful attempts ART.

The carried out correlation analysis has shown an essential role dyshormonal infringements and a pathology of endometrium in unsuccessful attempts of auxiliary reproductive technologies. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of increase of efficiency of auxiliary reproductive technologies.

**Key words:** auxiliary reproductive technologies, unsuccessful attempts.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аншина М.Б., 2012. ВРТ: прошлое, настоящее, будущее // Проблемы репродукции : 3 : 6-15.
2. Артифев С.Б., Артифева А.А., Одинцов А.А., 2016. Анализ структуры мужской infertility // Актуальные вопросы урологии и андрологии : Н. Новгород : 71-78.
3. Баскаков В.П., 2012. Состояние репродуктивной системы женщины при эндометриозе // Проблемы репродукции : 2 : 15-18.
4. Божедомов В.А., Лоран О.Б., Сухих Г.Т., 2017. Этиология и патогенез мужского аутоиммунного бесплодия. Часть 1. // Андрология и генитальная хирургия : 1 : 27-33
5. Божедомов В.А., Лоран О.Б., Сухих Г.Т., 2017. Этиология и патогенез мужского аутоиммунного бесплодия. Часть 2. // Андрология и генитальная хирургия : 1 : 34-39
6. Бондарев Д.А., Скорова Н.Е., Курносое Т.Р., 2016. Иммунологический аспект вспомогательных репродуктивных технологий // Андрология и генитальная хирургия : 2 : 30-39
7. Вихляева Е.М., 2011. Руководство по эндокринной гинекологии : Москва : 708.
8. Гаспаров А.С., Волков Н.И., Корнеева М.Е., 2015. Трубно-перитонеальное бесплодие у женщин // Проблемы репродукции : 5 : 43-44.
9. Герасимов А.М., 2012. Причины бесплодия при наружном эндометриозе (обзор литературы) // Проблемы репродукции : 5 : 51-54.
10. Гюдайс Л.С., 2015. Имплантирующаяся оплодотворенная яйцеклетка и материнский организм // Проблемы эндокринологии : 5 : 30-32.
11. Гилязутдинов И.А., 2012. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве. Руководство для врачей : М.: МЕДпресс-информ : 416.
12. Горюнов В.Г., Жиборев Б.Н., Евдокимов В.В., 2015. Причины и признаки мужского бесплодия : Рязань : 321.

УДК 618.19-006.03-055.2:618.177-08

## Сучасні аспекти лікування безплідності у жінок із доброякісною патологією грудних залоз

О.А. Полялюк

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

У дослідження увійшли 90 жінок, які лікувалися від безплідності за різними методами, у тому числі і допоміжними репродуктивними технологіями. Основними методами дослідження були клінічні, ендокринологічні, ехографічні та імунологічні. Клінічна ефективність лікування безплідності у жінок з патологією грудних залоз при використанні короткого протоколу становить 33,3%, а довгого протоколу – 50,0%. Основними ускладненнями вагітності є мимовільне переривання у I триместрі (20,0% та 6,7%), а також передчасні пологи – 20,0% та 6,7% відповідно.

Використання удосконаленого нами алгоритму дозволяє підвищити ефективність лікування безплідності, а також забезпечити низький рівень перинатальної патології. Практичне впровадження отриманих результатів дозволить покращити лікування безплідності без погіршення патології грудних залоз.

**Ключові слова:** патологія грудних залоз, безплідність, лікування, допоміжні репродуктивні технології.

Частота доброякісної патології грудних залоз постійно зростає у жінок репродуктивного віку, у тому числі і за наявності у них безплідності [1, 3]. Поєднання даної патології з порушеннями репродуктивної функції ускладнює своєчасну діагностику та ефективне проведення лікувально-профілактичних заходів [2, 4].

Останніми роками допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) все частіше використовуються у пацієнток із різними варіантами гінекологічної і соматичної захворюваності, причому їхня ефективність постійно підвищується [1, 4]. У структурі різної гінекологічної і соматичної патології, що може привести до необхідності використання ДРТ, зросла роль різних доброякісних захворювань грудних залоз (ДЗГЗ) [5, 6]. Водночас тактика ведення цих пацієнток остаточно не відпрацьована, що є однією з причин недостатньої ефективності ДРТ і подальшої високої частоти прогресування ДЗГЗ.

Попри значну кількість наукових публікацій з проблеми лікування безплідності, не можна вважати її повністю вирішеною, особливо в плані тактики проведення ДРТ у пацієнток з ДЗГЗ.

Усе наведене вище визначило актуальність проведення наукового дослідження, яке дозволить вирішити важливе наукове завдання сучасної репродуктології.

**Мета дослідження:** підвищення ефективності лікування безплідності у жінок з патологією грудних залоз на підставі вивчення клініко-ехографічних, ендокринологічних і гемодинамічних особливостей та удосконалення алгоритму допоміжних репродуктивних технологій.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети і завдань у дослідження включено 90 жінок, що знаходилися на лікуванні безплідності за різними методиками, у тому числі і ДРТ.

Дослідження носило поетапний характер:

- перший етап – формування основної (n=60) і контрольної груп (n=30) відповідно до наявності та лікування патології грудних залоз;
- другий етап – аналіз чинників ризику патології грудних залоз;
- третій етап – клініко-лабораторне обстеження жінок основної групи;
- четвертий етап – формування 1-ї (n=30) і 2-ї підгруп (n=30) відповідно до методів лікування мастопатії;
- п'ятий етап – оцінювання впливу різних способів стимуляції суперовуляції на стан грудних залоз.

У дослідження увійшли 90 жінок від 26 до 40 років. Тридцять пацієнток без патології грудних залоз та 60 – з дифузною формою мастопатії (лікована раніше та вперше діагностована). Усім пацієнткам проведено повне клінічне обстеження згідно зі стандартами ВООЗ щодо обстеження жінок з діагнозом безплідності, а також згідно з наказом МОЗ України № 771 від 23.12.2008 року «Про затвердження інструкції по порядку вживання ДРТ».

У результаті виділено дві досліджувані групи: контрольна і основна. До контрольної групи увійшли 30 жінок, в яких не було виявлено патології грудних залоз. Основна група представлена 60 жінками з виявленою патологією грудних залоз: дифузна форма мастопатії.

На другому етапі виконано аналіз чинників ризику виникнення патології грудних залоз у жінок основної і контрольної груп.

На третьому етапі вивчені особливості гомеостазу у жінок основної і контрольної груп.

На четвертому етапі основну групу розподілено на першу і другу підгрупи для оцінювання впливу способів стимуляції суперовуляції на стан грудних залоз. У першу підгрупу (n=30) увійшли жінки з вперше діагностованою дифузною мастопатією, у другу (n=30) – пацієнтки з вже лікованою дифузною формою мастопатії.

На п'ятому етапі проведено оцінювання впливу різних способів стимуляції суперовуляції на тканину грудних залоз з використанням ультразвукового дослідження МЗ та доплерівською флоуметрією у жінок з діагнозом безплідності.

Пацієнткам проводили стимуляцію суперовуляції за коротким протоколом без десенситизації гіпофіза та за довгим протоколом з попередньою десенситизацією гіпоталамо-гіпофізарної системи агоністами гонадотропін-рилізінг гормону.

У контрольній групі 15 (50,0%) жінкам проведена стимуляція суперовуляції з використанням короткого протоколу; 15 (50,0%) жінкам – стимуляцію суперовуляції по довгому протоколу. У 1-й підгрупі за коротким протоколом проведена сти-

муляція суперовуляції 15 (50,0%) жінкам та 15 (50,0%) пацієнткам – стимуляція суперовуляції за довгим протоколом з попередньою десенситизацією гіпофіза аГнРГ. У 2-й підгрупі 15 (50%) пацієнткам проводили лікування за короткому протоколу і 15 (50%) жінкам – за довгим протоколом.

При стимуляції за коротким протоколом на 1–2-й день менструального циклу підшкірно вводили препарат, що містить трипторелін – синтетичний аналог гонадотропін-рилізінг-гормону (Гн-РГ). З 3-го дня менструального циклу починалося внутрішньом'язове введення рекомбінантних і сечових гонадотропінів – в індивідуально підібраній дозі під контролем ультразвукового моніторингу дозрівання фолікулів в яєчниках і зростання ендометрія, з необхідною корекцією дози препаратів, що вводяться, яка може бути збільшена або зменшена залежно від стану яєчників і ендометрія.

При стимуляції суперовуляції за довгим протоколом з 21-го дня менструального циклу починали щоденне підшкірне введення з метою десенситизації гіпофіза. Після досягнення блокади гіпофіза наставала менструальноподібна реакція, на 1–2-й день менструального циклу визначали рівень естрадіолу у сироватці крові. При концентрації естрадіолу менше 50 пг/мл з 3-го дня менструального циклу на тлі підшкірного введення починали щоденне внутрішньом'язове введення рекомбінантних і сечових гонадотропінів в індивідуально підібраній дозі під контролем ультразвукового моніторингу дозрівання фолікулів в яєчниках і зростання ендометрія. Подальшу стимуляцію суперовуляції проводили аналогічно схемі короткого протоколу.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними причинами безплідності у жінок з доброякісною патологією грудних залоз є:

- поєднання трубного та ендокринного чинників (30,0%);
- ановуляція (28,3%);
- самостійний трубний фактор (25,0%);
- чоловіча безплідність (16,7%).

Вторинна безплідність зустрічається набагато частіше порівняно з первинним (73,3% проти 26,7% відповідно).

Провідними скаргами у жінок з безплідністю та патологією грудних залоз є:

- у 69,4% – біль і нагубання грудних залоз у другу фазу менструального циклу;
- у 33,3% – ділянки хворобливих ущільнень без чітких меж у вигляді тяжей, а також грубі залозисті часточки у вигляді «бруківки»;
- у 13,8% – тривалий біль і нагубання грудних залоз;
- у 8,3% – локальна хворобливість грудних залоз.

У пацієнток з різними причинами безплідності частіше фіксували дифузну форму фіброзно-кістозної мастопатії (трубний або чоловічий чинники – 60,0%; поєднанні чинники – 52,0% та ановуляція – 51,4%) порівняно з вузловою формою (14,3%; 8,0% та 4,0% відповідно).

Під час використання короткого протоколу стимуляції суперовуляції у жінок з вузлуватою формою мастопатії у 26,6% виникають нові вузли або збільшення

розмірів тих, що раніше існували, у 12,5% – з'являється вузлувата форма. При застосуванні довгого протоколу це відбувається набагато рідше – 5,5%.

Клінічна ефективність лікування безплідності у жінок з патологією грудних залоз при використанні короткого протоколу становить 33,3%, довгого – 50,0%. Основними ускладненнями вагітності є мимовільне переривання у I триместрі (20,0% та 6,7% відповідно), а також передчасні пологи – 20,0% та 6,7% відповідно.

### ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що наукове завдання щодо використання допоміжних репродуктивних технологій у жінок з патологією грудних залоз є достатньо актуальним і своєчасним. Використання удосконаленого алгоритму дозволяє підвищити ефективність лікування безплідності, а також забезпечити низький рівень перинатальної патології. Практичне впровадження отриманих результатів дозволить покращити лікування безплідності без погіршення патології грудних залоз.

### Современные аспекты лечения бесплодия у женщин с доброкачественной патологией грудных желез

**О.А. Полюлях**

В исследование вошли 90 женщин, находившихся на лечении бесплодия по различным методикам, в том числе и при помощи вспомогательных репродуктивных технологий. Основными методами исследования были клинические, эндокринологические, эхографические и иммунологические. Клиническая эффективность лечения бесплодия у женщин с патологией грудных желез при использовании короткого протокола составляет 33,3%, а длинного – 50,0%. Основными осложнениями беременности является ее самопроизвольное прерывание в I триместре (20,0% и 6,7%), а также преждевременные роды – 20,0% и 6,7% соответственно.

Использование усовершенствованного алгоритма позволяет повысить эффективность лечения бесплодия, а также обеспечить низкий уровень перинатальной патологии. Практическое внедрение полученных результатов позволяет улучшить лечение бесплодия без ухудшения патологии грудных желез.

**Ключевые слова:** патология грудных желез, бесплодие, лечение, вспомогательные репродуктивные технологии.

### Modern aspects of treatment of sterility at women with benign pathology of mammary glands

**O.A. Polyulah**

We included in research of 90 women who were on sterility treatment by various techniques including auxiliary genesial technologies. The main methods of research were clinical, endocrinologic, ehografical and immunologic. Clinical efficiency of treatment of sterility at women with pathology of mammary glands when using the short protocol makes 33,3%, and long – 50,0%. The main complications of pregnancy is its spontaneous discontinuing in 1 trimester (20,0% and 6,7%), and also premature births – 20,0% and 6,7% respective.

We used of the algorithm improved by us allows to increase efficiency of treatment of sterility, and такеж to provide low level of perinatal pathology. Practical introduction of the received results allows to improve sterility treatment without deterioration of pathology of mammary glands.

**Key words:** pathology of mammary glands, sterility, treatment, auxiliary genesial tekhologies.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Юзько О.М. Клінічно-статистичний аналіз використання в Україні допоміжних репродуктивних технологій для лікування безпліддя / О.М. Юзько, Т.А. Юзько // Буковинський медичний вісник. – 2011. – Т. 15, № 3 (59). – С. 135–137.
2. Юзько О.М. Стан та перспективи використання допоміжних репродуктивних технологій при лікуванні безпліддя в Україні / О.М. Юзько, Т.А. Юзько, Н.Г. Руденко // Здоров'я жінки. – 2013. – № 8. – С. 26–30.
3. Артифевсов С.Б. Андрологические аспекты бесплодного брака / С.Б. Артифевсов // Акушерство и гинекология. – 2015. – № 2. – С. 46–47.
4. Камінський В.В. Медико-соціальні та законодавчі аспекти медикаментозного абортів в Україні / В.В. Камінський, Н.Г. Прядко // Репродуктивна ендокринологія. – 2014. – № 3. – С. 30–35.
5. The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization / J.M. Smeenk, C.M. Verhaak, A. Eugster [et al.] // Hum Reprod. – 2016. – № 16 (7). – P. 1420–1423.
6. Boivin J. Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies / J. Boivin, E. Griffiths, C.A. Nenetis // BMJ. – 2016. – № 342. – P. 223.

## Тези науково-практичного семінару у форматі телемосту «МІЖНАРОДНІ ТА ВІТЧИЗНЯНІ СТАНДАРТИ НАДАННЯ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ»

30 жовтня 2018 року,  
КИЇВ-ЧЕРНІВЦІ-УЖГОРОД-ІВАНО-ФРАНКІВСЬК

### Порівняльні аспекти прогнозування невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій

**О.О. Берестовий**

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

Було обстежено 97 подружніх пар, які проходили лікування безплідності на базі клініки допоміжних репродуктивних технологій. У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, ендокринологічні, імуногістохімічні, ехографічні та статистичні методи. Для прогнозування невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій необхідно використовувати побудовану математичну модель, яка включає чотири найбільш значущі змінні (у порядку зниження рівня значущості): оптична щільність експресії LIF у поверхневому і залозистому епітелії ендометрію, отриманого у період передбачуваного «вікна імплантації» у циклі перед проведенням екстракорпорального запліднення, вміст VEGF в цервікальному слизу в день трансвагінальної пункції, S/D і IR спіральних артерій у день введення тригера овуляції. Використання запропонованого алгоритму дозволяє підвищити ефективність прогнозування невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій.

### Особливості ведення вагітності у жінок з утвореннями яєчників **А.В. Бойко**

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Клінічний перебіг вагітності у жінок з доброякісними пухлинами та пухлино-подібними новоутвореннями яєчників характеризується високою частотою загрози переривання в I (49,7%) та II триместрах (50,8%). Рівень інших ускладнень залежить від тактики ведення. Він значно вище при відмові жінок від оперативного лікування та їх консервативному веденні: плацентарна дисфункція (44,0% та 16,2%); дистрес плода (30,0% та 6,7%); розродження шляхом кесарева розтину (33,3% та 10,8%) та порушення постнатальної адаптації новонароджених (9,5% та 6,8% відповідно). Удосконалений та впроваджений алгоритм ведення жінок з доброякісними пухлинами та пухлиноподібними новоутвореннями яєчників дозволяє покращити акушерські та перинатальні наслідки розродження жінок групи високого ризику.

### Сучасні аспекти діагностики тяжких форм повторної плацентарної дисфункції

**Д.О. Говсєєв**

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

Результати проведених досліджень свідчать, що розроблений на підставі оцінкової діагностичної шкали (ультразвукове і лабораторне тестування) клінічний алгоритм ведення вагітних групи ризику підвищує точність діагностики повторної плацентарної дисфункції на 26,1%, її важких форм – на 39,5%, сприяє вибору адекватної акушерської тактики, поліпшенню перинатальних результатів при тяжких формах повторної плацентарної дисфункції – на 60%. Отримані результати дозволяють рекомендувати застосування методики ранньої діагностики тяжких форм повторної плацентарної дисфункції у практичній охороні здоров'я.

### Вплив різних форм аденоміозу на клінічний перебіг захворювання

**С.Я. Гринчук**

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

Результати проведених досліджень свідчать про актуальність вивчення сучасних клінічних аспектів аденоміозу з виділенням вузлової та дифузних форм аденоміозу. Отримані результати свідчать про наявність декількох форм даної патології, які необхідно враховувати у клінічній практиці. Ефективне оцінювання отриманих клінічних результатів свідчить про необхідність удосконалення існуючого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у пацієнток з аденоміозом.

**Тактика ведення жінок із поліпами та гіперпластичними процесами ендометрія****О.К. Ігнат'єва****Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,  
м. Київ**

Проведено клініко-лабораторне обстеження 100 пацієнток з матковими кровотечами різного характеру і наявністю ехографічних ознак патології ендометрія. У пацієнток із поєднанням гіперплазії ендометрія і хронічного ендометриту з реактивною гіперплазією порівняно з гіперплазією без атипії і з атипією, наголошується більш ранній початок і вираженість клінічних симптомів захворювання, тривалість яких перевищує 2 роки. У жінок з простою і складною типовою і атипічною гіперплазією зв'язок між морфологічним варіантом патологічного процесу і патогномонічною клінічною симптоматикою відсутній.

У структурі супутніх захворювань у пацієнток з наявністю хронічного ендометриту переважають (порівняно з гіперплазією без атипії і з атипією) запальні процеси органів малого таза, доброякісні захворювання шийки матки, гіперпластичні процеси ендометрія, що свідчить про виражений системний характер патології. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у жінок з гіперпластичними процесами ендометрія, у тому числі і на фоні хронічного ендометриту.

**Тактика допоміжних репродуктивних технологій у пацієнток після апоплексії яєчників****О.М. Іщак****Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,  
м. Київ**

Результати проведених досліджень свідчать про ефективність запропонованого алгоритму диференційованого підходу до проведення допоміжних репродуктивних технологій у жінок після апоплексії яєчників з урахуванням не лише причин апоплексії, але й наявності супутньої екстрагенітальної патології і синдрому полікістозних яєчників. Представлені дані дозволяють рекомендувати вдосконалений алгоритм для широкого використання в кабінетах і клініках репродуктології.

**Особливості психологічних та неврологічних змін в жінок з надмірною масою тіла****В.В. Костіков****Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,  
м. Київ**

Результати проведених досліджень свідчать, що зміни стану вегетативної нервової системи залежать від об'єму перенесеного оперативного втручання і носять досить виражений характер. Отримані дані свідчать про необхідність розробки комплексу реабілітаційних заходів для пацієнток з надмірною масою тіла, що перенесли гістеректомію, з врахуванням виникаючих порушень з боку вегетативної нервової системи і якості життя. Використання різних варіантів замісної гормональної терапії дозволяє знизити ступінь вираженості порушень вегетативної нервової системи і якості життя у пацієнток з надмірною масою тіла.

**Особливості плацентарної дисфункції та затримки розвитку плода у жінок різних вікових груп****В.В. Маркевич****Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,  
м. Київ**

Результати проведених досліджень свідчать, що визначення показників рівня чинників росту у комплексі з фетометрією, доплерівськими дослідженнями кровотоку, кардіотокографією дозволяє прогнозувати розвиток і оцінювати ступінь тяжкості синдрому затримки розвитку плода. При формуванні синдрому затримки розвитку плода спостерігається зниження продукції інсуліноподібного чинника росту I типу і чинника росту плаценти, різке підвищення рівня судинно-ендотеліального чинника росту і рецептора судинно-ендотеліальних чинників росту I типу.

При неускладненій вагітності рівень інсуліноподібного і судинно-ендотеліального чинників росту в материнській крові зростає зі збільшенням терміну гестації в 2,3–4,7 разу. Чинник росту плаценти характеризується швидким (на 75%) наростанням концентрації до кінця II триместру (на 75% від початкового значення) і плавним зниженням у III триместрі. Зниження рівня інсуліноподібного чинника росту I типу є прогностичним показником затримки розвитку плода тяжкого ступеня.

Дослідження судинно-ендотеліального чинника росту продемонструвало, що при субкомпенсованій плацентарній дисфункції спостерігається підвищення його рівня у 3 рази порівняно з нормою. При критичному стані плода рівень судинно-ендотеліального чинника росту у 3,5 разу перевищує нормативні показники.

У вагітних з субкомпенсованою плацентарною дисфункцією спостерігається зниження показників чинника росту плаценти на 47,16–67,81%. При критичному стані плода з вираженою гіпотрофією і гіпоксією рівень чинника росту плаценти

знижений на 52,57–72,84% протягом гестації. У вагітних з подальшим розвитком критичного стану плода з 16–22-го тижня спостерігається підвищення у 4 рази рівня розчинного рецептора судинно-ендотеліальних чинників росту І типу. Отримані результати необхідно використати з метою прогнозування плацентарної дисфункції та затримки розвитку плода у жінок різних вікових груп.

### **Передчасні пологи при моно- та біхоріальній двійнях**

**О.В. Мельник**

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

Метою наукової роботи було вивчення основних особливостей передчасних пологів при багатоплідній вагітності. Був проведений клінічний аналіз 50 історій пологів у жінок з моно- та біхоріальною двійнями. Результати проведених досліджень свідчать, що багатоплідна вагітність є чинником ризику недоношування з високою частотою перинатальних втрат. У зв'язку з недостатньою ефективністю загальноприйнятих прогностичних і лікувально-профілактичних заходів, наші дослідження надалі будуть продовжені в аспекті удосконалення використовуваних методик.

### **Вплив змін місцевого імунітету каналу шийки матки на розвиток порушень мікробіоценозу статевих шляхів**

**С.А. Пандей**

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

Результати проведених досліджень свідчать, що при гострому запаленні внутрішніх статевих органів відбувається функціональна активація місцевих лімфоцитів, причому вона більш виражена при середньому ступені тяжкості захворювання і не залежить від нозологічної форми. Отримані результати можна використовувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

### **Тактика ведення жінок із безплідністю на тлі гіперпластичних процесів ендометрія**

**Ю.М. Садигов**

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

Проведене комплексне клініко-інструментальне, лабораторне та морфологічне обстеження 120 пацієнток з нереалізованою репродуктивною функцією та різною патологією ендометрія, яких було розподілено на чотири групи. Використання удосконаленого диференційованого підходу до тактики ведення жінок з нереалізованою репродуктивною функцією на тлі різних варіантів патології ендометрія дозволяє на 10,0% підвищити ефективність лікування безплідності (33,3% порівняно з 23,3%). Удосконалений нами алгоритм дозволяє підвищити ефективність допоміжних репродуктивних технологій у цих жінок на 10,0%, що дає нам право рекомендувати його для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

### **Тактика збереження репродуктивного здоров'я дівчат-підлітків із тиреоїдною патологією з урахуванням медико-соціальних особливостей**

**С.М. Шулятицька**

**Івано-Франківський національний медичний університет МОЗ України**

Результати проведених досліджень дозволяють дійти висновку, що модель з охорони репродуктивного здоров'я і підготовки до родинного життя повинна включати наступні складові частини: організаційна структура, представлена спеціалізованим відділенням при обласному перинатальному центрі; основні завдання, умови і критерії оцінки ефективності її діяльності. Функціонування моделі передбачає чітку схему взаємодії з адміністрацією територій, установами охорони здоров'я, управлінням внутрішніх справ, комітетами народної освіти і культури і громадськими організаціями, що дозволяє повноцінно забезпечити велике коло проблем підготовки до родинного життя молоді і підлітків.

# Аналіз результатів соціологічного дослідження самооцінки лікарями загальної практики-сімейними лікарями особистих теоретичних знань і практичних вмінь та знань і вмінь сімейних медичних сестер з надання акушерсько-гінекологічних медичних послуг

О.С. Щербінська<sup>1</sup>, Н.Я. Жилка<sup>1</sup>, Г.О. Слабкий<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

<sup>2</sup>ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

У роботі представлено результати соціологічних досліджень серед лікарів загальної практики-сімейних лікарів щодо самооцінки рівня особистих теоретичних знань і практичних вмінь та оцінки знань і вмінь сімейних медичних сестер з надання акушерсько-гінекологічної медичної допомоги.

**Ключові слова:** лікарі загальної практики-сімейні лікарі, сімейні медичні сестри, акушерсько-гінекологічна допомога, рівень готовності, самооцінка.

В теперішній час в Україні проводиться реформа системи охорони здоров'я з пріоритетним розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини [1,2]. За останній час проведено юридичне розмежування первинної та спеціалізованої медичної допомоги [3] із створенням Центрів первинної медичної допомоги [4]. Лікарям загальної практики-сімейним лікарям надано право визначати медичний маршрут пацієнта [5] при цьому населення має право вільного вибору сімейного лікаря [6].

Особливе місце в роботі лікарів загальної практики-сімейних лікарів займає надання акушерсько-гінекологічної допомоги. Даний вид медичної допомоги для лікарів первинної ланки в Україні не був властивим. Тому підготовка сімейних лікарів та сімейних медичних сестер до надання якісної медичної допомоги жінкам є надзвичайно важливою задачею для вітчизняної системи охорони здоров'я, що і визначило актуальність даного дослідження.

**Мета:** дослідити методом соціологічного дослідження, рівень самооцінки лікарями загальної практики-сімейними лікарями особистих теоретичних знань і практичних вмінь та знань і вмінь сімейних медичних сестер з надання акушерсько-гінекологічної медичної допомоги.

Характеристика респондентів

| Показник                                                                                                                         | Абс | %     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|
| <b>Стать</b>                                                                                                                     |     |       |
| Чоловік                                                                                                                          | 74  | 17,05 |
| Жінка                                                                                                                            | 360 | 82,95 |
| <b>Вік</b>                                                                                                                       |     |       |
| До 30 років                                                                                                                      | 302 | 69,58 |
| Показник                                                                                                                         | Абс | %     |
| 30-40 років                                                                                                                      | 56  | 12,90 |
| 40-50 років                                                                                                                      | 104 | 23,96 |
| 50-60 років                                                                                                                      | 110 | 25,34 |
| 60 років і старше                                                                                                                | 68  | 15,69 |
| <b>Фах при отриманні диплому лікаря</b>                                                                                          |     |       |
| Лікувальна справа                                                                                                                | 262 | 60,37 |
| Педіатрія                                                                                                                        | 85  | 19,58 |
| Лікар загальної практики                                                                                                         | 80  | 18,43 |
| Інший                                                                                                                            | 11  | 2,53  |
| <b>Стаж роботи лікарем</b>                                                                                                       |     |       |
| До 5 років                                                                                                                       | 158 | 36,41 |
| 5-10 років                                                                                                                       | 24  | 5,53  |
| 10-20 років                                                                                                                      | 57  | 13,13 |
| 20 років і старше                                                                                                                | 127 | 29,26 |
| <b>Стаж роботи сімейним лікарем</b>                                                                                              |     |       |
| До 1 року                                                                                                                        | 97  | 22,35 |
| 2-3 роки                                                                                                                         | 52  | 11,98 |
| 3-5 років                                                                                                                        | 45  | 10,37 |
| 5-10 років                                                                                                                       | 56  | 12,90 |
| 10 років і більше                                                                                                                | 116 | 26,72 |
| <b>Кваліфікаційна категорія</b>                                                                                                  |     |       |
| Вища                                                                                                                             | 155 | 35,71 |
| Перша                                                                                                                            | 69  | 15,90 |
| Друга                                                                                                                            | 39  | 8,99  |
| Не атестований                                                                                                                   | 164 | 37,79 |
| <b>Останні курси підвищення кваліфікації на яких розглядалися питання акушерсько-гінекологічної допомоги на первинному рівні</b> |     |       |
| Передатестаційний цикл                                                                                                           | 87  | 20,05 |
| Тематичне удосконалення                                                                                                          | 39  | 8,99  |
| Треїнг                                                                                                                           | 127 | 29,26 |
| Інше                                                                                                                             | 59  | 13,59 |
| Дані питання не розглядалися                                                                                                     | 122 | 28,11 |
| <b>Оцінка рівня одержаних знань</b>                                                                                              |     |       |
| Достатній                                                                                                                        | 273 | 62,90 |
| Недостатній                                                                                                                      | 101 | 23,27 |
| Не визначився                                                                                                                    | 60  | 13,83 |
| <b>Працюють в</b>                                                                                                                |     |       |
| Сільська місцевість                                                                                                              | 131 | 30,65 |
| Місто                                                                                                                            | 303 | 69,35 |

Примітка: 1) повністю відповідає задачам, 2) добрий, 3) задовільний, 4) потребує покращення, 5) незадовільний

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Матеріали та методи, що використані в ході виконання дослідження. В ході виконання дослідження було опитано 434 лікарів загальної практики-сімейних лікарів, які працюють в м. Києві, Київській, Миколаївській та Херсонській областях. Дані про опитаних лікарів загальної практики-сімейних лікарів наведено в табл.

Аналіз даних табл.1 вказує на те, що більшість респондентів склали лікарі-жінки (82,95%) у віці до 30 років (69,58%) при частці респондентів пенсійного віку 15,69%. Основна частка респондентів отримали диплом за фахом «лікувальна справа» – 60,37%, а частка тих, хто отримав диплом за фахом загальна лікарська справа-сімейна медицина складала 18,43%. При цьому за стажем роботи лікарем більшу частку склали респонденти, які мали стаж роботи до п'яти років 36,41% – та більше 20 років – 29,26%, а стаж роботи лікарем загальної практики-сімейним лікарем – більше 10 років – 26,72%, та до одного року – 22,35%. Найбільшу частку респондентів склали не атестовані лікарі (37,79%) та лікарі атестовані на вищу атестаційну категорію (35,71%). Із загальної кількості опитаних лікарів 30,65% працює в сільській місцевості, а 69,35% – в містах.

Із загальної кількості респондентів 28,11% опитаних відмітили, що під час останніх курсів підвищення кваліфікації питання акушерсько-гінекологічної допомоги на рівні первинної медико-санітарної допомоги не розглядалися, а рівень одержаних знань оцінили як достатній 62,90%.

Дослідження проводилося за спеціально розробленою анкетною.

Процес заповнення анкет та їх опрацювання забезпечував збереження конфіденційності інформації про респондентів.

При проведенні соціологічного дослідження дотримані принципи Гельсінської декларації, прийнятої Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації (1964-2000 рр.), Конвенції ради Європи про права людини та біомедицину (1997 р.) Європейської конвенції по використанню хребетних тварин для експериментів (1986 р.), відповідні положення ВООЗ, Міжнародної ради медичних наукових товариств, міжнародного кодексу медичної етики (1983 р.) та закони України.

Статистична обробка первинних даних проводилася з використанням сучасних методів медичної статистики.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЙОГО ОБГОВОРЕННЯ

На початку було статистично оброблено та проаналізовано результати соціологічного дослідження з вивчення рівня самооцінки лікарями загальної практики-сімейними лікарями особистих теоретичних знань з надання акушерсько-гінекологічної медичної допомоги. Отримані результати наведено в табл.2.

Аналіз наведених в табл. 2 результатів соціологічного дослідження серед лікарів загальної практики-сімейних лікарів показав, що вони низько оцінили рівень особистих теоретичних знань з надання акушерсько-гінекологічної медичної допомоги. Так, найбільш незадовільно респонденти оцінили рівень своїх знань з питань діагностики стану плода (23,04±2,1%), з питань діагностики та визначення тактики дій при ускладненнях вагітності (21,20±2,1%), з питань діагностики строку вагітності (17,97±1,9%).

Потребують покращення теоретичні знання з таких розділів: діагностики та визначення тактики дій при ускладненнях вагітності (43,32±2,5%), скринінгу онкологічних захворювань у жінок (39,40±2,4%), діагностики та визначення тактики дій

Таблиця 2

Рівень самооцінки лікарями загальної практики-сімейними лікарями особистих теоретичних знань з надання акушерсько-гінекологічної медичної допомоги,%

| Розділ знань                                                                                 | 1        | 2         | 3         | 4         | 5         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 3 питань скринінгу онкологічних захворювань у жінок                                          | 7,76±1,3 | 22,58±2,1 | 23,50±2,1 | 39,40±2,4 | 11,75±1,6 |
| 3 питань діагностики та визначення тактики дій при гінекологічних захворюваннях              | 3,68±0,9 | 19,35±2,0 | 21,89±2,1 | 39,40±2,4 | 15,67±1,8 |
| 3 питань діагностики та визначення тактики дій при фізіологічній вагітності                  | 5,99±1,2 | 23,96±2,1 | 24,65±2,1 | 34,10±2,4 | 11,29±1,6 |
| 3 питань діагностики та визначення тактики дій при ускладненнях вагітності                   | 1,61±0,6 | 15,67±1,8 | 18,20±1,9 | 43,32±2,5 | 21,20±2,1 |
| 3 питань діагностики та визначення тактики дій в післяпологовому періоді                     | 4,38±1,0 | 23,96±2,1 | 21,43±2,1 | 38,02±2,4 | 12,21±1,6 |
| 3 питань діагностики та визначення тактики дій при інфекціях, що передаються статевим шляхом | 5,76±1,1 | 23,73±2,1 | 22,81±2,1 | 35,71±2,4 | 11,98±1,6 |
| 3 питань діагностики терміну вагітності                                                      | 7,60±1,3 | 20,74±2,0 | 21,89±2,1 | 31,79±2,3 | 17,97±1,9 |
| 3 питань діагностики стану плода                                                             | 3,46±0,9 | 18,43±1,9 | 18,43±1,9 | 36,41±2,4 | 23,04±2,1 |

Примітка: 1) повністю відповідає задачам, 2) добрий, 3) задовільний, 4) потребує покращення, 5) незадовільний

при гінекологічних захворюваннях (39,40±2,4%), діагностики та визначення тактики дій в післяпологовому періоді (38,02±2,4%).

Наступним кроком дослідження було проведення аналізу рівня самооцінки лікарями загальної практики-сімейними лікарями особистих практичних навичок з надання акушерсько-гінекологічної медичної допомоги. Отримані результати наведено в табл. 3.

Аналіз наведених в табл. 3 даних вказав також на низький рівень самооцінки лікарями загальної практики-сімейними лікарями особистих практичних навичок з надання акушерсько-гінекологічної медичної допомоги.

На незадовільно оцінили свої наступні практичні навички: діагностика стану плода (30,88±2,3%), діагностика та визначення тактики дій при ускладненнях вагітності (26,04±2,2%), діагностика терміну вагітності (23,73±2,1%), діагностика та визначення тактики дій в післяпологовому періоді (22,35±2,1%), діагностика та визначення тактики дій при гінекологічних захворюваннях (20,28±2,0%).

Оцінили як такі, що потребують покращення наступні практичні навички: діагностика та визначення тактики дій при ускладненнях вагітності (43,32±2,5%), діагностика та визначення тактики дій при гінекологічних захворюваннях (39,40±2,4%), діагностика та визначення тактики дій в післяпологовому періоді (38,48±2,4%), проведення скринінгу онкологічних захворювань у жінок (37,32±2,4%), діагностики та визначення тактики дій при інфекціях, що передаються статевим шляхом (37,09±2,4%).

Таблиця 3

Рівень самооцінки лікарями загальної практики-сімейними лікарями особистих практичних навичок з надання акушерсько-гінекологічної медичної допомоги, %

| Розділ знань                                                                                 | 1        | 2         | 3         | 4         | 5         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| З питань скринінгу онкологічних захворювань у жінок                                          | 5,76±1,2 | 17,97±1,9 | 23,50±2,1 | 37,32±2,4 | 15,44±1,8 |
| З питань діагностики та визначення тактики дій при гінекологічних захворюваннях              | 4,38±1,1 | 15,44±1,8 | 20,50±2,0 | 39,40±2,4 | 20,28±2,0 |
| З питань діагностики та визначення тактики дій при фізіологічній вагітності                  | 4,15±1,0 | 20,74±2,0 | 24,19±2,1 | 33,18±2,4 | 17,74±1,9 |
| З питань діагностики та визначення тактики дій при ускладненнях вагітності                   | 1,61±0,6 | 15,44±1,8 | 13,59±1,7 | 43,32±2,5 | 26,04±2,2 |
| З питань діагностики та визначення тактики дій в післяпологовому періоді                     | 2,53±0,8 | 19,35±2,0 | 17,28±1,9 | 38,48±2,4 | 22,35±2,1 |
| З питань діагностики та визначення тактики дій при інфекціях, що передаються статевим шляхом | 2,76±0,8 | 18,89±2,0 | 20,05±2,0 | 37,09±2,4 | 20,28±2,0 |
| З питань діагностики терміну вагітності                                                      | 2,99±0,9 | 20,51±2,0 | 19,82±2,0 | 32,95±2,3 | 23,73±2,1 |
| З питань діагностики стану плода                                                             | 2,53±0,8 | 17,97±1,9 | 14,98±1,8 | 33,64±2,4 | 30,88±2,3 |

Примітка: 1) повністю відповідає задачам, 2) добрий, 3) задовільний, 4) потребує покращення, 5) незадовільний

Далі проводився аналіз рівня оцінки лікарями загальної практики-сімейними лікарями теоретичних знань сімейних медичних сестер з надання акушерсько-гінекологічної медичної допомоги. Отримані результати наведено в табл.4.

Аналіз наведених в табл.4 даних вказує на низький рівень оцінки лікарями загальної практики-сімейними лікарями теоретичних знань сімейних медичних сестер з надання акушерсько-гінекологічної медичної допомоги.

Так, незадовільно респонденти оцінили рівень теоретичних знань з таких розділів акушерсько-гінекологічної допомоги як: діагностика та визначення тактики дій при ускладненнях вагітності (25,11±2,2%), діагностика та визначення тактики дій при гінекологічних захворюваннях (18,66±1,9%), діагностика та визначення тактики дій при фізіологічній вагітності (17,05±1,9%).

На думку лікарів загальної практики-сімейних лікарів потребують покращення наступні розділи теоретичних знань сімейних медичних сестер: проведення скринінгу онкологічних захворювань у жінок (45,16±2,5%), діагностика та визначення тактики дій при гінекологічних захворюваннях (42,86±2,5%), діагностика та визначення тактики дій при ускладненнях вагітності (42,17±2,5%), діагностика та визначення тактики дій в післяпологовому періоді (38,71±2,4%), діагностика та визначення тактики дій при інфекціях, що передаються статевим шляхом (38,48±2,4%).

Наступним кроком дослідження було вивчення рівня оцінки лікарями загальної практики-сімейними лікарями практичних навичок сімейних медичних сестер з надання акушерсько-гінекологічної медичної допомоги. Отримані результати наведено в табл. 5.

Таблиця 4

Рівень оцінки лікарями загальної практики-сімейними лікарями теоретичних знань сімейних медичних сестер з надання акушерсько-гінекологічної медичної допомоги, %

| Розділ знань                                                                                 | 1        | 2         | 3         | 4         | 5         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| З питань скринінгу онкологічних захворювань у жінок                                          | 3,46±0,9 | 19,58±2,0 | 17,05±1,9 | 45,16±2,5 | 14,75±1,7 |
| З питань діагностики та визначення тактики дій при гінекологічних захворюваннях              | 2,30±0,7 | 18,20±1,9 | 17,51±1,9 | 42,86±2,5 | 18,66±1,9 |
| З питань діагностики та визначення тактики дій при фізіологічній вагітності                  | 3,46±0,9 | 20,97±2,0 | 23,73±2,1 | 34,79±2,4 | 17,05±1,9 |
| З питань діагностики та визначення тактики дій при ускладненнях вагітності                   | 1,61±0,6 | 14,29±1,7 | 16,82±1,8 | 42,17±2,5 | 25,11±2,2 |
| З питань діагностики та визначення тактики дій в післяпологовому періоді                     | 3,92±1,0 | 21,20±2,0 | 20,97±2,0 | 38,71±2,4 | 15,21±1,8 |
| З питань діагностики та визначення тактики дій при інфекціях, що передаються статевим шляхом | 4,38±1,0 | 21,20±2,0 | 19,35±2,0 | 38,48±2,4 | 16,59±1,9 |

Примітка: 1) повністю відповідає задачам, 2) добрий, 3) задовільний, 4) потребує покращення, 5) незадовільний

Таблиця 5

Рівень оцінки лікарями загальної практики-сімейними лікарями практичних навичок сімейних медичних сестер з надання акушерсько-гінекологічної медичної допомоги, %

| Розділ знань                                                                                 | 1        | 2         | 3         | 4         | 5         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| З питань скринінгу онкологічних захворювань у жінок                                          | 5,30±1,1 | 15,67±1,8 | 20,98±2,0 | 37,33±2,4 | 18,43±1,9 |
| З питань діагностики та визначення тактики дій при гінекологічних захворюваннях              | 2,76±0,8 | 13,82±1,7 | 19,12±2,0 | 39,40±2,4 | 23,50±2,1 |
| З питань діагностики та визначення тактики дій при фізіологічній вагітності                  | 3,23±0,9 | 20,05±2,0 | 18,43±1,9 | 33,18±2,4 | 21,43±2,1 |
| З питань діагностики та визначення тактики дій при ускладненнях вагітності                   | 1,61±0,6 | 12,90±1,7 | 13,36±1,7 | 43,32±2,5 | 29,26±2,3 |
| З питань діагностики та визначення тактики дій в післяпологовому періоді                     | 2,76±0,8 | 14,98±1,8 | 16,59±1,9 | 41,01±2,5 | 23,73±2,1 |
| З питань діагностики та визначення тактики дій при інфекціях, що передаються статевим шляхом | 2,30±0,7 | 15,44±1,8 | 16,36±1,8 | 40,78±2,5 | 13,59±1,7 |

Примітка: 1) повністю відповідає задачам, 2) добрий, 3) задовільний, 4) потребує покращення, 5) незадовільний

Проведений аналіз наведених в табл. 5 результатів дослідження щодо рівня оцінки лікарями загальної практики-сімейними лікарями практичних навичок сімейних медичних сестер з надання акушерсько-гінекологічної медичної допомоги, що опитані лікарі незадовільно оцінили наступні практичні навички сімейних медичних сестер: діагностика та визначення тактики дій при ускладненнях вагітності (29,26±2,3%), діагностика та визначення тактики дій в післяпологовому

періоді ( $23,73 \pm 2,1\%$ ), діагностиката визначення тактики дій при гінекологічних захворюваннях ( $23,50 \pm 2,1\%$ ).

За визначенням опитаних лікарів найбільш потребують покращення наступні практичні навички сімейних медичних сестер: діагностика та визначення тактики дій при ускладненнях вагітності ( $43,32 \pm 2,5\%$ ), діагностика та визначення тактики дій в післяпологовому періоді ( $41,01 \pm 2,5\%$ ), діагностика та визначення тактики дій при інфекціях, що передаються статевим шляхом ( $40,78 \pm 2,5\%$ ).

### ВИСНОВКИ

В умовах реформування галузі охорони здоров'я України пріоритетним напрямком є впровадження системи первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини, коли сімейний лікар є лікарем першого контакту та визначає медичний маршрут пацієнта.

Проведений аналіз соціологічного дослідження серед лікарів загальної практики-сімейних лікарів щодо визначення рівня самооцінки особистих теоретичних знань і практичних вмінь та знань і вмінь сімейних медичних сестер з надання акушерсько-гінекологічної медичної допомоги показав, що опитані лікарі низь оцінили як особисті теоретичні знання і практичні навички з акушерсько-гінекологічної медичної допомоги так і сімейних медичних сестер.

Результати дослідження стають основою для розробки програм циклів тематичного удосконалення для лікарів загальної практики-сімейних лікарів та сімейних медичних сестер з надання акушерсько-гінекологічної медичної допомоги.

#### **Анализ результатов социологического исследования самооценки врачей общей практики-семейными врачами личных теоретических знаний и практических умений и знаний и умений семейных медицинских сестер по оказанию акушерско-гинекологических медицинских услуг**

**Е.С. Щербинская, Н.Я. Жилка, Г.А. Слабкий**

В работе представлены результаты социологических исследований среди врачей общей практики – семейных врачей относительно самооценки уровня личных теоретических знаний и практических умений и оценки знаний и умений семейных медицинских сестер по оказанию акушерско-гинекологической медицинской помощи. **Ключевые слова:** врачи общей практики семейные врачи, семейные медицинские сестры, акушерско-гинекологическая помощь, уровень готовности, самооценка.

#### **Analysis of the results of a sociological study of self-esteem of general practitioners-family doctors of their personal theoretical knowledge and practical skills and knowledge and skills of family nurses who provide obstetric and gynecologic medical services**

**O.S. Shcherbinska, N. Ya. Zhilka, G.O. Slabky**

The paper presents the results of the sociological research among general practitioners-family doctors on self-esteem level of personal theoretical knowledge and practical skills

and assessment of knowledge and skills of family nurses providing obstetric and gynecologic medical care.

**Key words:** general practitioners-family doctors, family nurses, obstetric and gynecologic care, readiness level, self-esteem.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Наказ МОЗ України „Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги” від 19.03.2018 № 504[Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://moz.gov.ua/plan-reform>. Назва з екрану.
2. Слабкий Г. О. Пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини / Г. О. Слабкий, І. С. Зозуля, А. І. Зозуля // Сімейна медицина. 2014. – № 3 (53). – С. 25–27.
3. Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення. – Київ, 2014. – 207 с.
4. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. Шафранського В. В. ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2016. – 452 с.
5. Слабкий Г.О. Уроки реформи охорони здоров'я в Україні: досягнення, невирішені питання, ризики, проблеми/ Г.О.Слабкий, В.М.Лехан //Збірник матеріалів науково-практичної конференції з міжнародною участю « Організація і управління охороною здоров'я. 2015».- 20-21 жовтня 2015 – С. 26-27
6. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 503 „Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу” [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-19032018-503-pro-zatverdzhennja-porjadku-viboru-likarja-jakij-nadae-pervinnu-medichnu-dopomogu-ta-formi-deklaracii-pro-vibir-likarja-jakij-nadae-pervinnu-medichnu-dopomogu?preview=1> Назва з екрану.

### REFERENCES

1. Nakaz MOZ UkraYini „Pro zatverdzhennya porjadku nadannya pervinnoYi medichnoYi dopomogi” vld 19.03.2018 # 504 [Elektronniy resurs]. Rezhim dostupu: <http://moz.gov.ua/plan-reform>. Nazva z ekranu.
2. Slabkiy G. O. Prioritetniy rozvitok pervinnoYi mediko-sanitarnoYi dopomogi na zasadah slimeynoYi meditsini / G. O. Slabkiy, I. S. Zozulya, A. I. Zozulya // Slimeyna meditsina. 2014. – # 3 (53). – S. 25–27.
3. Reformuvannya galuzi ohoroni zdorov'ya: Vlnnitska, Donetska, Dnlpropetrovska, Odeska, Poltavska oblasti, m. KiYiv. Rezultati, problemi, shlyahi virlshennya. – KiYiv, 2014. – 207 s.
4. Schorlchna dopovid pro stan zdorov'ya naselennya, sanitarno-epidemlchnu situatslyu ta rezultati dlyalnostl sistemi ohoroni zdorov'ya UkraYini. 2015 rlk / za red. Shafranskogo V. V. ; MOZ UkraYini, DU «UISD MOZ UkraYini». – KiYiv, 2016. – 452 s.
5. Slabkiy G.O. Uroki reformi ohoroni zdorov'ya v UkraYini: dosyagnennya, nevirlsheni pitannya, riziki, problemi/ G.O.Slabkiy, V.M.Lehan //Zblrnk materlallv naukovopraktichnoYi konferentslYi z mlzhnarodnoy uchastyu « Organizatsiya i upravlinnya ohoronoyu zdorov'ya. 2015».- 20-21 zhovtnya 2015 – S. 26-27
6. Nakaz MOZ UkraYini vld 19.03.2018 # 503 „Pro zatverdzhennya Poryadku viboru llkarya, yakiy nadaE pervinnu medichnu dopomogu, ta formi deklaratslYi pro vibr llkarya, yakiy nadaE pervinnu medichnu dopomogu” [Elektronniy resurs]. Rezhim dostupu:<http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-19032018-503-pro-zatverdzhennja-porjadku-viboru-likarja-jakij-nadae-pervinnu-medichnu-dopomogu-ta-formi-deklaracii-pro-vibir-likarja-jakij-nadae-pervinnu-medichnu-dopomogu?preview=1> Nazva z ekranu.

**Наукове видання**

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ**  
**СПІВРОБІТНИКІВ**  
**НМАПО імені П.Л. ШУПИКА**

**Випуск 31 (частина 3)**

Головний редактор:  
академік НАМН України, професор  
**Ю.В. Вороненко**  
Науковий редактор: член-кор. НАМН України, д.мед.н., проф.  
**Ю.П. Вдовиченко**

Художній і технічний редактор:  
Л.В. Тищенко

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

Редактор англ. резюме: к.пед.н., доцент **Л.Ю. Лічман**

**Замовник та видавець:** НМАПО імені П.Л. Шупика

Адреса для листування: Україна, 04112, м. Київ-112, вул. Дорогожицька, 9  
Адреса редакції: Україна, 04112, м. Київ-112, вул. Дорогожицька, 9, кім. 403,  
тел./факс (044) 440-61-92  
e-mail: [nmapo403@ukr.net](mailto:nmapo403@ukr.net)

Формат 60x84/16. Папір офсетний. Гарнітура Peterburg  
Обл. видав. арк. – 10,16. Ум.-друк.арк. – 8,96.  
ТОВ «Професіонал-Івент»  
Тел./факс: (044) 257-27-27