

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, короткі повідомлення, замітки з практики

THE WOYS OF RISING IMPROVING TREATMENT OF PATHOLOGY THE PUBERTATION PERIOD IN GIRLS DIFFUSE HYPERPLASIA THE THYROID GLAND

The State Medical University by Georgievsky, Krym

SUMMARY. Investigation of effectiveness of health-resort treatment for delayed puberty and disorders of menstrual cycle in pubertal period in girls with diffuse thyroid hyperplasia and euthyroidism is done. It was established the suggested complex of treatment is very effective in case of different pathology of pubertal period. Simultaneous iodine drugs prescription helps to correct thyroid function more effective.

KEY WORDS: pubertal period, delayed puberty, disorders of menstrual cycle, blood hormones, diffuse thyroid hyperplasia, euthyroidism, health-resort treatment, Iodomarin.

УДК 618.177-089:618.3

ЗАВЕРШЕННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НЕПЛІДНОСТІ

©Л.І. Іванюта, О.Д. Дубенко, І.І. Ракша

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології (Київ)

РЕЗЮМЕ. Результати проведених клініко-статистичних досліджень показали, що жінки, які завагітніли після консервативного та хірургічного лікування неплідності, складають групу високого ризику, щодо розвитку в першу чергу загрози переривання вагітності, особливо в ранніх термінах, фетоплацентарної недостатності, пізніх гестозів, аномалії розвитку пологової діяльності, які в свою чергу призводять до високої частоти оперативного розродження. Порівняльний аналіз показав, що характер порушень, які виникають при вагітності, обумовлений дією патогенетичних змін, які спостерігалися при неплідності. У жінок після хірургічного та ендоскопічного лікування неплідності розвивається частіше загроза переривання вагітності та фетоплацентарна недостатність, гестози, ніж після консервативного лікування, що негативно впливає на перинатальні наслідки розродження. Проведений аналіз свідчить про недостатню ефективність традиційних лікувальних заходів у жінок після лікування неплідності, належність їх безумовно до групи високого ризику, які потребують перегляду підходів до тактики ведення вагітності та пологів у даній групі хворих.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: неплідність, мікрохірургія, лапароскопія, вагітність, пологи.

Вступ. Існують проблеми, які не втрачають своєї актуальності. Медицину і суспільство постійно турбують ситуації, які пов'язані з низькою народжуваністю, високою перинатальною смертністю, вродженими вадами розвитку. Найбільші соціальні та психологічні наслідки, на відміну від інших медичних проблем, має неплідність. Незалежно від демографічних і соціальних умов, для кожної жінки неможливість мати власну дитину – це тяжке життєве випробування, яке нерідко призводить до дисгармонії у шлюбі та розпаду сімей. За даними різних авторів, частота неплідних шлюбів коливається у межах від 10-15 % до 18-20 % [1, 2]. Особливо актуальною проблема неплідності є для країн з низькою народжуваністю, до яких, як відомо, належить Україна.

Відновлення репродуктивної функції у жінок після лікування неплідності є актуальною медичною та соціальною проблемою, при вирішенні якої факт запліднення є лише першим кроком, за яким виникають задачі забезпечення виношування вагітності та народження здорової дитини. Критерієм оцінки ефективності будь-яких

методів лікування у жінок, які страждали від неплідності, повинна бути не частота відновлення прохідності маткових труб, нормалізація функції ендокринних залоз і навіть не відсоток настання вагітності, а народження здорової життєздатної дитини, при збереженні здоров'я матері [3].

Різномічні етіологічні фактори, які призводять до неплідності, в подальшому, як правило, негативно впливають на перебіг вагітності. В свою чергу, ускладнення вагітності обтяжують пологи. Після відновлення репродукції лише у 52 % жінок, які завагітніли, пологи закінчуються народженням здорової дитини, в 9,9 % випадків відмічається ектопічна вагітність, в 17,6 - 21,1 % – передчасне переривання вагітності [4]. Тому неплідність, яка передуює вагітності, є фактором перинатального ризику, а такі жінки з моменту настання вагітності повинні належати до групи підвищеного ризику. Виражені ендокринні зміни при неплідності призводять до метаболічних порушень і не можуть не вплинути на перебіг вагітності, пологів та стан новонародженого. Патологічні умови внутрішньоутробного середовища на фоні ендокринних порушень призво-

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, короткі повідомлення, замітки з практики

дять не тільки до зниження резервних можливостей дитини, але і можуть сприяти розвитку вродженої патології. Жінки, які страждали від неплідності, і протягом тривалого часу під впливом масивної терапії (антибіотики, гормони, імуномодулятори) все ж таки вагітніли, на момент пологів вже були віковими першороділлями, а їх надзвичайно бажані діти відносилися до категорії пізніх дітей. В зв'язку з чим раніше не реалізоване материнство "навалюється" на довгоочікувану дитину, створює особливі умови для її постнатального розвитку і труднощі в її соціальної адаптації [6].

Мета дослідження. Визначення особливостей перебігу та завершення вагітності у жінок після мікрохірургічного та ендохірургічного лікування неплідності.

Матеріал і методи дослідження. З метою вивчення особливостей завершення вагітності та пологів у жінок після лікування неплідності, нами було проведено ретроспективний клініко-статистичний аналіз 150 випадків перебігу вагітності та пологів у жінок, які завагітніли після лікування неплідності. Залежно від проведеного лікування, яке передувало вагітності, ми розділили всіх жінок на 3 групи:

1 група – 100 жінок, які завагітніли після консервативного лікування (група порівняння);

2 група – 100 жінок, які завагітніли після хірургічного лікування (реконструктивно-пластичних операцій із застосуванням мікрохірургічних методів);

3 група – 50 жінок, які завагітніли після застосування ендоскопічних методів (хірургічна лапароскопія).

Для проведення цього етапу дослідження була розроблена спеціальна карта-анкета, до якої були занесені особливості преморбідного фону, діагностики та лікування неплідності, клінічний перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду, а також стан новонароджених. Вивчення достовірності у всіх випадках проводилося відносно загальної групи жінок.

Ми вважали за доцільне провести вивчення особливостей завершення вагітності, методу розродження, наявності ускладнень в пологах, стану новонароджених, а також розвитку післяпологових ускладнень.

Отримані цифрові дані були опрацьовані методом варіаційної статистики з врахуванням середньої величини та помилки ($M \pm m$), критерію Стюдента та показника достовірності p . Різницю між порівнювальними величинами вважали достовірною при $p < 0,05$.

Результати й обговорення. Пологами закінчилися 200 (80 %) вагітностей. Із них в

першій групі у 74 (74 %) вагітних, у 81 (81 %) – в другій групі, а у третій групі у найбільшій кількості жінок 45 (90 %) ($p < 0,05$).

Достовірно високий рівень передчасних пологів відмічався в 1-й – 11 (14,9 %) та в 2-й групах 15 (18,5 %) відносно результатів 3 групи 3 (6 %) ($p < 0,05$). Суттєва питома вага різних ускладнень під час вагітності, безумовно, вплинула на особливості розродження і частоту кесарських розтинів.

Пологи шляхом кесаревого розтину відбулися у 21 (28,4 %) вагітної жінки першої групи, у 17 (37,8 %) – третьої групи. У жінок, які завагітніли після мікрохірургічного лікування (2 група), кесарський розтин зустрічався достовірно частіше 48 (59,3 %) ($p < 0,05$). У 67 (77,9 %) всіх обстежених він був проведений за планом, а у 19 (22,5 %) випадках – ургентно.

Для оперативного розродження важливе розташування плаценти. Аналіз локалізації плаценти показав, що найчастіше спостерігалось її розташування по задній стінці (30,3 %), дещо рідше по боковій (23,5 %) і передній стінці матки (21,4 %) і значно рідше виявлено низьке її розташування (8,2 %) та в ділянці дна (16,6 %). Суттєвої різниці цих показників між групами вагітних не виявлено ($p < 0,05$). Отримані дані свідчать про те, що перенесені хірургічні втручання не впливають на локалізацію плаценти. Але, безумовно, необхідно враховувати локалізацію плаценти на передній стінці (21,4 %) при абдомінальному розродженні. На думку низки авторів [5, 6], особливості локалізації плаценти в ділянці дна, трубних кутів, по одній із бокових стінок матки, наявність великої за площиною плаценти, яка займає значну частину порожнини матки, часто поєднується з порушеннями кровообігу в маткових або плодово-плацентарних судинах. Це свідчить про необхідність диференційного підходу до ведення пологів у жінок з неплідністю в анамнезі, з урахуванням методів лікування. Ми також вважали за доцільне проаналізувати частоту супутніх показань до кесаревого розтину.

Відомо, що пологи в тазовому передлежанні представляють високий ризик як для матері, так і для плода. В обстежених жінок тазове передлежання виявилось в 1-й групі у 4 (4 %) вагітних, в 2-й групі у 3 (3 %) та в 3-й групі лише у 1 (2 %) жінки. В усіх випадках пологи завершилися операцією кесаревого розтину.

Суттєві відмінності ми спостерігали відносно частоти внутрішньоутробної гіпоксії плода (41,1 %) у вагітних третьої групи проти 33,3 % та 31,6 % відповідно у I та II групах ($p < 0,05$). Аномалія пологової діяльності була відповідно 41,1 %, 23,8 % і 34,2 % випадків, ($p < 0,05$). Слід відмітити, що у 2-й

Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему, короткі повідомлення, замітки з практики

групі був достатньо високий (59,3 %) процент кесарських розтинів, що узгоджувалося з віковим складом жінок цієї групи.

Аналізуючи ускладнення в пологах, достовірні відмінності ми спостерігали відносно передчасного вилування навколоплодових вод, яке зустрічалось частіше (63,6 %) в 2-й групі і рідше всього в 3-й групі у жінок, які завагітніли після лапароскопії (42,8 %, $p < 0,05$).

Швидкі роди були у (11,4 %) роділей, рідше всього вони спостерігалися в 1 групі (5,7 %) і найчастіше були в 2 групі (18,2 %, $p < 0,05$), що збігається зі значною кількістю істміко-цервікальної недостатності у цієї групи жінок. Така ж відповідність спостерігалася із стрімкими пологами, де показники в 2-й групі (6,1 %) та 3 групі (7,4 %) відрізнялися від 1 групи (1,9 %, $p < 0,05$). Гіпоксія плода зустрічалася майже в кожній третій жінки другої (39,4 %) та третьої групи (32,1 %). У жінок першої групи вона зустрічалась рідше (24,2 %), ($p < 0,05$). Що до інших показників ускладнень в пологах суттєвих відмінностей між групами не спостерігалось.

Аналізуючи масу тіла новонароджених, слід вказати на те, що переважали три основні вагові категорії "2501-3000 г" – 15,7 %; "3001-3500" – 40,8 % і "3501 – 4000 г" – 25,6 %, у решти породілей маса новонародженого була меншою або більшою від згаданих показників. Звертає на себе увагу те, що достовірні відмінності маси тіла спостерігалися при народженні дітей від 2500 до 3000, в 1-й групі цей показник виявлено у 8,1 % проти 25,3 %, в 2-й групі. Маса дітей від "3001 до 3500 г" в 3-й групі зустрічалася у (62,2 % випадків) проти 35,2 % в 2-й групі, ($p < 0,05$).

При оцінці стану новонароджених виявився високий рівень асфіксії – (74,0 %), гіпотрофії – (20,0 %), та внутрішньоутробного інфікування (9,0 %). Вірогідна відмінність у обстежених жінок, які народили дітей з оцінкою за Апгар 8-10 балів між групами не спостерігалось.

Відмічалася висока частота постнатальних захворювань дітей. Найбільшу частоту склали постгіпоксична енцефалопатія (35,2 %) та гнійно-запальні захворювання – (11,8 %), суттєвої відмінності між групами не відмічалось. Серед нозологічних форм захворювання у новонароджених слід відмітити: геморагічний синдром (7,9 %) та жовтяницю (5,8 %).

Розподіл дітей за статтю відповідно за групами: в 1 групі народилося 30 дівчаток та 44 хлопчики, в 2 групі – 39 дівчаток та 42 хлопчики, а в 3 групі 24 дівчинки та 21 хлопчик. У всіх дітей відсутні були грубі вади розвитку. Всі породіллі виписані із стаціонару з живими дітьми. При оцінці клінічного перебігу раннього післяпологового

періоду найчастіше зустрічалася гіпогалактія – (43,5 %). Рівень інфікування ран складав в цілому (2,8 %) і за групами достовірно не відрізнявся. Частота ендометриту та субінволюції матки була достовірно нижчою в 3 групі жінок. Загострення екстрагенітальної патології зустрічалось лише в (4,7 %) випадків. Частота інших ускладнень зустрічалась набагато рідше та без достовірних відмінностей.

Порівняльний морфологічний аналіз показав, що у всіх спостереженнях мало місце інтенсивне "старіння плаценти" з вираженими склеротичними змінами в стромі, так і в судинах ворсин всіх генерацій. Ступінь склеротичних змін варіював в широких межах, від значного фіброзу з формуванням навколо судин артеріального типу виражених сполучнотканинних "муфт" зі звуженням та облітерацією просвіту, до помірного фіброзу з переважаючим враженням стромы ворсин хоріона. Наслідками такого "форсованого" фіброзу є порушення плацентарного кровообігу, пов'язані як зі зниженням васкуляризації ворсин, так і зменшенням просвіту між ворсинами. Клінічно це проявляється хронічною плацентарною недостатністю, ступінь вираження якої залежить від компенсаторних реакцій організму матері, а саме плацентарних можливостей. Слабі, недостатньо виражені компенсаторні реакції призводять до хронічної гіпоксії плода. Але не всі компенсаторні реакції, які розвиваються в плаценті, призводять до позитивних результатів. Так, у жінок 2 групи, після хірургічного лікування, особливо з втручанням на матці (метропластика, консервативна міомектомія), спостерігалися випадки патологічної проліферації судин стовбурових та якірних ворсин, з формуванням клубків гіллястих судин, які призводили до застійних явищ у ворсинах хоріона, престази та стази в судинах, а також до геморагічних проявів. Виражену проліферацію елементів ворсин хоріона можна розглядати як компенсаторну реакцію, але вона призводить до зменшення простору між ворсинами, зниження об'єму циркулюючої в плаценті крові.

Порівнюючи різні методи лікування, необхідно відмітити, що у жінок 1 та 3 групи, де переважали запальні та ендокринні зміни, домінували порушення васкуляризації в стовбурових та якірних ворсинах, зменшення капіляризації (числа капілярів в середньому 4-5, при нормі 5-8), спостерігалася атипова проліферація артеріального типу судин, гіллястість з формуванням спіралеподібних судинних утворень (клубків). В проміжних та термінальних ворсинах визначалися ознаки застійного повнокров'я з помірним набряком стромы, стазами та тромбоутворенням, з

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, короткі повідомлення, замітки з практики

обширними крововиливами між ворсинами, що характеризувалося розвитком хронічної помірно компенсованої плацентарної недостатності.

Тоді, як у жінок 2 групи, після хірургічного лікування, в структурах плаценти відмічалось надлишкове склерозування строми м'яких та проміжних ворсин хоріона, стінок великих судин в стовбурових та якірних ворсинах, здавлення (в стані спадання), особливо дрібних термінальних ворсин. Компенсаторні реакції виражені недостатньо, спостерігалось збільшення судинних бруньок та дрібних термінальних ворсин, а також вогнища ангіоматозу ворсин, що слугувало проявами хронічної помірно компенсованої та субкомпенсованої плацентарної недостатності.

Проведений аналіз свідчить про недостатню ефективність традиційних лікувальних заходів у жінок після лікування неплідності, належність їх безумовно до групи високого ризику, які потребують перегляду підходів до тактики ведення вагітності та пологів у даній групі хворих, чому і присвячене наше подальше дослідження.

Висновки. 1. Доведено, що жінки після лікування неплідності як консервативними, так і хірургічними методами по сукупності факторів, пов'язаних з етіологією та патогенезом неплідності, характером, тривалістю попереднього лікування, віком, соматичним здоров'ям, особливостями психо-емоційного статусу, застосуванням різних протоколів гормональної та негормональної індукції овуляції, мають бути віднесені до групи ризику щодо ускладненого перебігу вагітності та пологів.

2. Динамічне застосування традиційних та сучасних методів оцінки перебігу вагітності і пологів у жінок після консервативного, хірургічного та ендокхірургічного лікування неплідності встановило несвоєчасний вилив навколоплових вод (58,0 %), аномалії пологової діяльності (53,5 %), травми родових шляхів (26,3 %). Найчастіші ускладнення були відмічені в групі жінок після абдомінального хірургічного лікування.

ЛІТЕРАТУРА.

1. Савельева Г.М., Краснопольская К.В., Штыров С.В. и др. Альтернативные методы преодоления трубно-перитонеального бесплодия // Акушерство и гинекология. - 2002. - № 2. - С. 10-13.

2. Стрижаков А.Н., Здановский В.М., Мусаев З.М. Беременность после экстракорпорального оплодотворения - течение, осложнения, исходы // Акушерство и гинекология. - 2001. - № 6. - С. 20-24.

3. Иванюта Л.І., Иванюта С.О., Дубенко О.Д. Тактика ведення вагітності у жінок після хірургічного та ендокхірургічного лікування неплідності // Збірник науко-

3. Показано, що середня частота абдомінального розродження у жінок після лікування неплідності складає (43,0 %), а після хірургічного втручання (53,3 %). Найчастішими показаннями до кесаревого розтину були: утробна гіпоксія плода (34,2 %), аномалія пологової діяльності (32,9 %), вік понад 35 років (10,5 %), тривалий термін неплідності (більше 7 років).

4. Виявлено, що у вагітних після лікування неплідності відмічаються морфологічні зміни плаценти: фіброзне звуження та облітерація просвіту судин, ураження строми гіллястого хоріона, зниження васкуляризації ворсин, патологічна проліферація судин стовбурових та якірних ворсин. У 26,0 % вагітних спостерігалися ознаки інтенсивного старіння плаценти та формування первинної ПН. Встановлена залежність між методом лікування неплідності та характером патоморфологічних змін плаценти.

5. Показано, що високу частоту перинатальної патології у жінок після лікування неплідності складає: асфіксія плода – 39,0 %, гіпотрофія – 20,0 %, постгіпоксична енцефалопатія – 35,2 %, жовтяниця – 5,8 % та геморагічний синдром плода – 7,9 %.

Перспективи подальших досліджень.

Все викладене вище свідчить про необхідність більш детального вивчення особливостей фетоплацентарного комплексу у жінок після хірургічного та консервативного лікування неплідності, розробки специфічних лікувально-профілактичних заходів та вироблення тактики ведення вагітності і пологів, для даного контингенту жінок, з метою поліпшення результатів розродження при умові збереження здоров'я жінки і отриманні здорового потомства. Проведений аналіз свідчить про недостатню ефективність традиційних лікувальних заходів у жінок після лікування неплідності, належність їх безумовно до групи високого ризику, які потребують перегляду підходів до тактики ведення вагітності та пологів у даній групі хворих, чому і присвячене наше подальше дослідження.

вих праць Асоціації акушерів - гінекологів України. - Очаків. 2003. - С. 144-147.

4. Здановский В.М., Витязова И.И. Течение и исход беременности после лечения бесплодия методами вспомогательной репродукции (МРТ) // Проблемы репродукции. - 2000. - № 3. - С. 55-56.

5. Вдовиченко Ю.П., Беглиць Д.А. Профілактика акушерських та перинатальних ускладнень у жінок після медикаментозної корекції гормональної дисфункції яєчників // Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 2003. - № 6. - С. 84-87.

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, короткі повідомлення, замітки з практики

6. Стрижаков А.И., Здановский В.М., Мусаев З.М., Колоскина Е.А., Витязева И.И. Беременность после экстракорпорального оплодотворения: течение, осложнения, исходы // Акушерство и гинекология. - 2001. - № 1. - С. 20-23.

COMPLETION OF PREGNANCY AT WOMEN AFTER SURGICAL MEDICAL TREATMENT OF INFERTILITY

©**L.I. Ivanyuta, O.D. Dubenko, I.I. Raksha**

Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology (Kyiv)

Summary. The results of the conducted clinical and statistical researches showed that women which became pregnant after conservative and surgical treatment of infertility, make up the group of high risk, in relation to development, first of all, the threat of pregnancy interruption, especially in early terms, fetoplacental insufficiency, late gestoses, anomaly of labor activity development, which, in the turn, result in high-frequency of operative births. The comparative analysis showed that the character of violations which arise during the pregnancy, conditioned by action of pathogenetical changes which were observed at infertility. At women after surgical and endoscopic medical treatment of infertility threat of pregnancy interruption, fetoplacental insufficiency, eclampsia develops more frequently than after conservative medical treatment, that negatively affects the perinatal consequences of labor. The conducted analysis testifies to insufficient efficiency of traditional medical measures at women after medical treatment of infertility, their belonging to the group of high risk, which need the revision of approaches to tactics of conduction of pregnancy and labor in the given group of patients.

Key words: infertility, microsurgery, laparoscopy, pregnancy, labor.

УДК 618.177+616.697:613.89.319

МІСЦЕ МІКРОХІРУРГІЇ В ЛІКУВАННІ НЕПЛІДНОСТІ

©**Л.І. Іванюта, С.О. Іванюта**

*Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, Національний медичний
університет ім. О.О. Богомольця*

РЕЗЮМЕ: Вивчена ефективність мікрохірургічного лікування трубно-перитонеальної та поєднаної неплідності у 380 пацієнток. Висвітлені основні принципи мікрохірургії, методи підготовки хворих, види операцій, ведення післяопераційного періоду. Показана залежність результатів операції від діагнозу, терміну захворювання, віку хворих, поєднання чинників неплідності. Відновлення прохідності маткових труб наступило у 86,5 %, а вагітність у 43,6 % пацієнток.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: неплідність трубно-перитонеальна, поєднана, мікрохірургія, гемодинаміка, консервативне лікування, вагітність.

Вступ. В охороні здоров'я проблема неплідного шлюбу належить до однієї з найскладніших. Незважаючи на те, що неплідність і її причини вивчаються з давніх часів, в цій галузі і на сьогодні є ще багато невизначеного. Лікування неплідних шлюбів не завжди досягає бажаних результатів. За останні роки погляд на проблему неплідності суттєво змінився, з'явилися нові теорії і напрямки щодо її вивчення та лікування. Це стало можливим завдяки досягненням в галузі молекулярної біології, імунології, ендокринології, гістології, кріобіології, мікрохірургії та інших наук. Різноманітність форм неплідності сприяла включенню до вирішення цієї проблеми не тільки гінекологів, але і лікарів інших спеціальностей. Цілком очевидно, що ефективність системи лікувальних та профілактичних заходів

багато в чому визначається координацією роботи широкого кола спеціалістів медико-біологічного профілю.

За останні 5 років рівень гінекологічних захворювань на 100 000 жіночого населення виріс, в тому числі ендометріоз, розлади менструального циклу, неплідність. В Україні майже 15 % шлюбних пар страждають від неплідності, близько 20 % вагітностей закінчуються самовільними викиднями. Запальні зміни маткових труб преважують серед інших причин неплідності. Вони виникають після перенесених захворювань, які передаються статевим шляхом, а також внаслідок післяабортних та післяпологових запалень. Перитонеальна неплідність часто є наслідком спайкових змін в малому тазу при збереженні прохідності маткових труб.