



**ЗБІРНИК
НАУКОВИХ ПРАЦЬ
АСОЦІАЦІЇ АКУШЕРІВ-
ГІНЕКОЛОГІВ УКРАЇНИ**

ВИПУСК 2 (38) 2016

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ імені П.Л.ШУПИКА
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ АКУШЕРІВ – ГІНЕКОЛОГІВ УКРАЇНИ»

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ АСОЦІАЦІЇ АКУШЕРІВ- ГІНЕКОЛОГІВ УКРАЇНИ

Науковий, медичний збірник
Виходить 2 рази на рік
Збірник засновано у березні 1998 р.

Випуск 2 (38) 2016

Київ
ТОВ “Видавництво “ЮСТОН”
2016

ВЕГЕТАТИВНЫЕ И НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ПЕРИМENOПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА <i>ДУБОССАРСКАЯ З.М., НАГОРНИЮК В.Т.</i>	177
КЛІНІКОГОРМОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ОВАРІАЛЬНИЙ РЕЗЕРВ У ЖІНОК З ДОБРОЯКІСНИМИ УТВОРЕННЯМИ ЯЄЧНИКІВ <i>ДУБОССАРСЬКА Ю.О., ПУЗІЙ О.М., ГУБАР І.О.</i>	183
РОЛЬ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ТА ДЕЯКИХ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ У РОЗВИТКУ ІСТМІКОЦЕРВІКАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ <i>ЖАБЧЕНКО І.А., ОЛЕШКО В.Ф., МАГОМЕДОВ О. М.</i>	188
РОЛЬ ОПЕРАТИВНОГО РОЗРОДЖЕННЯ В ПРАКТИЦІ СУЧАСНОГО РЕГІОНАЛЬНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРУ <i>ЖЕЛЕЗОВ Д.М.</i>	193
КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ И МАССИВНЫЕ АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ <i>ЗАБОЛОТНОВ В.А., ШАТИЛО В.Й., РЫБАЛКА А.Н., АНИКИН С.С.</i>	198
НАШ ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ ЗАПЛІДНЕННЯ ІН ВІТРО (ЗІВ) У ПАЦІЄНТОК З НИЗЬКИМ ОВАРІАЛЬНИМ РЕЗЕРВОМ <i>ЗАХАРЕНКО І.Л., СЕЙЛОВА А.І., ГРІЦЕНКО Г.С.</i>	202
РОЛЬ ПОРУШЕНЬ МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШКІВНИКА У ВИНИКНЕННІ АКУШЕРСЬКИХ І ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ІНДУКОВАНІЙ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ПЕЧІНКОВИМИ РОЗЛАДАМИ ТА МОЖЛИВОСТІ ЇХ КОРЕКЦІЇ <i>КАМІНСЬКИЙ В.В., КОЛОМІЙЧЕНКО Т.В., БОЙЧУК О.Г.</i>	208
СЕЛЕКТИВНЫЕ МОДУЛЯТОРЫ ПРОГЕСТЕРОНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ МАТКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) <i>КАМИНСКИЙ В.В., ПРОКОПОВИЧ Е.В.</i>	216
ВИКОРИСТАННЯ «ХОЛОДНОЇ» ПЛАЗМИ В ЛІКУВАННІ ЦЕРВІКАЛЬНОЇ ІНТРАЕПІТЕЛІАЛЬНОЇ НЕОПЛАЗІЇ, АСОЦІЙОВАНОЇ З ВПЛІНФЕКЦІЄЮ <i>КАШТАЛЬЯН Н.М.</i>	224
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ТИРЕОИДНЫХ КАРЦИНОМ У БЕРЕМЕННЫХ <i>КОВАЛЕНКО А.Е., МЕДВЕДЬ В.И., ТАРАЩЕНКО Ю.Н., ЯНЮТА С.Н.</i>	228
РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ЖІНОК З ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ НА ТЛІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА <i>КОРНАЦЬКА А.Г., ВОВК І.Б., ЧУБЕЙ Г.В.</i>	234
ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА ПРИ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН ПРЕМENOПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА <i>КОРНИЕНКО С.М.</i>	240
КЛІНІКОПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ АКУШЕРСЬКИХ УСКЛАДНЕНЬ У ВАГІТНИХ З ВАРИКОЗНОЮ ХВОРОБОЮ <i>КОРНІЄЦЬ Н.Г., КРАВЦОВА Ю.А.</i>	245
ДВА ЕТАПИ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОЇ ВАГІНАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ ПРИ СТРЕСОВОМУ НЕТРИМАННІ СЕЧІ З ПОЗИЦІЙ ІНТЕГРАЛЬНОЇ ТЕОРІЇ <i>КОРОВАЙ В.І., ТАНЬКО О.П., ЧЕРНЯК О.Л., САМОЙЛОВА М.В.</i>	249
ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ГЕСТАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ВАГІТНИХ З НИЗЬКИМ РОЗМІЩЕННЯМ ПЛАЦЕНТИ <i>КРАВЧЕНКО О.В.</i>	253
ПЛОД В МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ – РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПУЗЫРНО-МАТОЧНОГО СВИЩА <i>ЛЕСОВОЙ В.Н., ПАРАЩУК Ю.С., ЩУКИН Д.В., САФОНОВА И.Н., САФОНОВ Р.А., ДИДЕНКОВА К.В.</i>	257
РІВЕНЬ ПРОЛАКТИНУ У ЖІНОК З ПОРУШЕННЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ НА ТЛІ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТІВ <i>ЛИМАР Л.Є., ВДОВИЧЕНКО Ю.П., МАЛАНЧИН І.М., ЛИМАР Н.А., КУЧМА З.М.</i>	262

УДК 618.11- 006.2- 089

ДУБОССАРСЬКА Ю.О., ПУЗІЙ О.М., ГУБАР І.О.

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра акушерства, гінекології та перинатології ФПО, м. Дніпропетровськ

КЛІНІКО-ГОРМОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ОВАРІАЛЬНИЙ РЕЗЕРВ У ЖІНОК З ДОБРОЯКІСНИМИ УТВОРЕННЯМИ ЯЄЧНИКІВ

Доброякісні пухлини та пухлиноподібні утворення яєчників є досить поширеною патологією та посідають друге місце серед пухлин жіночих статевих органів.

Мета дослідження – вивчити характер клінічних проявів, загальних патогенетично значущих змін ендокринного профілю, яєчникового резерву до оперативного лікування у жінок з доброякісними утвореннями яєчників.

Матеріал та методи дослідження. У дослідження включено 137 пацієнток з СПКЯ (31 жінка) і доброякісними утвореннями яєчників (106 жінок). Контрольну групу склали 20 жінок зі збереженою менструальною і репродуктивною функціями. Всім жінкам проведено повне клініко-лабораторне, функціональне та інструментальне обстеження.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз перебігу СПКЯ у жінок репродуктивного віку виявив низку порушень, серед яких домінують безпліддя (71,5%), порушення менструального циклу (74,5%), а також невиношування вагітності (29,2%). У хворих з доброякісними утвореннями яєчників встановлено, що більше половини пацієнток (69,3%) мали скарги, в структурі яких переважали хронічний тазовий біль (54,7%), безпліддя (27,7%), порушення менструальної функції (51,9%). Для всіх груп хворих з СПКЯ і доброякісними утвореннями яєчників характерні зміни у функціонуванні гіпоталамо-гіпофізарно-яєчничкової системи.

Висновки. Встановлено, що хворим з СПКЯ і доброякісними утвореннями яєчників властива як низка загальних патогенетично значущих змін гомеостазу, що лежать в основі порушень репродуктивного здоров'я, так і суттєві відмінності, обумовлені наявною патологією.

Ключові слова: доброякісні кістозні утворення яєчників, синдром полікістозних яєчників, гормональний профіль, антимюлерів гормон.

Доброякісні пухлини та пухлиноподібні утворення яєчників є досить поширеною патологією та посідають друге місце серед пухлин жіночих статевих органів (6 - 25%) і друге-третє місце у структурі невідкладної гінекологічної патології [2,5,6]. Окрім онкологічних аспектів при операціях на яєчниках, дуже важливими є питання збереження репродуктивної функції, особливо у пацієнток, які не здійснили свої репродуктивні плани, а також у жінок із безплідністю, серед яких доброякісні кістозні утворення яєчників (ДКУЯ) діагностуються в 25–33% випадків [2,5,6]. Незважаючи на значне число робіт, присвячених даній проблемі, дослідження клініко-гормональних особливостей і функціонального резерву яєчників до органозберігаючих лапароскопічних операцій у жінок з доброякісними утвореннями яєчників та їх впливу на наслідки хірургічного лікування роз'єднані і суперечливі [1,3].

Мета дослідження – вивчити характер клінічних проявів, загальних патогенетично значущих змін ендокринного профілю, яєчникового резерву до оперативного ліку-

вання у жінок з доброякісними утвореннями яєчників.

Матеріал та методи дослідження

У дослідження включено 137 жінок з доброякісними утвореннями яєчників у віці від 21 до 42 років (середній вік – $30,5 \pm 1,54$ років), які були прооперовані лапароскопічним шляхом у плановому порядку на базі відділення оперативної гінекології з малоінвазивними технологіями КЗ «Дніпропетровський обласний перинатальний центр зі стаціонаром» ДОР. Першу клінічну групу сформувала 31 жінка з синдромом полікістозних яєчників (СПКЯ), другу – п'яту – 106 хворих з доброякісними пухлинами і пухлиноподібними утвореннями яєчників (ДКУЯ), із них серозні пухлини (цистаденоми) – 22 жінки (група 2 – СЦА), герміногенні пухлини (дермоїдні кісти) – 17 (група 3 – ДК), ендометріодні кісти – 47 (група 4 – ЕК), кіста фолікулярна, жовтого тіла, параоваріальна – 20 хворих (група 5 – ППУЯ). Гістологічна структура утворень яєчників була підтверджена при патогістологічно-

му дослідженні операційного матеріалу. Контрольну групу склали 20 жінок у віці 23-38 років (середній вік – 29,2±1,1 років) зі збереженою менструальною і репродуктивною функціями. Усі виділені групи були статистично порівняними за віком (за дисперсійним однофакторним аналізом ANOVA – $F=0,62$, $p>0,05$).

Всім жінкам проведено повне клініко-лабораторне, функціональне та інструментальне обстеження. Стан гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи оцінювали за вмістом стероїдних гормонів (естрадіол, прогестерон, тестостерон, дегідроепіандростерону сульфат – ДГЕА-С), гонадотропінів (ЛГ, ФСГ, пролактин), тиреотропного гормону гіпофіза (ТТГ) і гормону щитовидної залози (вільний тироксин – вТ4) у сироватці крові, визначаючи їх імунохімічним методом з електрохемілюмінесцентною детекцією (ECLIA) із застосуванням стандартних наборів тест-систем Roche Diagnostics (Швейцарія) на аналізаторі Cobas 6000 в сертифікованих лабораторіях. Визначення антимюлерова гормону (АМГ) проводили імуноферментним методом з використанням тест-систем Beckman Coulter (США) на аналізаторі ELISA.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою ліцензійної програми Statistica v 6.1® [4]. У випадках нормального закону розподілу кількісні показники представлені у вигляді середньої арифметичної і стандартної помилки середньої величини ($M\pm m$), в інших випадках наводяться значення медіани (Me) та інтерквартильного розкиду [25%; 75%]. Для порівняння середніх показників використовували t-критерій Стьюдента, критерій Манна-Уїтні (U) і однофакторний дисперсійний аналіз ANOVA; для відносних показників – критерій Хі-квадрат Пірсона (χ^2) і точний критерій Фішера. Для оцінки

взаємозв'язку між ознаками виконувався кореляційний аналіз з розрахунком коефіцієнтів рангової кореляції Спірмена (r_s).

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз перебігу СПКЯ у жінок репродуктивного віку ($n=31$) виявив низку порушень у репродуктивній системі, серед яких домінують безпліддя (71,5%), порушення оваріально-менструального циклу – ОМЦ (74,5%), переважно за типом ановуляції (41,9%), опсоменореї (45,2%) та аменореї (16,1%), а також невинювання вагітності (29,2%). Запальні захворювання органів малого тазу в анамнезі мали 22,6% хворих з СПКЯ, аденоміоз – 12,9%, фонові захворювання шийки матки – 35,5%, дифузну фіброзно-кістозну мастопатію – 6,5%, лейоміому тіла матки – 3,2%. Більше половини пацієнток (61,3%) мали соматичну патологію, з них хронічний тонзиліт – 22,6% випадків, нейроциркуляторну дистонію – 16,1%, захворювання шлунково-кишкового тракту і гепатобіліарної системи – по 12,9% випадків, артеріальну гіпертензію – 6,5%, хронічний цистит – 6,5%, медикаментозно компенсований гіпотиреоз – 9,7% випадків. Крім того, висока частота поєднання СПКЯ з ожирінням I і II ступеня (48,4%) та порушеннями ліпідного обміну (67,7%) на тлі тривалого перебігу захворювання може перешкоджати успішному лікуванню безпліддя.

За даними дослідження особливостей клінічної картини у хворих з ДКУЯ ($n=106$) встановлено, що більше половини пацієнток (69,8%) мали скарги, в структурі яких переважали хронічний тазовий біль (54,7%), безпліддя (27,4%), порушення менструальної функції (51,9%). Безпліддя частіше реєструвалось у пацієнток з ЕК (38,3%) і ППУЯ (35,0%), і в більшості випадків було вторинним (66,7% і 57,1% відповідно) (табл. 1).

Таблиця 1

Клініко-анамнестична характеристика хворих з доброякісними кістозними утвореннями яєчників (абс., % або $M\pm m$)

Показник	Групи хворих з ДКУЯ ($n=106$)			
	2 – СЦА ($n=22$)	3 – ДК ($n=17$)	4 – ЕК ($n=47$)	5 – ППУЯ ($n=20$)
Наявність скарг	13 (59,1%)	10 (58,8%)	36 (76,6%)	15 (75,0%)
Біль внизу живота або в попереку	9 (40,9%) ⁴	6 (35,3%) ⁴	33 (70,2%) ^{2,3}	10 (50,0%)
Безпліддя	3 (13,6%) ⁴	1 (5,9%) ^{4,5}	18 (38,3%) ^{2,3}	7 (35,0%) ³
Вік менархе, роки	13,55±0,263,4	12,82±0,252	12,81±0,162	12,95±0,28

Продовження табл. 1

Показник	Групи хворих з ДКУЯ (n=106)			
	2 – СЦА (n=22)	3 – ДК (n=17)	4 – ЕК (n=47)	5 – ППУЯ (n=20)
Порушення ОМЦ:	4 (18,2%)4,5	5 (29,4%)4	36 (76,6%)2,3,5	10 (50,0%)2,4
- дисменорея	2 (9,1%)4,5	3 (17,6%)4	23 (48,9%)2,3	7 (35,0%)2
- аномальні маткові кровотечі	2 (9,1%)4	–4	26 (55,3%)2,3,5	2 (10,0%)4
Невиношування вагітності	3 (13,6%)	1 (5,9%) 4	16 (34,0%) 3	5 (25,0%)
Гінекологічні захворювання	9 (40,9%) 4,5	6 (35,3%) 4,5	35 (74,5%) 2,3	17 (85,0%) 2,3
Екстрагенітальна патологія	10 (45,5%)	9 (52,9%)	21 (44,7%)	9 (45,0%)

Примітка. 2, 3, 4, 5 – значущі відмінності ($p < 0,05$) порівняно з відповідною групою 2, 3, 4, 5.

За даними гінекологічного анамнезу встановлено, що понад 75% жінок з ППУЯ і ЕК мали супутню гінекологічну патологію ($p < 0,05$ порівняно з іншими групами), серед якої переважали запальні захворювання органів малого таза (34,3%), внутрішній і зовнішній ендометріоз (37,3%), фонові захворювання шийки матки (31,3%), фіброзно-кістозна мастопатія (14,9%).

Виділені групи пацієнток достовірно не відрізнялись за паритетом вагітностей – в середньому відзначено по одній вагітності. Звертає увагу високий відсоток випадків замерлої вагітності у хворих з ЕК (n=16 – 34,0%).

При аналізі преморбідного фону звертає на себе увагу висока частота перенесених дитячих інфекцій у 42 (39,6%) пацієнток з ДКУЯ, а також наявність в анамнезі частих ангін, гострих респіраторних захворю-

вань у більшості тематичних хворих (n=58 – 54,7%). Негативний вплив мають і перенесені урогенітальні інфекції (хламідіоз) і бактеріальний вагіноз, випадки яких реєструвались у 21 (19,8%) і 23 (21,7%) обстежених жінок.

Аналіз показників гормонального профілю крові у пацієнток з СПКЯ показав суттєве збільшення порівняно з контрольною групою середніх рівнів ЛГ (в 3,8 рази; $p < 0,001$), співвідношення ЛГ/ФСГ (в 1,5 рази; $p < 0,05$), пролактину (в 2 рази; $p < 0,001$), андрогенів – ДГЕА-С (в 4,2 рази; $p < 0,001$) у фолікулярну фазу менструального циклу на тлі достовірного зниження концентрації прогестерону (в 1,5 рази; $p < 0,05$) і естрадіолу (в 2,3 рази; $p < 0,001$) (табл. 2). При цьому більшість з вищевказаних показників, крім рівнів ЛГ і андрогенів, знаходились у межах референтних значень.

Таблиця 2

Показники гормонального профілю у хворих з СПКЯ і доброякісними кістозними утвореннями яєчників до операції (M±m)

Показник	Контроль-на група (n=20)	СПКЯ (n=31)	Групи хворих з ДКУЯ (n=106)			
			2 – СЦА (n=22)	3 – ДК (n=17)	4 – ЕК (n=47)	5 – ППУЯ (n=20)
ЛГ, мМО/л	4,26±0,21	16,24±1,11*	7,46±0,70*	7,63±0,69*	7,69±0,67*	8,38±1,01*
ФСГ, мМО/л	5,38±0,44	7,90±1,17*	12,72±1,53*	11,78±1,64*	13,27±0,55*	11,55±1,53*
ЛГ/ФСГ	0,79±0,03	2,05±0,14*	0,58±0,03*	0,66±0,06	0,58±0,08*	0,73±0,05
Пролактин, нг/мл	10,9±1,2	21,38±2,43*	14,0±1,39	12,42±1,33	19,53±2,20*	15,04±1,59*
Естрадіол, пг/мл	64,1±5,7	28,1±6,06*	117,6±14,8*	138,4±15,7*	301,5±10,0*	162,0±21,0*
Прогестерон, нг/мл*	17,68±2,12	11,56±2,04*	9,72±1,79*	9,02±2,21*	8,8±0,08*	4,19±1,68*
ДГЕА-С, мкг/дл	84,1±9,3	352,6±12,2*	207,6±23,0*	195,4±23,9*	225,5±20,1*	217,3±24,6*
ТТГ, мкМО/л	1,44±0,09	1,59±0,07	1,34±0,12	1,49±0,10	1,53±0,06	1,37±0,16
вТ ₄ , нг/дл	1,22±0,06	1,14±0,04	1,27±0,08	1,18±0,15	1,15±1,2	1,31±0,09

Примітки: * – дослідження проводилось у лютеїнову фазу, в інших випадках – у фолікулярну фазу; к – значущі відмінності ($p < 0,05$) порівняно з контрольною групою.

Порушення гормональної регуляції у фолікулярну фазу ОМЦ відзначені у пацієнток з доброякісними утвореннями яєчників порівняно з групою умовно здорових жінок (табл. 2). Так, середні рівні ЛГ були підвищені в 1,8-2 рази ($p < 0,001$), ФСГ – в 2,1-2,5 рази ($p < 0,001$). Концентрація пролактину у сироватці крові була достовірно підвищеною в 1,8 і 1,4 рази у пацієнток 4-ї і 5-ї груп ($p < 0,05$). Достовірна тенденція до підвищення синтезу естрадіолу у фолікулярну фазу ОМЦ на тлі зниження продукції прогестерону у лютеїнову фазу відзначена в усіх виділених групах (від $p < 0,01$ до $p < 0,001$), проте була найбільш вираженою при ЕК (підвищення естрадіолу в 4,7 рази,

зниження прогестерону вдвічі; $p < 0,001$) і ППУЯ (відповідні зміни – в 2,5 рази і 4,2 рази; $p < 0,001$). Підвищення рівня ДГЕА-С в 2,3-2,6 рази порівняно з контролем також відзначалось в усіх групах ($p < 0,001$), проте вони не виходили за межі референтних значень.

Одним з найбільш точних маркерів, що оцінюють стан оваріального резерву в репродуктивному віці, є рівень АМГ. За результатами дослідження встановлено суттєве підвищення рівня АМГ у сироватці крові жінок з СПКЯ, як порівняно з показниками здорових жінок репродуктивного віку ($2,0 \pm 0,15$ нг/мл), так і з показниками пацієнток з ДКУЯ ($p < 0,001$) (табл. 3).

Таблиця 3

Середні рівні АМГ у крові хворих з СПКЯ і доброякісними утвореннями яєчників до операції

Показник		1 група – СПКЯ (n=31)	Групи хворих з ДКУЯ (n=106)			
			2 – СЦА (n=22)	3 – ДК (n=17)	4 – ЕК (n=47)	5 – ППУЯ (n=20)
АМГ, нг/мл	M±m	9,16±0,60*	1,70±0,11	1,78±0,13	2,04±0,21	1,81±0,13
	Me [25%;75%]	9,08 * [7,51;10,62]	1,76 [1,22; 1,99]	1,68 [1,37; 2,26]	2,0 [1,5; 2,5]	1,75 [1,45;2,04]

Примітка. * – значущі відмінності ($p < 0,001$) порівняно з іншими групами.

При цьому не виявлено статистично значимих відмінностей між середніми показниками АМГ у жінок з різною гістологічною структурою утворень (за ANOVA $F=1,76$; $p > 0,05$), які не виходили за межі референтних значень. Дещо знижені рівні АМГ ($0,8-0,9$ нг/мл) мали місце в 1,9% випадків.

Вивчення кореляційних зв'язків між рівнем АМГ і показниками гормонального профілю в різних групах показало пряму асоціацію АМГ при СПКЯ з рівнем ДГЕА-С (коефіцієнт кореляції Спірмена $rs=0,417$ ($p < 0,05$), співвідношенням ЛГ/ФСГ – $rs=0,550$ ($p < 0,01$) і зворотню – з концентрацією ФСГ – $rs=-0,657$ ($p < 0,001$). При доброякісних кістозних утвореннях різного генезу достовірна кореляція між АМГ та іншими показниками встановлена для ЛГ ($rs=0,278$; $p < 0,05$), співвідношення ЛГ/ФСГ ($rs=0,216$; $p < 0,05$), прогестерону ($rs=-0,30$; $p < 0,01$), естрадіолу ($rs=0,225$; $p < 0,05$) і пролактину ($rs=0,277$; $p < 0,05$).

Висновки

1. Встановлено, що хворим з СПКЯ і різними гістоструктурними формами ДКУЯ властива як низка загальних патогенетично значущих змін гомеостазу, що лежать в основі порушень репродуктивного здоров'я (безпліддя, порушення менструального циклу, невиношування вагітності), так і суттєві відмінності (за віком настання менархе, в гінекологічному та акушерському анамнезі, характеристиці менструальної функції), обумовлені наявною патологією, що впливатиме на результати відновлення фертильності поряд з виконанням оперативного втручання на яєчниках.
2. Для всіх груп хворих з СПКЯ і доброякісними кістозними утвореннями яєчників характерні порушення у функціонуванні гіпоталамо-гіпофізарно-яєчничкової системи, найбільш виражені при СПКЯ і ендометріюїдних кістах.

3. Стан яєчникового резерву за показником АМГ у пацієнок з різними гістоструктурними формами ДКУЯ напередодні оперативного втручання знаходиться у межах референтних значень, і достовірно корелює з показниками гормонального профілю (ЛГ, ЛГ/ФСГ, прогестерон, естрадіол і пролактин).

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Боярский К.Ю. Роль антимюллера гормона в норме и при различных гинекологических заболеваниях / К.Ю. Боярский, С.Н. Гайдук // Журнал акушерства и женских болезней. - 2009. - Т. 58, вып. 3. - С. 74-83.
2. Герасимова Т.В. Оптимізація діагностики та лікування функціональних кіст яєчників / Т.В. Герасимова // Медицинские аспекты здоровья женщины. - 2014. - № 5 (80). - С. 65-73.
3. Клинико-эпидемиологическая характеристика больных с опухолевидными образованиями и доброкачественными опухолями яичников / Е.П. Кузнецова, К.Г. Серебренникова, Т.А. Протопопова [и др.] // Вестник нац. медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. - 2008. - Т. 3, № 1. - С. 51-57.
4. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. - М.: Медиа Сфера, 2002. - 312 с.
5. Савельева Г.М. Диагностика и терапия яичниковых образований / Г.М. Савельева, А.А. Соломатина, К.И. Степанов // Практическая гинекология. - Москва, 2006.- С. 75-90.
6. Хайрутдинова М.Р. Вопросы ведения пациентов с овариальными образованиями / М.Р. Хайрутдинова, Л.Д. Эгамбердиева // Практическая медицина. - 2015. - № 4-1. - С. 191-196.

Поступила 11.07.2016

РЕЗЮМЕ

КЛИНИКО-ГОРМОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ У ЖЕНЩИН С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ

ДУБОССАРСКАЯ Ю.А., ПУЗИЙ А.Н.,
ГУБАРЬ И.А.

Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников являются достаточно распространенной патологией и занимают второе место среди опухолей женских половых органов.

Цель исследования - изучить характер клинических проявлений, общих патогенетически значимых изменений эндокринного профиля, яичникового резерва до оперативного лечения у женщин с доброкачественными образованиями яичников.

Материал и методы исследования. В исследование включены 137 пациенток с СПКЯ (31 женщина) и доброкачественными образованиями яичников (106 женщин). Контрольную группу составили 20 женщин с сохраненной менструальной и репродуктивной функцией. Всем женщинам проведено полное клинико-лабораторное, функциональное и инструментальное обследование.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ течения СПКЯ у женщин репродуктивного возраста выявил ряд нарушений в репродуктивной системе, среди которых доминируют бесплодие (71,0%), нарушения менструального цикла (74,2%), а также невынашивание беременности (29,0%). У больных с доброкачественными образованиями яичников установлено, что более половины пациенток (69,8%) имели жалобы, в структуре которых преобладали хроническая тазовая боль (54,7%), бесплодие (27,4%), нарушения менструальной функции (51,9%). Для всех групп больных с СПКЯ и доброкачественными образованиями яичников характерны нарушения в функционировании гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы.

Выводы. Установлено, что пациенткам с СПКЯ и доброкачественными образованиями яичников присущи как ряд общих патогенетически значимых изменений гомеостаза, лежащих в основе нарушений репродуктивного здоровья, так и существенные различия, обусловленные имеющейся патологией.

Ключевые слова: доброкачественные кистозные образования яичников, синдром поликистозных яичников, гормональный профиль, антимюллеров гормон.

SUMMARY

CLINICAL HORMONAL FEATURES AND OVARIAN RESERVE IN WOMEN WITH BENIGN OVARIAN CYSTS

DUBOSSARS'KA Y., PUZIY A., GUBAR I.

The benign tumors and tumor-like formations of ovaries are relatively common pathology and occupy second place among female genitals tumors.

PURPOSE OF THE RESEARCH - to study the nature of the clinical manifestations of common pathogenetic significant changes in endocrine profile of ovarian reserve before surgery in women with benign ovarian cysts.

Material and methods. The study included 137 patients with POS (31 women) and benign tumors of the ovaries (106 women). The control group consisted of 20 women with preserved menstrual and reproductive functions. All women carried out a full clinical and laboratory, functional and instrumental examination.

Results. Flow analysis of POS in women of reproductive age has revealed a number of irregularities in the reproductive system, including dominates of infertility (71.0%), violation of menstrual cycle (74.2%) and miscarriage (29.0%). It was found that more than half of patients with benign ovarian cysts (69.8%) had complaints in the structure of which was dominated by chronic pelvic pain

(54.7%), infertility (27.4%), menstrual dysfunction (51.9%). All groups of patients with POS and benign ovarian cysts were characterized by disturbances in the functioning of the hypothalamic-pituitary-ovarian system.

Conclusions. It was found that patients with POS and benign ovarian cysts are characterized as a series of common pathogenetic significant changes in homeostasis, underlying reproductive health problems, as well as significant differences due to existing pathology.

Key words: benign ovarian cysts, polycystic ovarian syndrome, a hormonal profile, Anti-Müllerian hormone.

УДК 618.146:616-018.2+577.17.049:618.3

ЖАБЧЕНКО І.А., ОЛЕШКО В.Ф., МАГОМЕДОВ О.М.

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»

м. Київ

РОЛЬ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ТА ДЕЯКИХ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ У РОЗВИТКУ ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Істміко-цервікальна недостатність (ІЦН) посідає одне з провідних місць в генезі екстремально ранніх передчасних пологів, які відбуваються у терміні 22-28 тижнів вагітності, та є причиною високої перинатальної захворюваності і смертності немовлят. Однією з найменш вивченою в генезі порушень обтураторної функції ШМ залишається роль нутритивної недостатності і недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ).

Мета дослідження: вивчити показники обміну сполучної тканини та деяких мікроелементів для визначення ролі неспецифічної дисплазії сполучної тканини в патогенезі істміко-цервікальної недостатності при вагітності.

Матеріал та методи дослідження. Були обстежені 30 вагітних з ІЦН в терміні 22-32 тижні гестації (основна група) та 32 вагітні із фізіологічною обтураційною функцією шийки матки. У вагітних досліджуваних груп визначалася поширюваність клінічних ознак недиференційованої дисплазії сполучної тканини. Методом імуноферментного аналізу в сироватці крові вагітних вивчали концентрацію маркерів синтезу та резорбції сполучної тканини, а також вміст мікроелементів - Na⁺, K⁺, Mg²⁺, Ca²⁺ та загального Ca і P.

Результати дослідження та їх обговорення.

Вагітні з клінічними маркерами НДСТ складають групу високого ризику щодо ІЦН у першонароджуючих жінок другого триместру вагітності. Дисбаланс вмісту маркерів СТ, деяких мікроелементів та їх співвідношення є ознакою високої взаємообумовленості НДСТ та процесів передчасного дозрівання шийки матки при ІЦН. До програми прегравідарної підготовки пацієнток з НДСТ доцільно включати колагенопротекторну та матриксепротекторну терапію. Перспективними є подальші дослідження з метою співставлення маркерів СТ з рівнем мікроелементів, станом мікробіоценозу, гормональними та доплерометричними показниками кровоплину ШМ у вагітних з ІЦН.

Ключові слова: вагітність, істміко-цервікальна недостатність, недиференційована дисплазія сполучної тканини, колаген, мікроелементи.

Серед ускладнень вагітності в загальній популяції породіль невиношування і недоношування посідають одне із провідних місць [6, 13]. Саме екстремально ранні пе-

редчасні пологи, які відбуваються у терміні 22-28 тижнів вагітності, є причиною високої перинатальної захворюваності і смертності немовлят [8, 9]. Останніми роками просте-